

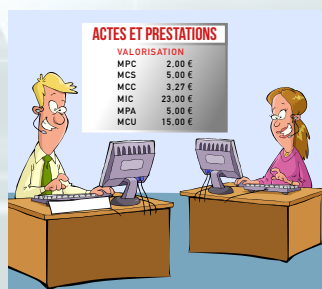
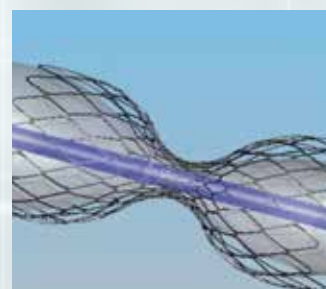
FICHE MÉTHODE

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°449 – NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2022

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL**LA CERTIFICATION****MISE EN CAUSE DES CARDIOLOGUES :
BILAN DE L'ANNÉE 2021****ACTU DÉCODÉE**LE PLFSS 2023 : LA FIN
DU « QUOI QU'IL EN COÛTE »**NOMENCLATURE**LES MAJORATIONS
EN CARDIOLOGIE**ZOOM SUR**LE HAUT-CONSEIL
DE LA NOMENCLATURE**LA PAGE DU CNCF**RÉDUIRE LE SINUS
CORONAIRE POUR AMÉLIORER
LA PERFUSION CORONAIRE

ASSOCIÉS POUR GAGNER



Liporosa[®] 1 gélule par jour
2 dosages : 10 mg/10 mg et 20 mg/10 mg

1^{re} association fixe* Rosuvastatine - Ezétimibe

Liporosa[®] est indiqué comme adjuvant à un régime alimentaire en traitement de substitution de l'hypercholestérolémie primaire chez des patients adultes contrôlés de manière adéquate par les deux substances actives individuelles administrées simultanément à la même posologie.



Pour une information complète sur LIPOROSA[®], consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament, en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Liste I / Agréé collectivités.
Remboursement Sécurité Sociale 65 %

* AMM en date du 2 Septembre 2014.





BiancoBlue - EverythingPossible - Sytaa_Productions / Depositphotos /
Mário Beaugard/Fotolia

CARDIOLOGUE PRESSE

13 rue Niepce – 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76
E-mail : lecardiologue@lecardiologue.org

Directeur de la publication : Dr Jean-Pierre Binon
Rédacteur en chef : Dr Frédéric Fossati
Rubrique nomenclature :
Responsable – Dr Frédéric Fossati

Publicité : François Bondu
Tél. : 01.45.23.96.27 – Port : 06.47.65.14.01
e-mail : f.bondu@societeccc.fr
Editions CCC – 24 rue Saint-Victor - 75005 Paris

Direction artistique,
secrétariat de rédaction : Pascal Wolff
Réalisation : Tomcat
Crédits photo : Cardiologie Presse/Pascal Wolff/
Fotolia/Phovoir/depositphotos

ABONNEMENT

Gestion des abonnements :
Syndicat national des cardiologues
13, rue Niepce – 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10
Email : contact@sncardiologues.fr

TARIF 2022 – 1 an, 6 numéros

France : 160 €
CEE (hors France) : 180 €
Tout autre pays : 275 €
Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de
cotisation : 80 €
Prix unitaire : 20 €

Adhérent au SPEPS.
Mensuel réservé au corps médical

Impression : Imprimerie Tanghe
Boulevard Industriel 20
B-7780 Comines - Belgique
Dépôt légal : à parution
Commission paritaire : 0124 G 81182
ISSN : 0769-0819

Recommandations importantes (dépôts des manuscrits) - les articles originaux, rédigés en français, sont à adresser au rédacteur en chef de la revue : Docteur Frédéric Fossati, Le Cardiologue, 13, rue Niepce, 75014 Paris - Présentation - Les auteurs pourront s'en procurer les lignes générales par simple demande auprès de la revue. Les opinions émises dans la revue n'engagent que leurs auteurs. Les indications éventuelles de marques, adresses ou prix figurant dans les pages rédactionnelles sont soumises à titre d'information. La reproduction des textes et illustrations imprimés dans Le Cardiologue est soumise à autorisation pour tous pays. La rédaction n'est pas tenue de retourner les manuscrits, illustrations et photos non sollicités.

Avec 600 000 patients en ALD et 7 millions de patients sans médecin traitant (chiffres CNAM 2022), peut-on dire que notre système de santé fonctionne ?

Les médias évoquent de plus en plus les difficultés de notre système de santé : il y a encore un an, *Le Monde* parlait peu de ce sujet et aucun médecin syndicaliste libéral n'était cité.

Aujourd'hui leurs noms apparaissent au moins deux fois par semaine.

Des collectifs d'usagers demandent des réformes. *France asso Santé* exige le conventionnement sélectif alors que l'*UFC-Que Choisir* lance des campagnes publicitaires pour la fin de la liberté d'installation. Nos parlementaires votent des lois parfois contradictoires sur la santé et sans réelle vision d'avenir.

Pourtant, de nombreux livres détaillent comment réformer un système, comme « La planification de la santé » de Raynald Pinault : définir des objectifs clairs et des priorités puis décider des trajectoires communes pour l'ensemble des acteurs du système. Pourtant les décideurs s'entêtent dans une approche purement comptable et à court-terme.

Le système n'a plus les moyens de prendre en charge la santé de l'ensemble de la population. Est-il pertinent et équitable de demander de l'argent aux laboratoires de biologie pour les quatre prochaines années parce qu'ils ont fait des bénéfices importants durant la pandémie alors qu'ils se sont réorganisés pour affronter cette épidémie et qu'ils ont réussi à maintenir un service efficace de proximité et de permanence de soins ?

Pour restructurer le système, il faudrait d'abord écouter la base et réfléchir aux



UNIS POUR UNE RÉFORME STRUCTURELLE

Marc Villacèque

Président du Syndicat national des cardiologues

problématiques des acteurs de terrains. Président du Syndicat national, j'ai participé à plusieurs réunions dans toute la France pour vous écouter. J'ai entendu vos difficultés croissantes face à des patients insatisfaits quant aux délais de rendez-vous et n'hésitant plus à manifester des comportements excessifs.

Des cardiologues saturés doivent refuser des premiers rendez-vous et accepter de nombreux « lapins ». Ils constatent, atterrés, la diminution du nombre de cardiologues et de généralistes, avec un adressage de moins bonne qualité, des contraintes administratives croissantes et des salariés sous tension.

Face à ces difficultés, la colère monte chez les jeunes, les hospitaliers et les libéraux. Des appels à la grève et aux manifestations surgissent, à l'image des 1^{er} et 2 décembre derniers. On retrouve cet esprit de rébellion dans l'approche de la nouvelle convention : les syndicats libéraux se sont unis contre le calendrier de la CNAM et exigent trois préalables avant tout nouveau rendez-vous : la négociation sur la revalorisation des actes au début du processus, la revalorisation immédiate des retraites par l'augmentation de l'ASV (allocations supplémentaires de vieillesse), et garantir l'accès des jeunes au secteur 2 suite à la réforme de l'internet.

Cette activité syndicale intense nécessite l'engagement de tous, chacun à notre niveau. Pensez-y et adhérez au syndicat en 2022, pour les retardataires il n'est pas trop tard. C'est seulement ensemble que nous serons forts et que nous pourrons porter notre vision de la cardiologie libérale dans un système de santé restructuré.

ILS COMPTENT SUR VOUS

Vous pouvez changer le destin de vos patients ayant une maladie athéroscléreuse établie et non contrôlés. Avec Repatha[®], réduisez les événements cardiovasculaires en diminuant intensément le LDL-C¹



1^{ER} INHIBITEUR DE PCSK9**

Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie^{2,3}

Indication : REPATHA[®] est indiqué chez les adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ou artériopathie périphérique) pour réduire le risque cardiovasculaire en diminuant le taux de LDL-c, en complément de la correction des autres facteurs de risque :

- en association avec une statine à la dose maximale tolérée avec ou sans autres thérapies hypolipémiantes
- seul ou en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients intolérants aux statines, ou chez qui les statines sont contre-indiquées².

Place dans la stratégie thérapeutique : REPATHA[®], en complément des mesures hygiéno-diététiques et en association à un traitement hypolipémiant optimisé, peut être proposé pour la prévention des événements cardiovasculaires uniquement aux patients adultes à très haut risque cardiovasculaire, avec hypercholestérolémie primaire ou dyslipidémie mixte, présentant un antécédent d'IDM, d'AVC non hémorragique et/ou d'AOMI symptomatique (prévention secondaire) et non contrôlés (LDL-c \geq 0,7 g/L) malgré un traitement optimisé comprenant au moins une statine à dose maximale tolérée. En l'absence de comparaison à l'ézétimibe, REPATHA[®] doit être utilisé uniquement en 3^{ème} intention.

Chez ces patients, en cas de contre-indication ou d'intolérance avérée aux statines et/ou à l'ézétimibe⁺, REPATHA[®] doit être utilisé : soit en association à une statine à dose maximale tolérée seule en cas de CI ou d'intolérance à l'ézétimibe ; soit en association à l'ézétimibe seul en cas de CI ou d'intolérance avérée aux statines ; ou seul en cas de CI ou d'intolérance avérée à la fois aux statines et à l'ézétimibe³.

⁺ Remboursement à l'étude chez les patients ayant une contre-indication ou intolérance avérée aux statines et/ou à l'ézétimibe.

Pour une information complète sur REPATHA[®], consulter le Résumé des Caractéristiques du produit et les avis de la commission de transparence sur la base de données publique des médicaments en scannant ce QR code ou directement sur le site internet de la base de données des médicaments : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60966449>



*Médicament d'exception : prescription en conformité avec la fiche d'information thérapeutique⁴.

Pour l'initiation et le renouvellement du traitement, prise en charge soumise à l'accord préalable de l'Assurance Maladie⁵.

Remboursement sécurité sociale à 65 % subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical et agrément aux collectivités (selon les termes de la FIT/DAP en vigueur). Liste I. Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en cardiologie, en endocrinologie-diabétologie-nutrition, en médecine interne, en médecine vasculaire ou en neurologie. Renouvellement non restreint^{4,5}.

**AMM européenne du 17/07/2015.

CV : cardiovasculaires ; DAP : Demande d'accord préalable ; FIT : Fiche d'information thérapeutique ; LDL-C : Cholestérol des lipoprotéines de faible densité ; PCSK9 = Proprotéin Convertase Subtilisin/Kexin type 9 ;

1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. N Engl J Med. 2017;376:1713-1722. Etude n°20110118 retenue par l'AMM et la Commission de la Transparence. 2. Résumé des Caractéristiques du Produit Repatha[®]. 3. Avis de la Commission de la Transparence Repatha[®] du 08/12/2021. 4. Arrêté du 27 juillet 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. JORF 30 juillet 2020 ; Texte NOR : SSAS2017224A. 5. Arrêté du 08 décembre 2020 relatif à la procédure d'accord préalable pour bénéficier de la prise en charge de la spécialité REPATHA[®] (evolocumab), JORF n°0298 du 10 décembre 2020 ; Texte NOR : SSAS2032833A.

6 L'ACTU DÉCODÉE

6. Le PLFSS 2023 : la fin du « quoi qu'il en coûte »

8. Quel est le calendrier officiel d'un PLFSS ?

10 NOMENCLATURE

Les majorations en cardiologie

12 ZOOM SUR...

Le Haut-Conseil de la Nomenclature

Cahier central
détaché

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

LA CERTIFICATION

Les objectifs de la certification périodique.....II

Quelles obligations de formation ?II

Périodicité de la certificationIII

Les acteurs de la certificationIII

Gestion des comptes individuels de certification...III

Financement de la certification périodiqueIII

MISE EN CAUSE DES CARDIOLOGUES - BILAN DE L'ANNÉE 2021

Analyse sur les mises en cause en 2021 VI

13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale

7^e partie : les limites du rapport chronologique entre administration d'un traitement et constatation d'un effet clinique

14 LA PAGE DU CNCF

Réduire le sinus coronaire pour améliorer la perfusion coronaire

16 MAGAZINE



Gorodenkoff

HIGHTECH 16

Les cryptomonnaies : la future économie ?



Sergey Nivens

CULTURELIVRE 18

Aussi édifiant que terrifiant : « Le livre noir de Vladimir Poutine » et « Poutine ou l'obsession de la puissance »



Musée d'art et d'archéologie du Périgord

ART&CULTURE 20

Mater Dolorosa et la crucifixion de Jésus – 2^e partie



Prevoir

ESPACEVIN 22

Domaine Plageoles Gaillac Prunelart 2017

23 LES PETITES ANNONCES



LE PLFSS 2023

LA FIN DU « QUOI QU'IL EN COÛTE »



Présenté le 26 septembre dernier, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) a été étudié et débattu par le Parlement. Le gouvernement a engagé sa responsabilité sur le texte lors de sa première lecture à l'Assemblée nationale. Quelles sont ses possibles répercussions pour les cardiologues libéraux ? Que prévoit le PLFSS 2023 ?

LE PÉRIMÈTRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Sécurité sociale a été créée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Elle protège l'ensemble des résidents du territoire français. Mobilisant 150 000 collaborateurs, elle est composée de 6 branches :

- **La branche Famille**, gérée par les Allocations familiales – elle aide les familles dans leur vie quotidienne et développe la solidarité envers les personnes vulnérables.

- **La branche-maladie**, gérée par l'Assurance-maladie – elle permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins.

- **La branche Accidents du travail** – maladies professionnelles, également gérée par l'Assurance-maladie – elle gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs.

- **La branche Retraite**, gérée par l'Assurance Retraite – elle verse les pensions aux retraités de l'Industrie, des services et du commerce. Elle suit les salariés tout au long de leur carrière et les aide à préparer leur retraite.

- **La branche Autonomie**, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie – créée en janvier 2021, elle gère les dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **La branche Recouvrement**, gérée par l'Urssaf – elle collecte les cotisations et contributions sociales pour les redistribuer au bénéfice des autres branches.

La Sécurité sociale verse chaque année 470 milliards d'euros de prestations. Pour mémoire le budget de l'Etat s'élève à 350

milliards d'euros. Les prestations versées représentent l'équivalent de 25 % de la richesse nationale, le Produit Intérieur Brut (PIB) s'élevant à environ 2 000 milliards d'euros.

Après avoir été longtemps financées par les seules cotisations sociales assises sur les salaires, les activités de la Sécurité sociale bénéficient aujourd'hui de plusieurs sources de financement. Les entreprises et les administrations en représentaient 54 % en 2020 et les ménages 46 %.

TABLEAU. QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

Solde par branche des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du fond de solidarité vieillesse 2019-2026 (en Md€)

Soldes par branche	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Maladie	-1,5	-30,5	-26,1	-20,3	-6,5	-4,9	-4,4	-2,6
AT-MP	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3
Vieillesse	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,5	-9,4	-13,9	-15,9
Famille	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,7	0,5	0,7
Autonomie			0,3	-0,5	-1,2	0,9	0,5	0,5
ROBSS	-0,2	-37,5	-22,7	-19,2	-7,6	-10,1	-14,4	-14,0
FSV	-1,6	-2,5	-1,5	1,3	0,8	1,3	1,8	2,3
ROBSS + FSV	-1,7	-39,7	-24,3	-17,8	-6,8	-8,8	-12,7	-11,8

EN QUOI LE PLFSS CONCERNE-T-IL LES CARDIOLOGUES LIBÉRAUX ?

Le PLFSS détermine les axes de dépenses consacrées à la santé et plus largement à la protection sociale ainsi que leurs enveloppes en tenant compte de l'équilibre de l'ensemble du système. Il vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé et établit les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

C'est également le PLFSS qui précise les mesures prises pour attirer les jeunes diplômés vers la médecine libérale et c'est encore dans le PLFSS que revient régulièrement le sujet de la liberté d'installation.

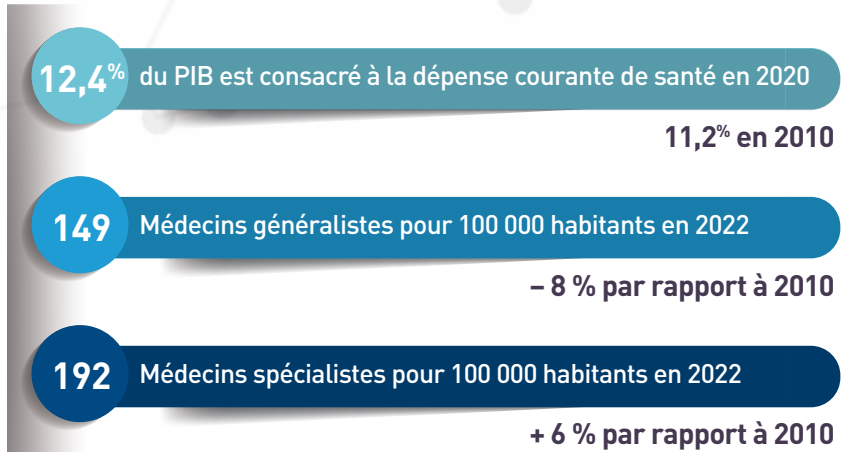
Enfin par ses dispositions, le PLFSS peut également encourager des pratiques, par exemple la télé-surveillance pour les patients chroniques ou le recours au travail aidé ou à la délégation de tâches. Ainsi l'année dernière le PLFSS comprenait des mesures comme l'accès direct des patients aux orthophonistes, aux orthoptistes pour les prescriptions de lunettes et de lentilles sans avis de l'ophtalmologiste, aux kinésithérapeutes, aux sage-femmes pour une première consultation de demande de stérilisation et aux infirmières en pratique avancée pour certains actes.

L'UTILISATION DE L'ARTICLE 49.3

Le 20 octobre, le gouvernement a engagé sa responsabilité sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 en recourant à l'article 49.3. Celui-ci précise que « La Première ministre peut, après délibération du conseil des ministres, engager la responsabilité du gouvernement devant l'Assemblée nationale sur le vote d'un projet de loi de finances ou de financement de la Sécurité sociale. Dans ce cas, ce projet est considéré comme adopté, sauf si une motion de censure, déposée dans les vingt-quatre heures qui suivent, est votée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Le Premier ministre peut, en outre, recourir à cette procédure pour un autre projet ou une proposition de loi par session ».

Le recours à cet article est considéré par

FIGURE 1. FOCUS SUR LA BRANCHE MALADIE



toutes les oppositions comme un passage en force dans la mesure où il permet au gouvernement de faire adopter une loi sans le vote des députés. Il est utilisé notamment en cas de majorité relative ou lorsque les groupes d'opposition bloquent le texte proposé de manière systématique.

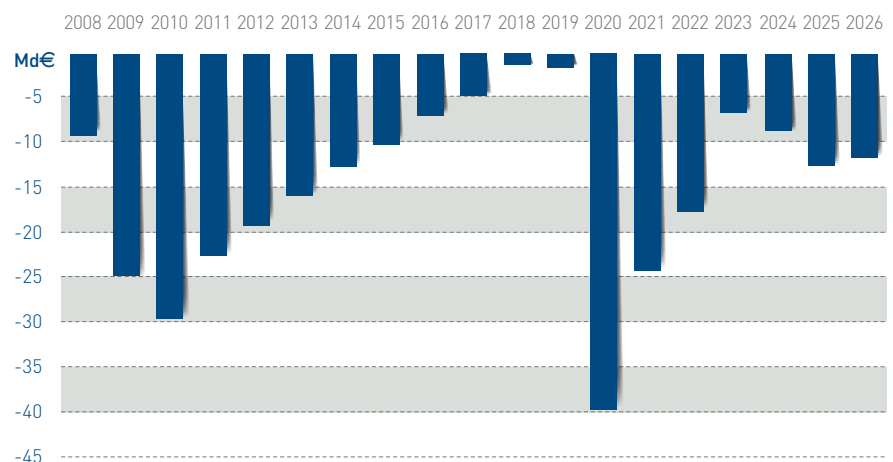
Si une motion de censure est déposée dans les 24 heures et signée par au moins 1/10^e des membres de l'Assemblée nationale (ce qui a été le cas dans la situation présente), celle-ci est discutée et votée. Si la motion est rejetée, le texte est considéré comme adopté. Si la motion de censure est au contraire adoptée, le projet ou la proposition de loi est rejeté et le gouvernement est renversé.

UN CONTEXTE PARTICULIER

Le PLFSS 2023 est le premier PLFSS du gouvernement d'Elisabeth Borne, nommé à la suite de la réélection d'Emmanuel Macron à la présidence de la République. Il s'inscrit dans un contexte de difficultés d'accès aux soins, à l'hôpital comme en ville et par la volonté du gouvernement de développer la prévention. Après 3 ans d'épidémie de Covid 19, le texte proposé signe aussi la fin du « quoi qu'il en coûte » déployé pour faire face à la crise sanitaire.

Ce PLFSS s'inscrit en parallèle du Conseil national de la refondation et de la Conférence des parties prenantes en santé et intervient dans un contexte de reconfiguration des

FIGURE 2. SOLDES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE - 2008-2026 (EN Md€)



Source : alternatives-economiques



équilibres politiques au sein de l'Assemblée nationale, le gouvernement ne bénéficiant plus que d'une majorité relative.

APRÈS LA CRISE, GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Un soutien financier massif pour répondre à la crise sanitaire

Au cours des trois dernières années, l'Assurance-maladie a pris en charge des dépenses

exceptionnelles liées au Covid-19 : 18,3 Md€ en 2020 et en 2021. Ces dépenses ont principalement concerné les tests de diagnostic (7,1 Md€), la campagne de vaccination (4,7 Md€) et des financements supplémentaires pour les établissements sanitaires et médico-sociaux pour couvrir des surcoûts liés à la gestion de la crise sanitaire et les pertes de recettes qu'elle a entraînées. En 2022, ces dépenses exceptionnelles se sont montées à 11,5 Md€ : tests de diagnostic (4,9 Md€), rappel vaccinal (3,4 Md€), IJ Covid (1,7 Md€).

En 2023, une nouvelle provision estimative est intégrée à l'ONDAM pour un montant de 1 Md€, dont 0,6 Md€ pour la vaccination et 0,4 Md€ pour les tests de dépistage. Par ailleurs le PLFSS 2023 met en œuvre deux nouvelles mesures : la prolongation de la délivrance des arrêts maladie dérogatoires en cas de test PCR ou antigénique positif avec versement de l'indemnisation sans vérification des conditions habituelles d'ouverture de droits et sans application du délai de carence. L'indemnisation n'est pas compta-

QUEL EST LE CALENDRIER OFFICIEL D'UN PLFSS ?

Le PLFSS est déposé à l'Assemblée nationale par le gouvernement au plus tard le 15 octobre.

Le Parlement dispose de 50 jours pour se prononcer, au-delà le PLFSS peut être adopté par voie d'ordonnance. La LFSS doit être promulguée au plus tard le 31 décembre. Une fois adoptée, elle peut être modifiée par une LFSS rectificative.

GRANDS AXES DU PLFSS DE 2023

Le PLFSS a pour objectif de répondre aux enjeux quotidiens des Français en matière de santé et de protection sociale. Le texte proposé vise à permettre de trouver plus facilement un médecin traitant, d'attendre moins longtemps aux urgences, de trouver une aide à domicile pour un proche âgé ou en situation de handicap, de bénéficier d'un mode d'accueil pour son enfant, d'être mieux soutenue en tant que famille monoparentale, ou encore de faciliter ses déclarations URSSAF en tant qu'entrepreneur...

CONSTRUIRE LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

La population française vieillit. Si une personne sur cinq est aujourd'hui âgée de plus de 65 ans, ce sera 1 sur 4 dans 10 ans. Les Français souhaitant rester chez eux le plus longtemps possible, le Gouvernement entend réformer le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap.

Par ailleurs, les EHPAD devront être modernisés et davantage médica-

lisés pour mieux accompagner les résidents. Le gouvernement prévoit ainsi 50 000 professionnels soignants supplémentaires.

Principales mesures proposées par le PLFSS

- Augmentation des sanctions applicables à un établissement social et médico-social en cas de non-respect du cadre légal.
- Remise au Parlement d'un rapport sur l'encadrement des activités financières et immobilières des EHPAD.
- Expérimentation d'un parcours d'accompagnement des proches aidants financé par le fonds d'intervention régional (FIR).
- Outre ces mesures, le PLFSS contient également des propositions destinées à mieux financer les modes d'accueil du jeune enfant et à lutter contre la fraude sociale. Pour cette dernière, trois priorités ont été définies : améliorer la prévention et la détection des fraudes, mieux sanctionner la fraude des offreurs de soins et prestataires de service et accroître le rendement et l'effectivité du recouvrement des créances.

bilisée dans les durées maximales de versement des IJ ; de plus, pour éviter une évolution préoccupante de la situation sanitaire, l'Assurance-maladie continuera de prendre en charge intégralement les injections et les consultations liées à la vaccination contre le Covid-19.

Depuis le début de l'épidémie, les dépenses exceptionnelles liées à la crise se sont élevées à plus de 48 Md€.

Remettre la Sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre

Après avoir atteint un déficit de 39,7 Md€ en 2020, le solde des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est redressé en 2021 et 2022 sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois.

En 2023, le déficit devrait se résorber à 6,8 Md€. Dans un contexte d'inflation, les dépenses ne progresseraient que de 2,1 %, notamment en raison de la diminution des

dépenses liées à la crise (*voir plus haut*). Les recettes augmenteraient de 4,1 %, grâce à la masse salariale du secteur privé. Ces équilibres permettront de financer les mesures portées par le PLFSS pour 2023.

Le déficit des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du FSV atteindrait un niveau d'environ 12 Md€ de déficit à l'horizon 2026, reflétant à la fois le contexte économique (inflation et hausse des prix) et le vieillissement de la population. ■

Les principales mesures concernant plus spécifiquement les médecins

RENFORCER LA PRÉVENTION

Le PLFSS 2023 développe la prévention et l'étend aux adultes en proposant des rendez-vous de prévention à plusieurs âges-clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans).

Parmi les mesures proposées :

- Elargissement du dépistage sans ordonnance à d'autres infections sexuellement transmissibles ; pour les moins de 26 ans, prise en charge à 100% de ce dépistage.
- Elargissement à toutes les femmes majeures de la délivrance de la contraception d'urgence hormonale en pharmacie sans condition de prescription médicale (prise en charge à 100%).
- Augmentation du nombre de professionnels de santé habilités à

prescrire et à administrer les vaccins aux personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées, y compris pharmaciens, infirmiers et sage-femmes.

- Les rendez-vous de prévention devront faire la promotion de l'activité physique et sportive, d'une alimentation favorable à la santé, de la santé sexuelle et mentale. Ils feront l'objet d'une prévention de certains cancers et addictions et de la perte d'autonomie et doivent permettre de repérer les violences sexistes et sexuelles.
- Expérimentation sur le dépistage néonatal systématique et obligatoire de la drépanocytose.
- Délivrance de la contraception d'urgence avec une « information claire et concise » sur les moyens efficaces de contraception.

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

Dans le prolongement de « Ma Santé 2022 » et de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ce PLFSS prévoit des mesures pour améliorer l'accès à la santé sur l'ensemble du territoire.

Les conventions entre les professionnels de santé et l'Assurance-maladie devraient être renouvelées pour tenir compte des spécificités de leur mode d'exercice libéral et garantir des remboursements correspondant aux tarifs des soins. Pour mémoire, la signature de la prochaine convention médicale devrait intervenir au plus tard en mars 2023.

De plus, le gouvernement souhaite harmoniser les dispositifs d'aide à l'installation des médecins dans les zones les plus fragiles.

Principales mesures concernant l'accès aux soins

- Les étudiants de 3^e cycle de médecine et de pharmacie pourront administrer les vaccins du calendrier des vaccinations dans le cadre de leurs stages.
- Expérimentation d'un an autorisant les infirmiers à signer les certificats de décès.
- Expérimentation de l'accès direct aux infirmiers de pratique avancée.
- Expérimentation d'un forfait de complément de rémunération de l'activité des médecins qui interviendrait notamment dans le cadre des consultations avancées en désert médical.
- Extension du dispositif cumul emploi-retraite jusqu'au 31 décembre 2035.

LES MAJORATIONS EN CARDIOLOGIE

À côté de nos actes cliniques (Cs ou Vs, CsC, APC) existent des majorations dont l'application relève soit des dispositions générales et diverses de la Liste des Actes et Prestations (LAP), soit du champ conventionnel ; apparues au gré des différentes conventions médicales, leur utilisation relève parfois de subtilités qu'il convient de rappeler, d'autant plus qu'elles ont pu évoluer au fil des ans...

MAJORATION DU MÉDECIN SPÉCIALISTE (MPC)

Lorsque le cardiologue est amené à effectuer une consultation (ou une téléconsultation) auprès d'un patient, celle-ci donne lieu, en sus du tarif de la consultation, à une majoration dénommée MPC, à la condition de pratiquer les tarifs opposables de la convention médicale signée en 2016. La MPC est valorisée à 2 € ; elle ne peut pas être associée à une CsC ni à un acte ponctuel de consultant (APC) ; elle n'est pas non plus cumulable avec une visite ou un dépassement pour

exigence particulière (DE). Depuis le 1^{er} juillet 2017, elle est ouverte sans condition d'âge (y compris pour les patients de moins de 16 ans) et pour les médecins en secteur 2 ayant adhéré ou non à l'option de maîtrise tarifaire OPTAM (depuis le 1^{er} avril 2018) à condition de pratiquer également les tarifs opposables. Introduite en 2004, elle est devenue par décision de l'UNCAM du 29 avril 2020, « majoration du médecin spécialiste hors spécialiste de médecine générale ».

MAJORATION DE COORDINATION POUR LA CONSULTATION DU SPÉCIALISTE (MCS)

Établie par la convention de 2005 afin de valoriser le parcours de soins, elle fut reprise dans la convention de 2016 ; elle nécessite un retour d'information au médecin traitant et est valorisée à 5 €. Comme pour la MPC, elle n'est pas cumulable avec la CsC ni avec l'APC. Elle peut en revanche être associée à un DE.

Elle ouverte aux médecins spécialistes en secteur 2 depuis le 1^{er} avril 2018, adhérents ou non à l'OPTAM à condition de pratiquer les tarifs opposables.

Ainsi, une consultation spécialisée peut se facturer :
Cs + MPC + MCS = 30 €

MAJORATION DE COORDINATION DE MÉDECIN CARDIOLOGUE (MCC)

Apparues comme les précédentes au milieu des années 2000, elle fait partie de ces majorations conventionnelles visant à valoriser le parcours de soins... initialement tarifée à 2,27 €, elle est passée à 3,27 € par un avenant conventionnel. C'est une majoration qui ne concerne que les cardiologues et ne peut s'appliquer qu'avec la CsC et aucune autre consultation ; elle nécessite au préalable que le patient ait dé-

claré un médecin traitant (inapplicable en cas de suivi direct). La MCC peut être utilisée par les cardiologues en secteur 1 ou 2 avec OPTAM et si le cardiologue est en secteur 2 hors OPTAM, uniquement pour les patients titulaires de la CMU ou de la C2S (ex-ACS).

Ainsi, une consultation spécialisée de cardiologie peut se facturer :
CsC + MCC = 51 €

MAJORATION POUR UNE CONSULTATION LONGUE ET COMPLEXE D'UN PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE APRÈS HOSPITALISATION POUR DÉCOMPENSATION (MIC)

Dans le cadre du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque polymédicamenté et polypathologique sortant d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, cette consultation (longue et complexe) réalisée au cabinet ou au domicile du patient par le médecin traitant doit permettre d'évaluer l'efficacité et la tolérance de son traitement, de mettre en œuvre un plan de soins visant à éviter une

ré-hospitalisation en urgence et veiller à la bonne adéquation entre ses besoins et les moyens mis en place. Cette consultation donne lieu à une majoration « MIC » et peut également être réalisée par le cardiologue correspondant ; cette consultation doit intervenir avant la fin du deuxième mois qui suit sa sortie de l'hôpital. Elle est valorisée à 23 € et ne s'applique qu'une seule fois !

MAJORATION PERSONNE ÂGÉE (MPA)

Initiée par l'avenant n°8 de la convention médicale de 2011, c'est une rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins en secteur 1 et secteur 2 adhérents à l'OPTAM, versée à chaque consultation de patient âgés de 80 ans et plus...

La convention médicale de 2016 a maintenu le principe d'une rémunération forfaitaire sous forme de « majoration personnes âgées », entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 avec néanmoins une mo-

dification de son champ d'application, puisque s'adressant désormais aux médecins dont ils ne sont pas le médecin traitant (le suivi des patients les ayant désignés comme médecin traitant étant inclus dans le nouveau forfait patientèle médecin traitant, dit « FPMT »).

Réglée directement par la CPAM à laquelle est rattaché le praticien, elle est virée périodiquement en février, mai, août et novembre et son montant est fixé à 5 €.

MAJORATION CORRESPONDANT URGENCE (MCU)

Depuis le 1^{er} janvier 2018, il est possible pour le cardiologue correspondant, qui réalise une consultation dans les 48 heures pour un patient orienté par son médecin traitant, d'appliquer la majoration MCU valorisé à 15 €. Cette majoration ne concerne QUE les actes cliniques (Cs, CsC, APC ou TC) et non les actes techniques de la CCAM malgré une demande récurrente des organisations syndicales. Cette

majoration est autorisée pour tout médecin quel que soit son secteur d'honoraires (1, 2 avec ou sans OPTAM) mais à condition d'appliquer les tarifs opposables (donc, sans complément d'honoraires) ; elle implique pour le cardiologue sollicité de faire un retour d'information au médecin traitant. Lors de la saisie de l'acte (FSE ou papier), il faut entrer le code « MCU » et ne pas cocher la case « urgence ». ■

A l'heure où les négociations conventionnelles vont redémarrer, il serait temps de penser à une rationalisation de ces majorations car leur nombre en perpétuelle croissance (plus d'une vingtaine, toutes spécialités confondues) finit par engendrer de nombreuses confusions, sources d'erreur de cotation ... on attend toujours le choc de simplification !

ACTES ET PRESTATIONS	
VALORISATION	
MPC	2.00 €
MCS	5.00 €
MCC	3.27 €
MIC	23.00 €
MPA	5.00 €
MCU	15.00 €

Vous allez tout comprendre : pour appliquer la majoration MCU, vous réalisez une consultation dans les 48 h pour un patient venant de son MG, mais uniquement pour Cs, CsC, APC ou TC, et uniquement si vous appliquez les tarifs opposables, et si vous faite un retour au MG. Enfin ne cochez pas la case Urgence dans votre acte

Docteur Suipommé, écoutez-moi, c'est très simple : vous avez effectué une consultation au tarif de consultation et à une majoration MPC exceptionnelle de 2 € à la condition de pratiquer les tarifs opposables de la convention médicale de 2016 et même si votre année de thèse est supérieure

Sinon, si vous n'avez rien saisi, consultez les dispositions générales et diverses de la Liste des Actes et Prestations, c'est pire.



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

LE HAUT-CONSEIL DE LA NOMENCLATURE

Le Haut Conseil de la Nomenclature (HCN) a été installé le 2 septembre 2021 par le ministre de la Santé. Il pilote la révision des actes de la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) pour prendre en compte l'évolution des pratiques et l'innovation médicale.



Rawpixel

La CCAM date de 2005. Elle permet alors de mieux connaître les actes techniques et de dissocier le coût de la pratique et le travail médical. La transformation du système de santé implique maintenant d'améliorer la pertinence du recours aux soins et la qualité des pratiques et d'intégrer plus rapidement les innovations médicales.

En 2019, le rapport sur les modèles de financement du système de santé et les modèles observés à l'étranger ont établi la nécessité de distinguer la description et la hiérarchisation des actes, et leur tarification qui relève des négociations conventionnelles.

Créée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, le HCN est une structure scientifique indépendante présidée par le Pr François Richard, ancien urologue hospitalier. Le Dr Christian Espagno, ancien neurochirurgien libéral, en est le vice-président. Le HCN est composé à parité de professionnels hospitaliers et libéraux, incluant également un économiste de la santé, un médecin de santé publique et un représentant des patients. Il a 3 ans pour examiner l'ensemble des 13 000 actes inscrits dans la CCAM, dont les 168 actes relevant de la cardiologie.

Ses travaux sont réalisés en toute trans-

parence et s'appuient sur l'expertise des comités cliniques des différentes spécialités médicales dont les membres ont été proposés par les Conseils Nationaux Professionnels

de chaque spécialité, et validée par la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations) réunissant les partenaires conventionnels. ■

5 QUESTIONS AU DR FRÉDÉRIC FOSSATI, MEMBRE DU HCN

1 Le HCN a été installé en septembre 2021. Que s'est-il passé depuis ?

Depuis son installation officielle, le HCN a proposé à la CHAP une nouvelle méthodologie de hiérarchisation des actes de la CCAM, validée par cette instance en octobre 2021. Il a défini une quarantaine de « familles d'actes » à partir d'une cartographie de la CCAM plus en accord avec les pratiques médicales actuelles, chacune des familles étant représentée par un « référent clinique » entouré de spécialistes proposés par les CNP concernés, réunis au sein d'un « comité clinique » dont le nombre varie en fonction de la quantité d'actes à réviser... (quelques-uns pour l'endocrinologie à près de 20 pour l'anesthésie). Une fois ces comités cliniques installés, ils ont eu pour mission de trouver des « actes repères » (choisis pour leur fréquence et leur caractère représentatif, et dont la pratique est homogène) qui serviront à hiérarchiser l'ensemble des actes de leur spécialité (« hiérarchisation intraspécialité ») à partir d'un acte « de référence » emblématique de la spécialité.

2 Quelles sont les prochaines étapes ?

Le HCN passe actuellement en revue et valide la liste des actes repères et de référence proposés par chaque comité clinique ; viendra ensuite la hiérarchisation « inter-spécialité » par croisement 2 à 2 entre familles d'actes aboutissant à une échelle globale des actes repères dont le HCN vérifiera la cohérence. Parallèlement, les comités cliniques poursuivront leurs travaux de révision en se prononçant sur le maintien, la suppression éventuelle des actes, la modification de leur libellé ou l'opportunité d'inscrire de nouveaux actes.

3 Peut-on entrevoir des évolutions pour la cardiologie libérale ? Si oui, lesquelles ?

Il est encore trop tôt pour entrevoir des évolutions pour la cardiologie libérale ; il y aura forcément un rééquilibrage entre les actes liés à la rythmologie interventionnelle et ceux de l'hémodynamique interventionnelle mais son ampleur est pour le moment inconnue.

4 Le travail du HCN influencera-t-il les négociations conventionnelles ?

Non, car le rôle du HCN s'arrête à la hiérarchisation et ses travaux ne seront pas encore terminés ; en revanche, la tarification issue de cette nouvelle hiérarchisation fera l'objet de négociations entre les partenaires conventionnels dont on peut penser qu'elles seront àprement discutées ...

5 Comment la cardiologie est-elle représentée dans les travaux du HCN ?

Le comité clinique cardiologie compte 12 membres à parité public / privé. Il est dirigé par le Dr Arnaud LAZARUS qui connaît parfaitement la CCAM.

LES MEMBRES DU HCN

■ **REPRÉSENTANTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS.**
François Richard (président), Claude Ecoffey, Hervé Fernandez, Bénédicte Fremy et Valérie Bousson

■ **REPRÉSENTANTS DES MÉDECINS LIBÉRAUX.**
Christian Espagno, Frédéric Fossati, Michel Queralto, Sophie Siegrist et Isabelle Marquis

■ **PERSONNALITÉS QUALIFIÉES.** Benoît Dervaux et Stéphane Sanchez

■ **REPRÉSENTANT DES PATIENTS.** René Mazars

LA CERTIFICATION

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été chargée d'une mission intégrant l'ensemble des acteurs concernés pour définir les modalités de la mise en œuvre de la certification périodique.



Le rapport remis en 2018 au ministre de la Santé par le Pr Serge Uzan (doyen honoraire de la Faculté de médecine Sorbonne Université) a permis d'établir un large consensus sur l'intérêt d'un dispositif de certification périodique pour l'ensemble des professions de santé à ordre. Celui-ci a été inscrit dans la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pour renforcer la qualité des prises en charge.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a par ailleurs été chargée d'une mission intégrant l'ensemble des acteurs concernés pour définir les modalités de la mise en œuvre de la certification périodique. A l'issue de cette mission et sur la base des recommandations de l'IGAS, le ministre de la santé a publié une ordonnance relative à la certification périodique des professionnels de santé ayant acté la mise en œuvre du dispositif dès 2023, parmi lesquels les médecins (ordonnance du 19 juillet 2021).

AU SOMMAIRE

LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE

QUELLES OBLIGATIONS DE FORMATION ?

PÉRIODICITÉ DE LA CERTIFICATION

LES ACTEURS DE LA CERTIFICATION

GESTION DES COMPTES INDIVIDUELS DE CERTIFICATION

FINANCEMENT DE LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE

QUEL RÔLE POUR LE SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES ET L'UFCV-FORMATCŒUR ?



LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE

Grâce à la certification périodique, les 7 professions de santé à ordre accéderont à un programme individuel de formation. Celui-ci permettra de développer les compétences et les connaissances, de contribuer au renforcement de la qualité des pratiques et d'améliorer la relation avec les patients. Les professionnels de santé devront également mettre en place des actions visant à mieux suivre leur santé personnelle.

QUELLES OBLIGATIONS DE FORMATION ?

Chaque professionnel choisira les actions à mener et les formations à suivre en se référant aux référentiels de certification élaborés par les conseils nationaux professionnels (CNP), sur la base d'une méthode proposée par le ministre de la santé et sur proposition de la Haute Autorité de santé (HAS).

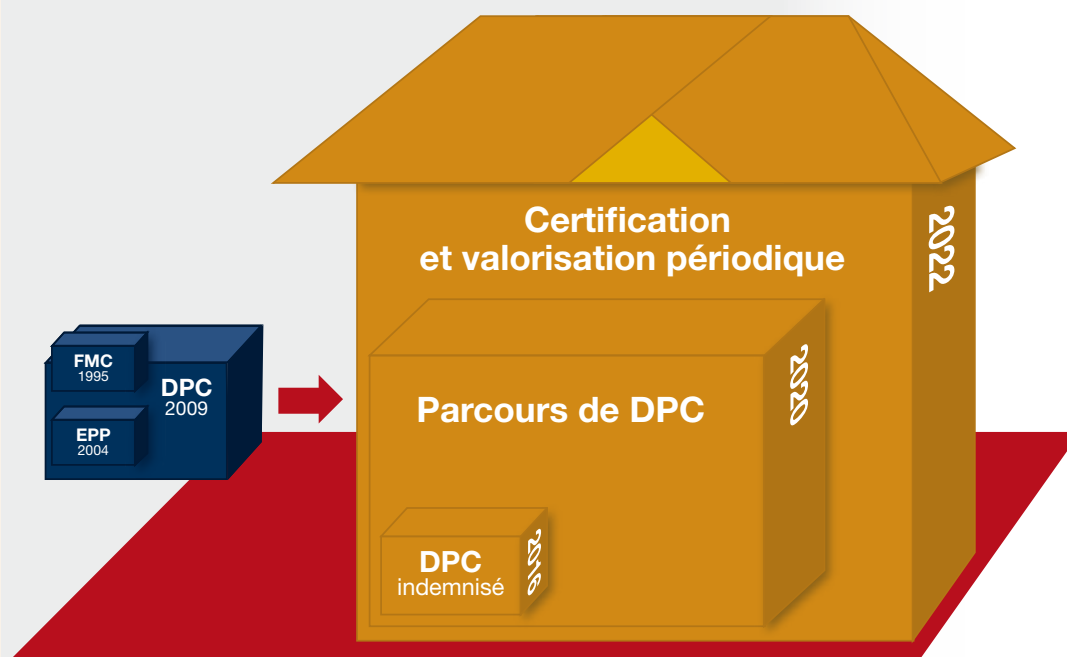
Les ordres et les conseils nationaux contrôleront le respect de l'obligation de certification périodique.

Différences entre DPC et certification Le DPC fait l'objet d'une obligation triennale. Il a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu (article L. 4021-1 du code de la santé publique).

La certification périodique prévoit que le médecin doit réaliser un programme minimal d'actions visant à actualiser ses connaissances et ses compétences, renforcer la qualité de ses pratiques professionnelles, améliorer la relation avec ses patients et mieux prendre en compte sa santé personnelle (ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021).

Les actions réalisées au titre du DPC, de la FMC et de l'accréditation seront prises en compte dans le cadre de l'obligation de certification périodique. Le DPC sera donc partie intégrante de la certification des médecins à compter du 1^{er} janvier 2023.

Figure. « Maison qualité » du médecin, constituée par la certification et valorisation périodique, incluant le « Parcours de DPC » de son CNP et le DPC indemnisé répondant aux orientations prioritaires



Source : CNPCV

► **PÉRIODICITÉ DE LA CERTIFICATION**

- Médecins inscrits au tableau de l'Ordre avant le 1^{er} janvier 2023 :
 - première période dérogatoire unique de neuf ans (jusqu'au 31 décembre 2031)
 - ensuite, certification tous les six ans
- Médecins inscrits au tableau de l'Ordre à partir du 1^{er} janvier 2023 : tous les 6 ans, la première période allant jusqu'au 31 décembre 2029.

LES ACTEURS DE LA CERTIFICATION

Le conseil national de la certification périodique (CNCP)

Le CNCP est présidé par le Pr Lionel Collet. Il est chargé, auprès du ministre chargé de la santé, de définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la certification périodique. A ce titre :

- il fixe les orientations scientifiques de la certification périodique et émet des avis qui sont rendus publics ;
- il veille à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de certification périodique soient indépendants de tout lien d'intérêt ;
- il veille à ce que les actions prises en compte au titre de la certification répondent aux critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et aux règles déontologiques des professions concernées.

L'Ordre des médecins

L'Ordre n'évaluera pas la qualité des formations et des actions de DPC réalisées par les médecins. En revanche, il contrôlera le respect par ceux-ci de leurs obligations légales de formation, que ce soit dans le cadre du DPC ou de la future certification périodique. A ce titre, l'Ordre rassemblera les données communiquées par les autres structures administratives (accréditations de la HAS, attestations de conformité des CNP, documents de traçabilité de l'ANDPC) et les implémentera dans l'espace numérique dédié du médecin, destiné à conserver son dossier administratif.

Par ailleurs, l'Ordre accompagnera les médecins tout au long des procédures de DPC et de certification périodique, notamment en les orientant vers les bons interlocuteurs, (CNP, HAS, ANDPC). Il enverra également des courriers précédant les échéances des procédures pour rappeler aux médecins leurs obligations légales.

Rappel : le non-respect de l'obligation de certification périodique constitue une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire.

Rôle du CNPCV

Les CNP, dont le CNPCV, doivent définir le parcours de DPC des médecins relevant de leur spécialité et faciliter la réalisation des parcours de formation. Lorsqu'un médecin a suivi un parcours conforme, le CNPCV lui délivre une attestation de conformité qui valide automatiquement le DPC pour la période triennale en cours.

Pour obtenir une attestation de conformité, les cardiologues devront s'inscrire sur : parcourspro.online/cnp_fsm.jsp
 Pour les disciplines particulières ou lorsque les médecins relèvent de plusieurs spécialités, les CNP concernés élaborent des parcours de DPC réalisables par tous. A noter que des actions de DPC peuvent être ouvertes à plusieurs spécialités de manière concomitante.

GESTION DES COMPTES INDIVIDUELS DE CERTIFICATION

Une autorité administrative gèrera les comptes individuels de certification à travers un système d'information « certification ». Le cahier des charges prévoit que chaque compte sera contrôlé par l'ordre professionnel à l'issue de la période de certification.

FINANCEMENT DE LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE

Les modalités de financement de la certification ne sont pas encore connues et sont en cours d'étude par l'IGAS. ►





- ▶ ■ Sont constitutives d'un parcours de développement professionnel continu agréé et financé les actions suivantes proposées par les organismes agréés, totalisant 21 heures sur 3 ans, comportant deux des trois volets associés au sein d'une action intégrée.
- L'accréditation des médecins doit être le parcours DPC de choix pour tous les cardiologues interventionnels.
- Sont constitutives d'un parcours de DPC agréé par le CNPCV les activités de formation, d'analyse des pratiques ou de gestion des risques, à condition d'associer 2 activités comportant deux des trois types d'action ou de s'inscrire dans une action intégrée associant acquisition des connaissances et évaluation des pratiques. ■

Tableau. Parcours de DPC défini par le CNPCV

Formation	Analyse des pratiques	Gestion des risques
<ul style="list-style-type: none"> - Activités de formation continue comme expert, (experts d'actions de DPC agréées ANDPC ou conventionnées hors DPC), comme animateur, orateur, concepteur (≥ 6 actions ou séances/3 ans). - Participation régulière à des réunions de bibliographie avec ordre du jour, liste des présences (≥ 12 réunions/3 ans). - Participation régulière à des congrès nationaux ou internationaux (≥ 6 sur 3 ans). - Participation régulière à des soirées /congrès régionaux ou locaux (≥ 12 réunions/3 ans). - Activités universitaires d'enseignement reçu : (validation d'un DU - DIU/3 ans). - Activités universitaires d'enseignement dispensé (au minimum 40h/3 ans). - Participations à des congrès au titre de conférence, modération, présentation des études originales en 1^{er} auteur (au minimum 6 sur 3 ans) - Directions de thèses d'exercice (≥ 3 sur 3 ans). - Directions de thèses d'université (≥ 1 sur 3 ans). - Participation élective au conseil pédagogique, au conseil scientifique, ou au conseil de la faculté ou de l'université ou au CNU (12 réunions/3 ans). 	<ul style="list-style-type: none"> - Groupes d'analyse de pratique (GAP) financés par l'ANDPC ou non financés (12 réunions type HAS/3 ans) - Participation à des RCP ou staff d'une équipe médico-soignante : staff formalisé avec ordre du jour, liste de présences, et comptes-rendus (12 réunions/3 ans). - Activités de responsabilités institutionnelles électives au sein des CA des collèges (CNCF, CNCH), du syndicat, de la SFC, ou des CME, des comités d'éthique et CPP, des commissions des diverses organisations territoriales des soins issues de l'ARS (12 réunions/3 ans). - Participation à des études cliniques institutionnelles comme investigateur principal national ou international avec publication (1 article/3 ans). - Publications didactiques : revue générale, mise au point, éditorial (≥ 3 sur 3 ans). - Publications originales expérimentales (≥ 1 sur 3 ans). 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accréditation des médecins doit être le parcours DPC de choix pour tous les cardiologues interventionnels, selon la définition réglementaire de 2006 (certificat annuel d'accréditation, individuelle ou en équipe) - Responsabilité au sein des diverses vigilances (12 réunions/3 ans).
<ul style="list-style-type: none"> - DU ou d'un DIU comportant outre les cours magistraux, la rédaction d'un mémoire ou la présentation de cas cliniques (1 DU- DIU / 3 ans). - Participation à des staff associant présentation de cas cliniques et revue de bibliographie : staff formalisé avec ordre du jour, liste de présences, et compte-rendu (12 réunions/3 ans). 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation active à un registre institutionnel validé par le CNPCV ou par la FSM (validation CNPCV). - Participation à des RMM : staff formalisé avec ordre du jour, liste de présences, et comptes rendus (12 réunions/3 ans). 	
<ul style="list-style-type: none"> - Accréditation des médecins et des équipes médicales (<i>cf Gestion des risques</i>) - Gestion des risques en équipe (<i>cf Gestion des risques</i>) 		

Programmes intégrés	Actions libres
<p>Participation à un programme intégré proposé par les organismes agréés (ANDPC, ODPC Cardio, FormatCœur), portant sur une thématique unique ou associant des thématiques diverses (21 heures sur 3 ans, comportant deux des trois volets associés au sein d'une action intégrée).</p>	

Source : CNPCV

Rejoignez le seul syndicat de cardiologie libérale !

Dans un environnement qui se transforme et se complexifie, vous adhérez, nous agissons !

Pourquoi j'adhère ?

► Je contribue à la défense de la profession

- Vous nous aidez à pérenniser notre poids et notre représentativité auprès de toutes les instances : HAS, CNP, URPS, Syndicats poly-catégoriels.
- Vous participez à la défense de nos rémunérations auprès de la CNAM, par exemple l'inscription de nouveaux actes à la CCAM.

► Je bénéficie d'un accompagnement professionnel unique et complet

- Vous accédez à :
 - une aide juridique et des conseils personnalisés : notre cellule juridique accessible à contact@sncardiologues.fr vous accompagne dans les litiges,
 - une plateforme unique qui vous aide à préparer votre retraite et à améliorer votre prévoyance au 06 14 71 15 62.
- Nous vous aidons à mettre en place de nouveaux modes d'exercice grâce à des « solutions clés en mains » : télémedecine (téléexpertise, télé-surveillance), délégation de tâches, IPA, CPTS.

► Je suis un acteur de la cardiologie de demain

- Nous vous mettons en relation avec les cellules « numérique » et « jeunes cardiologues » pour construire la réponse au problème de démographie médicale.

Des résultats concrets

► APC

Au 1^{er} avril 2022, l'APC + ECG passe à 69,26 € (secteur 1) et l'APC passe de 50 € à 55 €.

► CARDIO'LINK

Devant des conditions d'exercice de plus en plus difficiles le SNC facilite la communication et la mise en relation au sein de la communauté cardiologique grâce à Cardio'Link !

► HONORAIRES

La révision des actes de la CCAM est en marche au sein du Haut conseil des nomenclatures (HCN).
Le SNC s'active pour défendre vos intérêts !

► INNOVATION

Le SNC développe des outils innovants pour améliorer votre exercice au quotidien et faciliter l'installation en libéral : Pack installation, Innov'cardio...

Les engagements de votre Syndicat

Facilitez votre vie professionnelle !
Adhérez au SNC et bénéficiez de l'ensemble des services
d'un syndicat dynamique rassemblant tous les exercices en cardiologie !

Rejoignez-nous sur sncardiologues.fr

MISE EN CAUSE DES CARDIOLOGUES

BILAN DE L'ANNÉE 2021

L'année 2021 a lourdement impacté l'activité médicale et vu émerger de nouveaux risques notamment liés à des déprogrammations ou des difficultés de suivi de patients.

Comme chaque année, à l'automne, la MACSF publie un panorama des réclamations de sinistres adressées par ses assurés cardiologues libéraux et hospitaliers. Ces mises en cause émanant des patients sont un excellent indicateur des thématiques médico-légales accompagnant l'exercice médical en cardiologie. Ces réclamations concernent aussi bien les phases diagnostiques que thérapeutiques ou encore le sujet de l'information.

Nous vous proposons une synthèse des réclamations reçues durant l'année 2021, année encore inhabituelle d'un point de vue médico-légal. Nous nous trouvons en effet au décours immédiat d'une crise sanitaire majeure ayant lourdement impacté l'activité médicale mais ayant également vu émerger de nouveaux risques notamment liés à des déprogrammations ou des difficultés de suivi de patients. (Voir l'article « Covid-19. Déprogrammation et responsabilité médicale » sur macsf.fr/actualites/covid-19-deprogrammation-et-responsabilite).

En 2021, les 4 099 sociétaires cardiologues de la MACSF ont adressé 63 déclarations de sinistres corporels, soit une sinistralité de 1,56 % contre 1,53 % en 2020. Dans un tel contexte sanitaire, cette évolution ne peut être considérée comme significative.

Les 2 182 cardiologues libéraux ont, pour leur part, adressé 51 déclarations. Leur sinistralité s'établit ainsi à 2,34 % contre 2,39 % en 2020. Là encore, il faut tenir du contexte, aucune conclusion ne pouvant bien entendu être tirée de manière probante.

Ces déclarations se répartissent en une procédure administrative, 13 procédures civiles, 5 procédures ordinaires, 3 procédures pénales, 13 réclamations amiables et 28 saisines d'une CCI. Il est intéressant de noter que la voie « non contentieuse » reste donc la plus utilisée vis-à-vis des cardiologues et l'on peut s'en féli-



- citer. De nombreux événements indésirables graves relèvent le plus souvent d'un accident médical non fautif, pouvant bénéficier d'une prise en charge par la solidarité nationale via l'ONIAM, après expertise bien entendu. Notons malgré tout trois procédures pénales, lesquelles sont toujours redoutées compte tenu des impacts et condamnations possibles, concernant le plus souvent le décès d'un patient (délais à la prise en charge, non-assistance, etc.). Les motifs de réclamations concernent la conduite diagnostique mais surtout la prise en charge thérapeutique, que ce soit en consultation ou en hospitalisation, lors de gestes techniques ou interventionnels. Notons comme chaque année un point de vigilance particulière concernant des accidents iatrogéniques notamment avec les différentes classes d'anticoagulants. ■

(Retrouver l'ensemble des motifs de mises en cause peuvent être retrouvés sur macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2021/risque-des-professions-de-sante/c/cardio-logie-maladies-vasculaires).

Dr Cédric Gaultier. *Cardiologue interventionnel, médecin conseil MACSF*

Dr Thierry Houselstein. *Directeur médical MACSF*

Des mesures de prévention du risque peuvent améliorer et sécuriser les pratiques, et par là-même réduire le risque médical et les mises en cause des cardiologues. Différents articles sont accessibles sur le site de la Macsf :

macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/dossier-responsabilite-professionnelle-cardiologue

ANALYSE SUR LES MISES EN CAUSE EN 2021

Le Dr Cédric Gaultier, cardiologue interventionnel et cardiologue conseil pour MACSF nous livre son analyse sur les mises en causes adressées durant l'année 2021 :

■ S'il y a peu d'erreurs diagnostiques, on constate encore des plaintes relatives au délai entre la prescription et la réalisation d'un acte diagnostique (coronarographie) se compliquant d'un décès dans l'intervalle. Cette thématique ainsi que la question de la programmation des actes thérapeutiques et de la coordination entre les cardiologues prescripteurs et ceux qui effectuent les actes est de plus en plus discutée d'un point de vue médico-légal et expertal.

■ Comme à l'accoutumée, les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires restent la première cause de complication thérapeutique en cardiologie avec en particulier trois hémorragies intracérébrales, ou des accidents thrombo-emboliques lors d'arrêt d'anticoagulants dans les périodes opératoires (ACFA).

■ Sur le plan interventionnel, il existe une stabilité des accidents en pathologie coronaire avec en particulier un tiers des dossiers qui concerne des complications de la voie d'abord. Avec la multiplication des procédures, mais probablement également une banalisation de l'acte dans l'esprit de la population, on note une progression des plaintes concernant les procédures TAVI (une occlusion coronaire lors d'une inflation complémentaire pour meilleure expansion de la prothèse, une dissection iliaque, et une gestion de l'antiagrégation plaquettaire).

■ En rythmologie interventionnelle, le risque principal concerne toujours l'ablation de fibrillation auriculaire, avec une tamponnade lors de la ponction transseptale, un hématome se surinfectant au niveau du Scarpa et enfin un décès après retour à domicile. A ce sujet, il convient d'être attentif aux consignes après retour à domicile avec en particulier la nécessité de reconsulter le centre expert en cas de douleur thoracique, de l'apparition d'une fièvre ou de trouble de déglutition afin d'éviter un retard diagnostique d'une fistule œsophagienne.

Malgré un niveau d'expertise élevé de notre spécialité, on rappellera le risque d'accidents corporels au sein du cabinet ou des plateaux techniques, qui a fait l'objet de trois plaintes en 2021 (chutes de la table d'examen...). Face à une population âgée, il convient d'être attentif à ne pas laisser un patient sans surveillance ou de veiller à la montée ou la descente de la table, si le tonus axial semble précaire ou si la corpulence est à risque de chute.

CARDIO'LINK

La plateforme de mise en relation entre cardiologues

Vous recherchez un remplaçant, un successeur ou un infirmier de pratique avancée (IPA), et la mise en place de contrats de collaboration.

Conçue par et pour les cardiologues et créée par le Syndicat National des Cardiologues, Cardio'Link est une plateforme de mise en relations directe entre cardiologues.

Très simple d'utilisation, il suffit de quelques minutes pour créer votre profil et accéder à l'ensemble des offres disponibles et/ou déposer vos annonces !



Et pour les jeunes qui démarrent, Cardiolink est le complément idéal du pack d'installation développé par le SNC.

N'attendez plus ! Rejoignez la communauté Cardio'Link !

L'accès à la plateforme est gratuit pour les internes, les jeunes cardiologues et les cotisants au Syndicat.

cardiolink.fr

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

7^e PARTIE : LES LIMITES DU RAPPORT CHRONOLOGIQUE ENTRE ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT ET CONSTATATION D'UN EFFET CLINIQUE

par François Diévert - Elsan clinique Villette, Dunkerque

Une personne a des céphalées. Donnons-lui le traitement Y et attendons de voir si sa céphalée disparaît. Si la céphalée passe en 10 minutes, que conclure ?

En début d'épidémie grippale, un vaccin antigrippe est administré à une personne de 70 ans. La

personne consulte 8 – voire 21 jours après – avec de la fièvre et un écoulement nasal : que conclure ?

Et si, dans ce même délai, elle fait un AVC, que conclure ?

Dans cette partie, nous envisagerons les réponses possibles à ces deux questions.

Disparition des symptômes

Dans le cas de la disparition de symptômes après l'administration d'un traitement, on pourrait penser que la chronologie des faits, appuyée par la notion que le traitement prescrit est supposé agir contre les céphalées, permet de conclure que c'est l'efficacité intrinsèque du traitement qui a permis la disparition des symptômes. Mais ce serait un raccourci hâtif et présomptueux, même si « l'expérience » reproduite plusieurs fois arrive aux mêmes effets.

Car les symptômes peuvent avoir disparu pour plusieurs raisons.

■ La première est l'effet-temps, c'est-à-dire que, spontanément, ils ont pu disparaître et ils auraient d'ailleurs disparu sans administration d'un quelconque traitement.

■ La deuxième est l'effet-patient : on pourrait assimiler cela à une certaine susceptibilité du patient au fait qu'il ait été pris en charge par un médecin ou un personnel soignant.

■ La troisième est l'effet-médecin. Ici, plusieurs mécanismes peuvent entrer en jeu. L'un est tout simplement l'effet de persuasion ou de réassurance du médecin « *prenez ceci, c'est un nouveau traitement, très efficace* ». L'autre est un biais cognitif appelé « biais de halo ». Ce biais consiste à attribuer des qualités (ou des défauts) à une personne en fonction de ses qualités ou défauts présumés. Si le médecin est paré des qualités de guérisseur et qu'il a une blouse blanche, il peut exercer un effet de compétence, d'autorité et de réassurance sur le patient permettant la disparition des symptômes.

■ La quatrième raison pouvant conduire à la disparition des symptômes est ce qui est appelé effet-placebo, qui, probablement pour une certaine part contient un effet-patient et un effet-médecin. Enfin, la cinquième raison est l'efficacité intrinsèque du traitement ou effet thérapeutique.

Ainsi, lorsqu'on constate un effet particulier après l'administration d'un traitement quelconque, il est difficile de savoir ce qui revient réellement à l'effet thérapeutique ou à divers autres effets plus ou moins conjugués.

Apparition d'un événement clinique jugé défavorable

De même si, en place d'une disparition de symptômes, il se produit un effet défavorable après l'administration d'un traitement quelconque,

peut-on être sûr qu'il y a un lien de causalité entre les deux événements ? En reprenant l'exemple mis en exergue ici, s'il apparaît une fièvre et un écoulement nasal quelques temps après une vaccination antigrippale, que conclure ? Que le vaccin en est la cause ? Que le vaccin n'a pas protégé contre la grippe, si tant est que les symptômes révèlent une grippe ? Le délai a-t-il son importance dans la causalité potentielle ?

Plus encore, si l'événement apparu est un AVC, comment juger de la causalité potentielle entre le vaccin et cet AVC ? Peut-il s'agir d'une simple coïncidence ? D'un effet direct du vaccin ? D'un effet indirect médié par des phénomènes inflammatoires ou immunitaires ? Quel aurait été le risque d'AVC de la personne sans le vaccin ? Quel aurait été son risque en cas de survenue d'une grippe alors qu'elle a été vaccinée ou alors qu'elle n'a pas été vaccinée ?

En synthèse

Malgré le caractère intuitif liant un événement à un autre par le simple fait qu'ils se succèdent dans le temps, le simple rapport chronologique entre l'administration d'un traitement et un événement clinique constaté, favorable ou non, ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les deux éléments. Sauf dans quelques cas rares et précis comme par exemple, le choc électrique en cas de troubles du rythme.

Cela a été une grande avancée de la recherche clinique d'avoir démontré qu'il existe de multiples causes possibles à un phénomène, quel qu'il soit, apparaissant après l'administration d'un traitement. Ces causes ont reçu divers qualificatifs autour du nom « effet » et ne sont pas l'effet thérapeutique spécifique du traitement, raison pour laquelle elles sont qualifiées d'effets parasites.

Pour connaître l'effet thérapeutique, c'est-à-dire pour savoir si un traitement est efficace ou délétère, il faut donc trouver, construire, élaborer une méthode (voire plusieurs) permettant de savoir s'il est possible d'attribuer un effet particulier à un traitement particulier et donc un modèle permettant de trier parmi les causes d'un phénomène survenant sous traitement ce qui revient réellement à l'effet thérapeutique et ce qui est la conséquence d'effets parasites. ■



RÉDUIRE LE SINUS CORONAIRE POUR AMÉLIORER LA PERFUSION CORONAIRE

JULIEN ADJEDJ

Institut Arnault Tzanck, Saint-Laurent-du-Var

FRANÇOIS DIÉVART

Elsan Clinique Villette, Dunkerque

Depuis novembre 2021, un nouveau traitement interventionnel de l'angor réfractaire est autorisé en France (l'avis de la HAS précisant toutefois que c'est à titre transitoire), le réducteur du sinus coronaire. Il est commercialisé par la société Néovasc et disponible dans quelques centres de cardiologie interventionnelle. Son indication est « *Angine de poitrine stable réfractaire de classe 3 ou 4 selon la société canadienne de cardiologie (CCS, voir tableau), malgré un traitement pharmacologique bien conduit, chez des patients contre-indiqués ou à haut risque de revascularisation par pontage aortocoronarien ou par intervention coronarienne percutanée* ».

L'ANGOR RÉFRACTAIRE

Malgré les progrès de la cardiologie interventionnelle en matière de revascularisation coronaire, jusqu'à 10 % des patients ont un angor réfractaire. ⁽¹⁾ L'angor réfractaire est associé à une mauvaise qualité de vie, à des hospitalisations fréquentes et à un haut niveau d'utilisation des ressources. ⁽²⁾

L'angor réfractaire est défini comme des symptômes persistants (3 mois ou plus) dus

à une ischémie réversible établie en présence d'une maladie coronarienne obstructive, qui ne peut être contrôlée par un traitement médical croissant ou une revascularisation. ⁽²⁾

UN NOUVEAU TRAITEMENT

Le réducteur du sinus coronaire (*voir figure page suivante*) est un traitement interventionnel récent et innovant. On pourrait dire qu'il vient compléter les moyens thérapeu-

tiques potentiels de l'angor réfractaire, notamment lorsque ces moyens sont en échec, mais comme l'on parle d'échec, de fait, il constitue un réel nouveau traitement en l'absence d'autres options thérapeutiques.

Le réducteur du sinus coronaire est un dispositif métallique en forme de sablier monté sur un ballon permettant de déployer la prothèse en maintenant cette forme de sablier générant une réduction du sinus. Ce dispositif s'implante de façon percutanée par voie veineuse jugulaire droite (avec un cathéter de 9F) sous anesthésie locale sous scopie.

D'après l'ensemble des études, la procédure est simple, sûre et efficace.

Une double anti-agrégation plaquettaire pendant 6 mois est recommandée dans les suites de l'implantation.

La réduction du sinus coronaire génère un gradient de pression en amont qui entraîne la redistribution du flux sanguin de l'épiscarde le moins ischémique vers l'endocardie ischémique. ⁽³⁾ L'équipe de l'Institut Arnault Tzanck a montré dans une série de cas que la mise en place de ce réducteur du sinus coronaire entraînait une augmentation du flux coronaire et une diminution des résistances microvasculaires. ⁽⁴⁾

Tableau. Classification de l'angor selon la société canadienne de cardiologie (CCS)

Classe I	L'activité physique ordinaire (marcher ou monter des escaliers) ne provoque pas d'angor. L'angor apparaît à l'occasion d'un effort important, rapide ou prolongé, au travail ou pendant les loisirs.
Classe II	Légère limitation de l'activité ordinaire : marcher ou monter des escaliers rapidement, marcher en côte, marcher ou monter des escaliers après un repas, au froid ou dans le vent, ou pendant un stress émotionnel ou au cours des premières heures suivant le réveil. Marcher plus de 100 à 200 mètres en terrain plat et monter plus d'un étage à un rythme normal et dans des conditions normales.
Classe III	Limitation marquée de l'activité physique ordinaire : marcher 100 à 200 mètres en terrain plat et monter un étage dans des conditions normales et à un rythme normal.
Classe IV	Impossibilité d'effectuer toute activité physique sans ressentir de gêne. L'angor peut être présent au repos.

RÉDUCTEUR DU SINUS CORONAIRE ET IRM

La notice indique qu'il ne faut pas effectuer d'examen par IRM chez un patient ayant eu une pose de réducteur du sinus coronaire lors des 8 semaines précédentes.

Au-delà de 8 semaines après l'intervention, « des tests non cliniques ont démontré que le dispositif était compatible IRM sous les conditions suivantes :

- champ magnétique statique de 1,5 Tesla et 3,0 Tesla uniquement ;
- champ magnétique à gradient spatial de 1 000 Gauss/cm (extrapolé) maximum ;
- débit d'absorption spécifique (DAS) moyen maximum pour le corps entier indiqué par le système RM de 2,0 W/kg pendant 15 minutes d'examen (par séquence d'impulsions) lors du fonctionnement normal du système RM.

BÉNÉFICE CLINIQUE

Il a été démontré que la réduction du sinus coronaire apporte un bénéfice symptomatique comme traitement de l'angor réfractaire : elle permet en moyenne de réduire

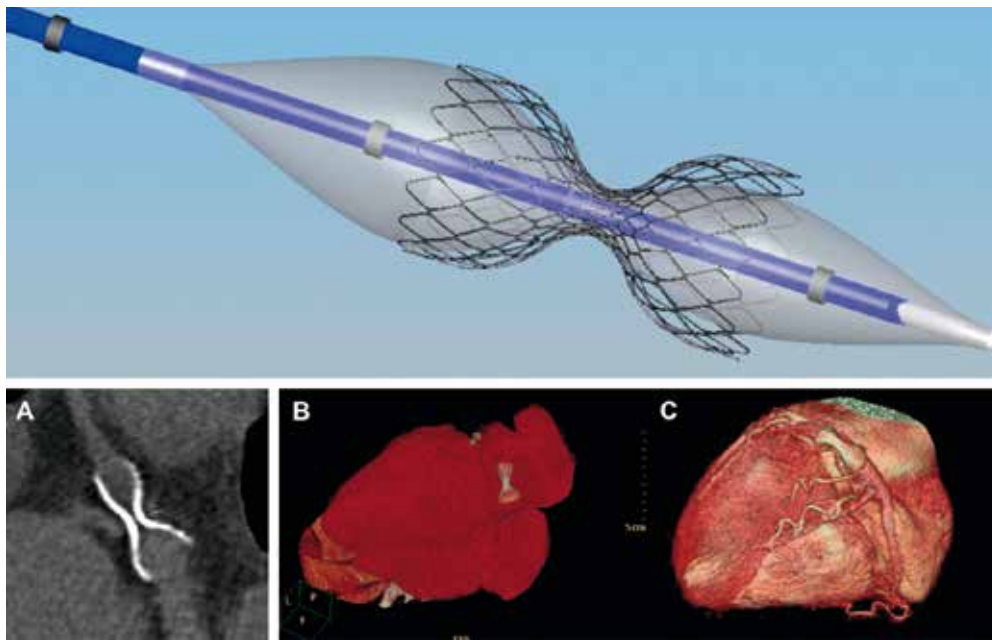


FIGURE. Réducteur du sinus coronaire en haut. Coupe scannographique sagittale en A. Reconstruction 3D en B et C.

l'angor réfractaire de 1 à 2 classe CCS dans 80 % des cas. ⁽⁴⁾

L'obtention de l'agrément en France du réducteur du sinus coronaire a principalement reposé sur trois études dont l'une est randomisée et les deux autres sont des registres prospectifs (études **REDUCE** et **REDUCER-I**). L'étude REDUCE est donc une étude observationnelle, multicentrique, non comparative, avec collecte rétrospective des données, conduite en vie réelle chez 141 patients, avec un suivi médian de 14 mois. L'étude observationnelle REDUCER-I, est encore en cours. Elle est multicentrique, non comparative, avec une collecte prospective et rétrospective des données et elle prévoit un suivi de 5 ans. Son rapport intermédiaire portait sur 260 patients.

Pour l'étude contrôlée dénommée **COSIRA**, il y a eu une procédure simu-

lée dans le groupe contrôle. Cette étude internationale, randomisée, multicentrique, de phase II, a donc été réalisée en double aveugle et a inclus 104 patients, avec un suivi à 6 mois. Ses résultats sur le critère de jugement principal montrent que la proportion de patients avec une amélioration d'au moins 2 classes d'angor CCS est significativement plus importante dans le groupe ayant eu une réduction du sinus coronaire que dans le groupe contrôle (35 % versus

15 %, $p = 0,02$), avec un fort effet placebo. Suite à l'obtention d'une prise en charge en France (*voir encadré*), notre expérience est suivie par un registre de la Société française de cardiologie qui est en cours. Nos premières impressions confirment les données de la littérature avec un dispositif simple qui permet de traiter efficacement l'angor réfractaire chez les patients coronariens stables qui avaient une preuve d'ischémie myocardique et étaient non revascularisables. ■

RÉFÉRENCES

- (1) Mannheimer C, Camici P, Chester MR, et al. The problem of chronic refractory angina: Report from the ESC Joint Study Group on the treatment of refractory angina. *Eur Heart J.* 2002;23:355-70.
- (2) Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41:407.
- (3) Syeda B, Schukro C, Heinze G, et al. The salvage potential of coronary sinus interventions: meta-analysis and pathophysiologic consequences. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004;127:1703
- (4) Giannini F, Cuenin L, Adjedj J. Impact of the coronary sinus reducer on the coronary artery circulation cases report. *Eur Heart J Case Rep.* 2022 Apr 26;6(6):ytac159.
- (5) Verheye S, Jolicoeur EM, Behan MW et al. Efficacy of a device to narrow the coronary sinus in refractory angina. *N Engl J Med.* 2015;372:519527.

LA NOTE SYNDICALE Codification de l'acte telle que rapportée par l'avis de la HAS de novembre 2021 : le champ des options est large

Aucun acte spécifique n'est décrit dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM – version 66.10, 02/01/2021). Cet acte associé est spécifique de l'utilisation du SYSTEME NEOVASC REDUCER. L'intitulé de l'acte proposé est le suivant : « Réduction intraluminaire du sinus coronaire par pose d'endoprothèse, avec angiographie du sinus coronaire, par voie veineuse transcutanée ».

Il existe trois actes sur la CCAM qui pourraient s'en approcher :

- DDAF008** Dilatation intraluminaire d'un vaisseau coronaire avec artériographie coronaire, avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (NB : 526,49 €) ;
- DASF074** Fermeture de l'appendice atrial (auricule) gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage échographie-doppler par voie trans-œsophagienne (NB : 1 510,21 €) ;
- DASF005** Fermeture d'un foramen ovale perméable, par voie veineuse transcutanée (NB : 819,46 €)

Ces actes diffèrent cependant de l'acte d'implantation du dispositif REDUCER par leur localisation anatomique, leur voie d'abord, leur mode d'action ou leur indication.



LES CRYPTOS

LA FUTURE ÉCONOMIE ?

Le métavers possède sa propre économie virtuelle basée sur les cryptomonnaies par l'intermédiaire des blockchains. Celles-ci interviennent dans les transactions afin que les utilisateurs puissent échanger, vendre ou acheter entre eux. L'intérêt pour les cryptomonnaies réside en grande partie dans la recherche de profits, les spéculateurs faisant parfois grimper les prix de façon astronomique.

Vêtements, maisons, œuvres d'art, activités diverses, de nombreuses affaires peuvent être réalisées dans le métavers. C'est lors de ventes ou d'achats que les cryptomonnaies (par l'intermédiaire des blockchains) interviennent. Grâce à cette monnaie, les utilisateurs peuvent échanger entre eux et par conséquent participer à cette économie virtuelle. Il existe différentes cryptomonnaies telles que le Bitcoin, l'Ethereum, Binance Coin, Ripple, Cardano... Elles sont particulièrement nombreuses.

L'univers de la cryptomonnaie possède son propre jargon qui désorienterait facilement les non-initiés : coins, tokens crypto, tokens non fongibles (NFT), tokens de marchandise (...), des mots utilisés uniquement dans le monde virtuel.

Les cryptomonnaies, appelées « crypto-actifs » par – entre autres – les autorités de marché financiers, sont des actifs numériques virtuels qui reposent sur la technologie de la blockchain (1) à travers un registre décentralisé et un protocole informatique crypté. Le cryptomonnaie n'est pas une

monnaie telle que l'on peut la définir dans le monde réel, et sa valeur se détermine uniquement en fonction des échanges, entre l'offre et la demande.

LES CATEGORIES DE CRYPTOMONNAIE

Il existe plus de 1 300 cryptomonnaies à ce jour qui sont regroupées en deux catégories : le coin (pièce) et le token (jeton).

■ **Le coin (ou altcoin)** désigne toute cryptomonnaie qui utilise sa propre blockchain indépendante. La plus connue – le *Bitcoin* (BTC) – a été créée en 2009, et est la première application de la blockchain qui en a justifié la création. Elle possède sa propre infrastructure. Le terme altcoin (2) désigne tous les coins autres que le Bitcoin. La plupart des altcoins fonctionnent de la même manière que le Bitcoin avec leur propre indépendance, certains offrant un nombre illimité de coins dans leur transaction alors que le Bitcoin est, lui, plafonné à un nombre de 21 millions, ce qui laisse déjà une belle place à l'investissement.

■ **Le token est un actif non-natif**, lié ou non à une cryptomonnaie. Il utilise une infrastructure blockchain qui n'est pas la sienne, contrairement au coin. Ce jeton numérique est transférable numériquement entre deux personnes.

Il est facile d'en obtenir, soit en s'inscrivant sur une plateforme de trading dédiée aux cryptomonnaies. Il pourra ensuite être conservé dans un wallet (3) et utilisé pour des transactions, soit en participant à des levées de fond pour financer un projet, soit devenir mineur de crypto sur une blockchain (4) qui est récompensé par des tokens crypto.

QUEL CRYPTOMONNAIE PRENDRE ?

Il n'y a pas que le *Bitcoin* qui existe. Même si celui-ci affichait la plus forte capitalisation boursière, avec 896 milliards de dollars US en janvier dernier, d'autres cryptos ont le vent en poupe

LA CRYPTOGRAPHIE

La cryptographie est utilisée pour protéger un message considéré comme confidentiel. Cette technique d'écriture est issue de la cryptologie où un message chiffré est réalisé à l'aide de codes secrets ou de clés de chiffrement. La cryptographie est principalement.

LA CRYPTOLOGIE

Étymologiquement la « science du secret », la cryptologie est considérée comme une science que depuis le XX^e siècle. Les premières méthodes de chiffrement remontent à l'Antiquité et a été abondamment utilisée durant la deuxième guerre mondiale.



telle *Ether* (ETH) qui utilise sa propre blockchain avec un nombre illimité de création de coins ou *Binance Coin* (BNB), née de la plus grande plateforme d'échange de cryptomonnaies au monde en 2022 avec des frais de transaction réduits pour les utilisateurs qui ceux paient avec cette crypto. Vous voulez trader rapidement, *Solana* (SOL) est fait pour vous et peut exécuter 50 000 transactions par seconde, une plateforme particulièrement attrayante pour les investisseurs. *IMPT* est une cryptomonnaie prometteuse utilisant une blockchain face aux émissions carbone, *Lucky Block* (LBLOCK) pour ceux qui ne peuvent se passer de loteries ou de jackpots. Comme vous le voyez, chaque cryptomonnaie a donc ses propres propriétés.

RÉGULATION DES CRYPTO-ACTIFS

Un nouveau cadre international en cours d'élaboration

Selon le Haut-conseil de stabilité financière français (HCSF), il doit y avoir une réglementation des crypto-actifs coordonnée au niveau international. Elle est nécessaire pour juguler le risque systémique potentiel.

Après les réglementations européennes MiCA et TFR (5) ou les acteurs de l'industrie blockchain de l'Union européenne devront se conformer à une série de dispositions dès 2024 encadrant plus strictement les crypto-actifs (comme l'interdiction totale pour les entreprises de rémunérer leurs clients avec le lending de stablecoins).

Mais le Web3 n'en a pas terminé avec les régulateurs, comme le

rappelle le HCSF où la prochaine vague réglementaire devrait venir des organismes internationaux : le Conseil de stabilité financière et le Comité de Bâle qui regroupe les gouverneurs de la banque centrale européenne et les superviseurs des 27 pays et établit les règles prudentielles du secteur.

LE RISQUE SYSTÉMIQUE DU MARCHÉ DES CRYPTOS

Dans son rapport, le HCSF, qui surveille donc le risque systémique du secteur financier en France, s'est penché sur le marché des crypto-actifs. Il conclut que le secteur « *ne semble pas représenter à ce stade un risque systémique, de par sa taille relativement limitée et des interconnexions faibles avec la finance traditionnelle* ». Il relève cependant un « *manque de données fiables* » et « *la croissance des canaux de contagion du fait de l'intérêt croissant d'investisseurs traditionnels* », qui le conduisent à juger une « *nécessaire réglementation internationale* ».

Ces canaux de contagion sont le développement de services de règlement en crypto-actifs par les grands acteurs du secteur du paiement (Visa, Mastercard...) et de placements comme les *exchange-traded funds* (ETF) (6) indexés sur des cryptomonnaies, la création de produits dérivés et la composition

des réserves servant d'adossement à certains stablecoins.

Les risques liés à ces marchés sont par contre multiples avec tout ce que l'on ne veut pas connaître en tant que non-initiés : volatilité, produits à effet de levier, absence de transparence, complexité, gouvernance des organisations décentralisées autonomes, failles de sécurité, piratages, anonymat des transactions... Bref, que du bonheur !

ET L'AVENIR DANS TOUT CELA ?

La cryptomonnaie est pour certains pays, l'avenir de la finance, c'est le cas par exemple des Etats-Unis (ce qui n'est pas étonnant !) où conservateurs et démocrates sont au moins d'accords sur un sujet ! Mais il faut avant tout que les régulateurs du monde entier s'entendent sur un cadre de réglementation ce qui, vu le contexte actuel, est peu probable. Mais l'utilisation ascendante des cryptomonnaies doivent inciter les politiciens à agir (très) rapidement afin de créer des réglementations *ad-hoc*.

La récente affaire de FTX, considérée Il y a un mois encore comme la deuxième plus importante plateforme d'échange avec une valorisation de 32 milliards de dollars, a été placée sous le régime des faillites, faisant plonger le marché des cryptomonnaies dans le rouge.

Il y a à peine plus d'un an, le cours de FTX se traitait à 73 dollars, puis est brutalement descendu à une vingtaine de dollars puis 1,50 dollars... Si on en est arrivé là, c'est que son fondateur s'est servi d'une très grosse partie des fonds – 10 milliards sur les 16 milliards déposés par ses 100 000 clients – pour financer l'activité d'un fonds d'investissement et de trading fondé aux Bahamas. Une opération formellement interdite en principe qui aurait été rendu possible par une faille informatique.

La cryptomonnaie, pour devenir pérenne, doit donc avoir une réglementation internationale stricte et aboutie comme nous l'aons vu plus haut – et pas seulement européenne – afin que la cryptomonnaie ne devienne pas un risque potentiel et surtout un effondrement du système.

Dans le cas de FTX, les utilisateurs ne savent pas s'ils vont un jour récupérer leurs fonds, car en plus de ce blocage, les hackers auraient vidé 24 heures après le dépôt de bilan 477 millions de dollars... ■

(1) La blockchain (chaîne de bloc) est une technologie de stockage et de transmission des informations, prenant la forme d'une base de données avec la particularité d'être partagée simultanément avec tous ses utilisateurs et qui ne dépend d'aucun organe central. Son atout principal est d'être rapide et sécurisée.

(2) L'altcoin est la contraction de « alternative coin » (c'est-à-dire une autre pièce/monnaie) et désigne toutes les cryptomonnaies autres que le Bitcoin

(3) Le minage consiste à maintenir le réseau et valider les transactions.

(4) Le Haut Conseil de stabilité financière (HCSF) est l'organisme chargé de veiller à la stabilité financière en France.

(5) MiCA (Markets in Crypto-Assets) et TFR (Transfer of Funds Regulation)

(6) Les investissements dans les ETF permet de se lancer tout en limitant les risques grâce à la diversification de ses investissements.

Source : amf-France



AUSSI ÉDIFIANT QUE TERRIFIANT

Le 24 février 2022, avec la guerre d'agression génocidaire contre l'Ukraine, une partie du monde s'est déçillée quant à la nature du régime de Vladimir Poutine. Plusieurs livres existaient déjà sur ce qu'est devenue la Russie post-soviétique, mais depuis l'invasion de l'Ukraine, de nombreux sont parus, de moins en moins complaisants, de moins en moins superficiels ou « politiquement corrects » et qui permettent dorénavant de parfaitement comprendre Poutine et le système qu'il représente. Deux livres récents font en quelque sorte la synthèse de nombreux autres et sont sans concession. Ils rappellent une histoire cruelle, celles des régimes nazis et soviétiques totalitaires. **A lire absolument**

LE LIVRE NOIR DE VLADIMIR POUTINE

UN NOUVEAU TOTALITARISME

Ayant pu accéder entre 1992 et 1994 aux archives du Parti Communiste russe à Moscou, Stéphane Courtois avait déjà coordonné un Livre noir, celui du communisme. Il est donc un parfait connaisseur et analyste des régimes totalitaires. Il coordonne ce nouveau Livre noir, consacré à Vladimir Poutine, avec Galia Ackerman et ne manque pas de faire le parallèle entre le système instauré par Poutine et celui créé par Lénine et Staline. Car comme le dit un des auteurs : « *Le poutinisme a hérité du stalinisme son sadisme systémique* ».

« *Le régime poutinien est né de l'osmose des forces organisées qui ont survécu à l'effondrement de l'URSS : les services spéciaux et la pègre. Sa politique étrangère est façonnée par cette double influence... Dès la première année de sa présidence, en bon officier du KGB, Poutine chercha à mettre la Russie en position de recruter les élites occidentales, de faire chanter les pays étrangers et éventuellement de les racketter.* »

Ce qui en ressort est que la Russie est actuellement aux mains d'un clan qui souhaite façonner les esprits pour anéantir toute résistance à ses projets.

Il contrôle les médias, l'église orthodoxe russe, la justice, les services secrets et les parlements qui ne sont que des chambres d'enregistrement des décisions de Vladimir Poutine. Mais aussi les principales industries

pourvoyeuses de devises comme les sociétés pétrolières et du gaz.

Ce clan peut tout à la fois se définir comme tchékiste, impérialiste, mafieux et prédateur et son capo di tutti capi est Poutine auquel tous doivent allégeance. Dans le cas contraire, la justice aux ordres les mettra en camp de travail, s'ils ne rencontrent pas un poison radioactif ou quelques balles, y compris s'ils séjournent à l'étranger. Et peu importe que l'Etat russe soit reconnu coupable du crime par les pays tiers, il échappera à la justice et aura fait comprendre à ceux qui ne font pas allégeance au capo que « *le crime est le message* ».

Pourquoi échappe-t-il à la justice ? Parce qu'il est souverain, parce qu'il téléguidé ses opérations et en protège les acteurs, et parce qu'il pense que les démocraties sont par définition peureuses, lâches et corrompues. Et le système Poutine sait de quoi il parle car la corruption et le racket à l'échelle internationale sont deux de ses armes de choix.

Ainsi, par exemple, les gazoducs comme les deux Nord Stream ont été conçus comme des armes géopolitiques ayant plusieurs objectifs : créer une dépendance énergétique des pays européens et donc posséder un instrument de chantage, assurer un flux de devises pour le pays, corrompre les élites occidentales, découpler l'Union européenne en faisant de l'Allemagne un pays dépendant de l'énergie russe et donc aux intérêts séparés de ceux de la France..

UN RÉGIME CRIMINEL, UNE VISION CRIMINELLE DE LA SOCIÉTÉ

Que ce soit sur son territoire, en Tchétchénie, en Géorgie, en Syrie ou en Ukraine, les crimes de la Russie de Poutine relèvent de quatre catégories légalement définies : crime de guerre, crime contre l'humanité, crime de génocide et crime d'agression, également connu comme crime contre la paix.

« *Ce que Poutine cherche à établir en tant qu'ancien malfrat pétersbourgeois, c'est l'extension du domaine du crime. Il se moque d'établir un contrôle durable ou un "Reich de mille ans" ; sa volonté est d'abord de montrer que, au rebours des prétentions du monde civilisé de tenter d'instituer un monde autant que possible régi par le droit et le respect de la personne humaine, il peut sans opposition majeure transformer le monde en un règne du non-droit, où tout est possible et dès lors permis. Il se trouve ainsi à la tête d'un régime entièrement et essentiellement criminel qui n'est même plus soutenu par la fiction d'un monde meilleur où le prolétariat régnerait en maître. Certes, il peut se servir de la haine de l'Occident qu'entretiennent certains dictateurs qui y voient une entrave à l'accomplissement de leurs méfaits. Mais son projet va encore au-delà de celui de la destruction du monde libre. Il est celui du règne sans partage du monde du crime* ». ■



POUTINE OU L'OBSESSION DE LA PUISSANCE

UN ÉTAT MAFIEUX

Françoise Thom, historienne et agrégée de russe, a écrit quelques chapitres du Livre noir, mais dans son livre paru un mois auparavant, elle expose plus précisément l'emprise de la mafia sur la société et la culture russes, et ce, depuis l'existence de l'Union soviétique.

Dès le premier chapitre, elle rappelle que les services de sécurité soviétique (le KGB) veillaient à anéantir toute dissidence, conduisant les survivants du système à rejoindre le Goulag. Celui-ci était tellement peuplé qu'il était en fait régi par la pègre.

Et l'interconnexion entre ces divers mondes à fait dire à l'époque par Soljénitsyne dans l'Archipel du Goulag : « *Qui des tchékistes et des truands a rééduqué l'autre ?* » Ce qui fait par ailleurs écrire à l'auteur « *L'organisation spontanée du tissu social en clans, dans tous les domaines d'activité, du syndic d'immeubles aux groupes pétroliers, explique que dans une telle société, il est pratiquement impossible de défaire le nœud entre criminalité organisée, structures de force (police, services spéciaux, armée, Parquet) et bureaucratie* ».

UNE VISION MAFIEUSE

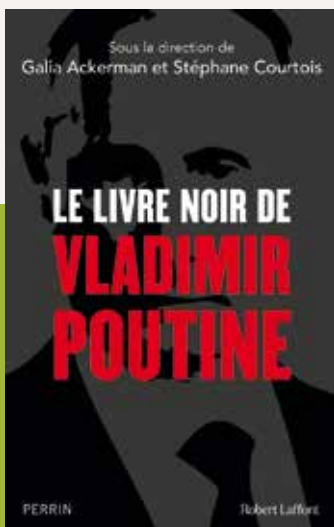
Et Françoise Thom de poursuivre : « *Poutine, qui a été formé par la pègre et le KGB, est incapable de penser en termes politiques. Il ne tient compte ni de la société, ni de l'opinion qui, à ses yeux, sont totalement manipulables par les élites. Il ne comprend pas ce qu'est un Etat, ni un empire, car le droit est absent de ses catégories mentales. Sa logique de chef de bande éclipse tout. Sa vision de la scène internationale est celle d'une jungle où s'affronte des mâles dominants. Sa vision de l'empire est celle d'un espace exclusif de pillage et de prédatons. Il ne reconnaît qu'un seul crime : faire défection et passer sous le contrôle d'un mâle dominant rival* ».

ALORS ?

On pourrait croire ces propos exagérés, mais en fait ils sont étayés par de nombreux

exemples produits dans ces deux livres et plusieurs autres récents. Ils forment la vision qui semble la mieux adaptée à la situation russe et à une évolution du monde qui rappelle celle des années folles où une partie de l'Europe « s'amusait » pendant que deux totalitarismes s'installaient qui allaient conduire à la deuxième guerre mondiale, celle-ci étant permise par le pacte Molotov-Ribbentrop ou pacte germano-soviétique de 1939 unissant les intérêts à court terme de ces deux totalitarismes.

Aussi est-il utile de reprendre la conclusion de Françoise Thom concernant Poutine et l'époque actuelle : « *Comme Hitler, il a misé sur la faiblesse des démocraties, sans comprendre que celles-ci, habituées au consensus et aux manières civilisées, mettent du temps à se rendre compte qu'elles ont un ennemi, mais que, quand elles ont réalisé le péril dans lequel elles se trouvent, elles finissent toujours par trouver les ressources et l'énergie pour faire face au danger* ». ■



LE LIVRE NOIR DE VLADIMIR POUTINE

Auteurs : Collectif sous la direction de Galia Ackerman et Stéphane Courtois

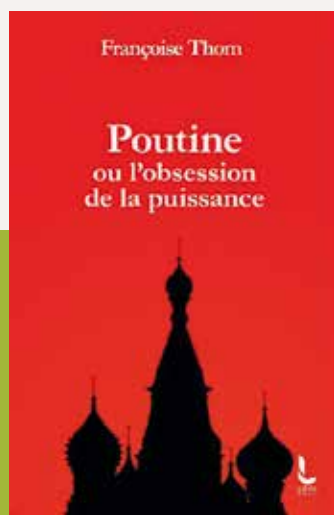
Editeur : Perrin - Robert Laffont

Parution : 10 novembre 2022

Pagination : 464 pages

Prix : Format broché : 24,90 euros

Format numérique : 16,99 euros



POUTINE OU L'OBSESSION DE LA PUISSANCE

Auteur : Françoise Thom

Editeur : Editions du Rocher

Parution : 5 octobre 2022

Pagination : 248 pages

Prix : Format broché : 17,90 euros

Format numérique : 16,99 euros

Format poche : 7,90 euros

MATER DOLOROSA ET LA CRUCIFIX

Suite de notre précédent numéro

Le Grand-Prêtre du Temple Caïphe estimait que Jésus mettait la nation juive en danger mais la condamnation de Jésus n'était pas de son ressort de telle sorte que Jésus « a été condamné par le pouvoir romain au terme d'un procès légal »⁽⁷⁾ en ayant « été jugé d'un bout à l'autre selon le droit romain »⁽⁸⁾ bien que Pilate ait montré son mépris pour les Juifs en faisant flageller Jésus alors qu'aucune sentence n'était encore tombée. (*)

La Judée était devenue province romaine après la mort d'Hérode le Grand (73 - 4 av. J.-C.) avec les mouvements insurrectionnels qui suivirent et qu'appréhendaient les Romains, surtout lors des grands rassemblements de foule comme lors de la Pâque juive qui était véritablement une poudrière compte tenu de l'importance de la foule et de son caractère exalté voire fanatique. Le Sanhédrin gouvernait le pays mais la réalité du pouvoir appartenait au « procureur » romain, en l'occurrence Ponce-Pilate (Pontius Pilatus) qui était un citoyen romain issu de la classe équestre.

Il fut préfet de Judée, à partir de 26 et pendant une dizaine d'années sous le règne de l'empereur Tibère (42 av. J.-C. mort en 37) devant lequel il fut tenu de venir s'expliquer pour rendre compte de sa gestion médiocre, source de mécontentements populaires préjudiciables à l'ordre établi, et ce à la fin 36 ou au début 37 à la demande expresse du proconsul de Syrie. On perd ensuite sa trace. Il s'agissait d'un commandement essentiellement militaire comme évoqué par son cognomen dérivé de pilum (javelot)⁽⁹⁾ sous l'autorité du gouverneur de Syrie. Jésus est donc livré à Pilate qui « en bon juge, cherche à instruire l'affaire ».

L'évangile selon Saint Jean⁽⁸⁾ relate qu'à trois reprises Pilate, pourtant réputé pour son cynisme et sa cruauté, demanda aux Juifs « Quelle accusation portez-vous contre cet homme ? (...) Je ne trouve en lui aucun motif de condamnation » et il chercha à le relâcher d'autant que lorsque Jésus ordonne de « rendre à César ce qui est à César » il n'y a rien de subversif et « les paroles du Christ furent des paroles de discipline et de subordination à l'Etat romain ». (2)

Ainsi, Jésus apparaît bien loin des Zélotes violemment nationalistes et prônant l'action armée contre les Romains et les collaborateurs juifs. Pilate s'étonne que Jésus reste taciturne face aux accusations des Grands Prêtres et lui demande : « Es-tu le roi des Juifs ? » et Jésus répond en quelque sorte « si tu le dis ». Pilate s'insurge : « Tu ne réponds rien ? Ecoute tout ce dont ils t'accusent ! », mais Jésus de répondit plus rien, au grand étonnement de Pilate. Cependant, « les Juifs vociféraient en criant : A mort, crucifie-le ! » et convertirent ainsi, devant le procureur, leur grief religieux en un procès politique en accusant Jésus de sédition et d'usurper le titre de roi, ce que le Romain Pilate pouvait comprendre alors que le prétexte religieux lui était totalement étranger.

Pilate est la seule personne habilitée à entériner la peine de mort prononcée par Caïphe⁽¹⁰⁾ mais il manque de preuves et, apprenant que Jésus est Galiléen, il l'envoie chez Hérode Antipas (20 av. J.-C. -39) alors tétrarque, c'est-à-dire « roi fantoche » de Galilée (*) et qui souhaitait depuis longtemps rencontrer ce faiseur de miracles. Hérode se heurte lui aussi au mutisme de Jésus qui ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Hérode se déclare alors, en quelque sorte, juridiquement « incompetent », et renvoie cette affaire à Pilate après s'être moqué de Jésus.

En dernier ressort, Pilate est donc seul juge et sollicite la vox populi en demandant lequel, de Barrabas pourtant impliqué dans des émeutes et un meurtre, ou cet homme là, *ecce homo*, Jésus, il peut libérer puisqu'à chaque fête de Pâque, la coutume voulait qu'on relâche un prisonnier.

La foule est favorable à Barrabas de telle sorte que Pilate finit par leur livrer Jésus puis il prit de l'eau et se lava les mains en présence de la foule en disant : « Je suis innocent du sang de ce juste. Cela vous regarde ». Nous sommes le vendredi matin de la Pâque juive. La formule du jugement ordinaire était *lbis ad crucem*, et immédiatement après le condamné marchait au supplice encadré par des licteurs ou, à défaut, par des soldats avec un centurion, *exactor mortis* ou *supplicio præpositus*. Jésus est alors lié à une colonne et condamné à « une bastonnade, une parade de dérision et à la crucifixion ». (9) Les soldats l'ayant affublé d'un manteau



Le Christ mort avec la Vierge et Saint Jean (Pietà de Brera) (détail) vers 1470 par Giovanni Bellini (v.1430-1516) Peinture à la détrempe. Pinacoteca di Brera. Milan

écarlate avec un roseau dans la main droite et une couronne d'épines qui lui déchire la tête, se moquent de lui en fléchissant le genou par dérision et en crachant sur lui. (Matthieu)⁽⁸⁾. Dès lors que la flagellation systématique faisait partie intégrante de la condamnation « au titre d'une double modalité d'exécution de la sentence » (*), Jésus est flagellé par les bourreaux (carnifices) avec un fouet au manche court dénommé flagrum. Ce fouet comportait des chaînettes de fer (flagra) terminées par des osselets de mouton ou des billes de plomb déchirant la peau avec « du sang qui sèche sur les plaies qui se rouvrirent lorsqu'on le dévêtra pour le crucifier. » (*) Il pouvait aussi s'y rapporter des lésions internes, en particulier des reins dès lors que Jésus a du être fouetté dans le dos contrairement à la condamnation à mort par le fouet⁽⁶⁾, bien que la limite était tenue quant à ce « terrifiant supplice »⁽⁴⁾. Il était admis que cinquante coups d'un tel fouet étaient mortels, la flagellation juive s'arrêtant à quarante neuf coups... puisque le Sanhédrin n'avait pas le droit de mettre à mort. (*)

Avec Le Christ à la Colonne peint vers 1478 (Paris, Musée du Louvre), Antonello de Messine (V. 1430-1470) suggère le moment même de la flagellation par la seule expression du visage

ION DE JÉSUS 2^e PARTIE



Le Christ cloué sur la croix. vers 1575 (détail) par Marcellus Coffermans (1520 ?-1575). Musée Lazaro Galdieno Madrid.

du Christ, d'un pathétisme saisissant avec la colonne, la couronne d'épines, mais aussi la corde au cou et des larmes plus vraies que nature. Il s'agit alors d'humilier, de dégrader et finalement de déshumaniser le condamné mais pas de le tuer, du moins pas tout de suite.

Le condamné à la crucifixion devait porter (portement) le patibulum au prix d'un effort intense qui lui arrachait un rictus, une mine patibulaire... mais Jésus était tellement affaibli qu'il fallut requérir un dénommé Simon de Cyrène pour l'aider à porter cette poutre pesant environ trente kilos durant les quelques quatre cents mètres séparant le palais de Pilate du lieu de la crucifixion où il arrive alors qu'il est à peine midi. Il était habituel de réquisitionner un passant pour aider le supplicié qu'on souhaitait garder en vie pour l'exposer le plus longtemps possible, pour en faire un exemple dès lors que les contemporains étaient plus frappés par la durée que par la cruauté relative. ⁽¹¹⁾

De toute façon, il eut été impossible de porter la croix entière, bien trop lourde, contrairement à ce qui est souvent figuré. Le condamné devait donc, le plus souvent en se faisant aider par quelqu'un désigné au hasard, porter la barre horizontale. Lorsque Jésus parvint au lieu de l'exécution, on lui présenta, selon un usage juif et non romain, du vin fortement aromatisé à base de myrrhe, avec l'amertume du fiel mais aussi, semble-t-il, un effet narcotique. Jésus, après avoir approché ses lèvres du vase, refusa de boire, peut-être pour rester lucide jusqu'au bout. Jésus est crucifié. La mort par crucifixion a été qualifiée par Cicéron comme étant « *le plus terrible et le plus cruel des châtements* » que

le supplicié soit attaché par des clous ou des cordes générant alors une agonie plus longue.

Ainsi, les cordes ne sont pas un geste de clémence mais sont bel et bien destinées à prolonger le supplice. Du fait que la croix de Jésus comporte un stipes peu élevé (cruix humilis) contrairement à la cruix sublimis plus élevée pour que l'exécuté soit visible de loin ⁽¹²⁾, il est peu probable, comme l'a illustré Fra Angelico (1395-1455) (v. 1445 Fresque du couvent San Marco, Florence), que le Christ soit monté sur une grande échelle en rejoignant ainsi ses bourreaux, eux aussi juchés sur des échelles pour lui clouer les mains. ⁽⁶⁾

Il est également peu probable que le Christ ait été crucifié sur la croix entière posée sur le sol. C'est en effet dans ce cas qu'un effort considérable aurait été nécessaire comme illustré de façon impressionnante par Le Caravage (1571-1610) avec *Le Crucifiement de Saint-Pierre* peint vers 1600 (Eglise Santa Maria del Popolo, Rome); on y voit la force musculaire brutale des hommes s'efforçant, avec des cordes, de verticaliser la croix sur laquelle Pierre est crucifié la tête en bas, à sa demande car il se considérait indigne de mourir comme le Christ.

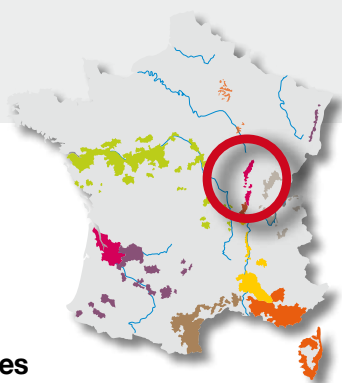
C'est plus probablement après avoir été attaché ou cloué sur le patibulum posé sur le sol que le condamné dut gravir une petite échelle à reculons en facilitant d'autant le travail des bourreaux. Ceux-ci finissent ce labeur ignoble en fixant le patibulum sur le pieu vertical puis en calant la croix avec des coins ou des rondins de bois comme l'a peint vers 1480 Giovanni Bellini (1430-1516) dans *Le Christ en croix* (Prato, Cassa dei Risparmi). La croix est à côté

de crânes épars à rapprocher du Golgotha (lieu du Crâne) situé à l'extérieur de la ville conformément à l'usage antique consistant à séparer les morts des vivants. Il s'agissait d'une ancienne carrière dans laquelle avaient été aménagés des tombeaux, ce que montre aussi Bellini.

Le Christ fut ainsi inhumé au plus près du lieu de sa crucifixion. ⁽¹¹⁾ Il est possible que les trous étaient déjà ébauchés dans la poutre ⁽⁶⁾ comme on le voit dans le *Tryptique de la Crucifixion* peint vers 1475 par le peintre flamand Marcellus Coffermans actif entre 1549 et 1575 (Musée Lazaro Galdieno, Madrid) avec sa manière archaïque de peindre inspirée des Primitifs flamands. On y voit en effet un homme utiliser une grosse mèche à bois pour faciliter l'enclouage des pieds. Les clous étaient enfoncés dans le poignet générant d'intenses douleurs névralgiques liées à la section du nerf médian « comparable à celle d'une fraise sur le nerf d'une dent... » (*) et non pas, contrairement aux représentations habituelles, dans la paume des mains dont la chair se serait déchirée lors de l'élévation du patibulum. ⁽⁶⁾

En effet, le corps ne tient que par les poignets ; « *en d'autres termes, chacun des clous supporte à lui seul la totalité du poids du condamné* ». (*) Ce n'est qu'à partir du XIV^e siècle que les artistes comprirent que le poids du corps entraînait une extension des bras vers le haut de telle sorte qu'ensuite le Christ fut représenté indifféremment les bras à l'horizontale ou en Y. ⁽⁶⁾ La mort par crucifixion était atroce ⁽⁴⁾, puisque la victime suffoquait, cherchant vainement à reprendre sa respiration en alternant une position « haute » en s'appuyant sur ses pieds et une position « basse » suspendu par les seuls bras. Cette « gymnastique macabre » (*) déchirait un peu plus les chairs avec des crampes abominables et une terrifiante alternance de douleurs névralgiques insupportables et d'asphyxie angoissante. Le corps du supplicié s'affaisse, les épaules se déboîtent. La crucifixion a donc eu lieu le vendredi à la troisième heure romaine (midi) et Jésus mourra vers la sixième heure (15h) ⁽¹¹⁾. ■

Retrouvez toutes les notes et la bibliographie sur notre site lecardiologue.com



DOMAINE PLAGEOLES

GAILLAC PRUNELART 2017

C'est l'histoire d'une tribu poursuivant la même obsession : faire revivre à Gaillac les crus ancestraux. Tout débute milieu du XIX^e siècle, lorsque Jules Plageoles commence à acheter des lopins de terre, pour planter de la vigne. Depuis 1970, Marcel, suivi de Robert, puis de Bernard ont été les pionniers de la défense des cépages oubliés et des techniques de vinification historiques.

La relève est maintenant assurée par les fils de Bernard : Florent et Romain (7^e génération) qui défendent corps et âme les douze variétés de leur vignoble, dont le quatuor des Mauzac (vert, roux, rose, noir), l'ondenc, le duras, le délicieux prunelart, le rarissime verdanel. Hors des modes et des sentiers battus, alors que la plupart des viticulteurs privilégiaient les cépages internationaux, le domaine Plageoles continue de produire avec exigence des vins presque exclusivement en monocépages dotés de fortes personnalités dans une gamme de cuvées irréprochables de pureté et de droiture. Le phylloxéra n'a fait qu'effleurer le vignoble gaillacois protégé par ses profonds sols argilo-calcaires : ce qui explique la survie de ces cépages ancestraux.

UNE MÉTHODE BASÉE SUR LA NUTRITION DES PLANTES

Toutes les plantations du domaine de 30 ha sont effectuées après une sélection massale rigoureuse (aucun clone). Les vignes sont travaillées selon les principes respectueux du terroir et selon des techniques de culture naturelles : pas de produits de synthèse, pas d'engrais chimiques, ni de désherbants, pas de levures sèches, ni de chaptalisation. Depuis plus de 20 ans, est appliquée la méthode « Cousinié » basée sur la nutrition des plantes : apports d'oligo-éléments, soit foliaires, soit dans le sol par engrais organiques. Toutes les vignes sont conduites en taille Gobelet non palissées, très adaptées aux conditions climatiques actuelles de réchauffement. Elles sont traitées par de faibles doses de soufre et de cuivre limitées grâce à des tisanes de prêle, de reine des prés, de consoude. Le domaine est certifié bio depuis 2010. Soulignons également l'importance du vent d'autan qui balaye et assainit la vigne.

Les vendanges sont manuelles en petites cagettes. La vinification des raisins rouges, notamment du prunelart, totalement égrappés, est précédée d'un pressurage, puis d'une macération précarbone à froid. La fermentation en cuve béton, grâce à des levures indigènes, est courte de 10 à 15 jours en fonction de la vitesse de fermentation et du millésime avec 1 à 2 pigeages journaliers limitant les extractions. L'élevage en cuve ciment dure un an suivi d'un an encore en bouteille, dont la mise se fait le plus souvent sans filtration avec un sulfitage minimal. Il faut souligner que le prunelart, comme beaucoup de cuvées rouges des Plageoles, ne connaît pas le bois.

UN VIEUX CÉPAGE RETROUVÉ

Le prunelart, très vieux cépage parent du malbec, avait quasi-disparu avant que Robert Plageoles n'en retrouve quelques pieds en 1993 chez un ami vigneron qui allait les arracher. Grâce à ses connaissances ampélographiques et une étude menée avec l'INRA, il a décidé de le replanter, pour le vinifier, choix particulièrement judicieux, puisque ce cépage donne, à son meilleur, des vins intenses en couleur remplis de saveurs bien mûres, « *un vin au charme fou* » selon les œnologues. Ce prunelart 2017 du domaine Plageoles, illuminé d'une robe rubis scintillante aux nuances violines, tout en délicatesse et en précision, dévoile au nez des senteurs de fruits rouges (confiture de cerise) et noirs (mûre écrasée), de prune fraîche que viennent compléter des touches de réglisse, de graines de sarrasin, d'épices : poivre blanc. Riche, vive, salivante,

la bouche ressent un beau jus frais et suave avec beaucoup de matière, mais des tanins souples plus intenses que denses avec des saveurs d'eucalyptus et de menthol (parenté avec le malbec ?). La finale minérale et saline exacerbe cette sensation de tension et de pureté. La richesse gustative de ce prunelart permet de nombreux mariages avec, en premier lieu, les produits carnés, telle une belle viande rouge maturée de bœuf juste saisie ou mijotée en sauce.

“ Enzo laissa le liquide velouté enrober son palais. Il sentit se développer les merveilleux arômes du vin de Gaillac. ”
Peter May (Terreur dans les vignes)

DES ACCORDS RÉGIONAUX PRIVILÉGIÉS

Mais très logiquement les accords régionaux seront privilégiés, la cuisine du sud-ouest utilisant le piment d'Espelette appréciera le caractère épicé du vin : la côte de cochon noir de Bigorre dorée au ras-el-hanout, l'agneau de lait des Pyrénées et pignons de pin, le mignon de porc et sa compotée de fruits d'automne, le pigeon farci aux olives, et à l'évidence les magrets de canard et tous les confits, qu'ils soient d'oie, de canard, de volaille ou de porc. Gardons un verre, pour déguster les fromages du sud-ouest qui, étonnamment, ne se déplaissent pas en la compagnie de ce vin rouge voisin : Cabécou, Rocamadour, Ossau-iraty, abbaye de Belloc, tomme des Gavachs ou des monts de Lacaune. Ami Gaillacois qu'attendez-vous, pour ériger un monument à la gloire de la tribu Plageoles qui a réussi à faire sortir de l'anonymat votre région en marquant de son empreinte l'histoire récente du vin à Gaillac tout en restant particulièrement sage sur leurs prix malgré leur renommée croissante ?! ■

Domaine Plageoles 81140 Cahuzac Sur Vere

L'abus d'alcool est dangereux pour la santé, consommez avec modération

Traitement adjuvant au régime chez les patients adultes ayant une hypercholestérolémie primaire ou une dyslipidémie mixte et qui ne sont pas contrôlés de façon appropriée par une statine seule ou qui reçoivent déjà une statine et de l'ézétimibe^{#,1,2}

Chez les patients pour lesquels les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas été suffisantes, les statines sont recommandées en première intention. En cas de non atteinte des objectifs, une intensification de la statine jusqu'à la dose maximale tolérée ou une substitution par une autre statine plus puissante est à envisager. Chez les patients restant non contrôlés malgré un traitement par statine à dose maximale tolérée, il est recommandé d'associer l'ézétimibe, ou en dernier lieu la cholestyramine.³



Liptruzet[®]
(ézétimibe / atorvastatine)

QUAND IL FAUT ALLER PLUS LOIN PASSEZ À LA PUISSANCE DE L'ASSOCIATION



La poursuite et le renforcement des mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge des autres facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, diabète, obésité, sédentarité...) sont la première stratégie à mettre en œuvre.²

Informez les patients du risque d'atteinte musculaire et les incitez à signaler sans délai tout symptôme. Doser la CPK avant traitement dans certains cas (cf. Mises en garde du RCP), et pendant, en cas de symptôme ou signe musculaire.

Faire un bilan hépatique avant le traitement et régulièrement par la suite. Risque de survenue de diabète : une surveillance clinique et biologique est recommandée chez les patients à risque de survenue d'un diabète.

Remb. Séc. Soc. à 65 % et agréé Collect.

* Recul calculé par rapport à la publication des 1^{er} résultats de l'étude Stein *et al* en 2004.

Avant de prescrire, pour des informations complètes, consultez le RCP disponible sur le site <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> mais également en flashant sur le QR Code ci-contre.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) LIPTRUZET[®]. 2. Avis de la commission de la transparence sur LIPTRUZET[®] du 18 février 2015. 3. Avis de la commission de la transparence de SUVREZA[®] du 4 septembre 2019.



FR-EZA-115017 - Septembre 2021 - 21/07/67931689/PM/002