

LE **Cardiologue**

N° 278

REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES SPÉCIALISTES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX



DOSSIER FMC

60 pages

Les BEST-OF

1^{ère} partie

Les grandes études 2004

François Diévert

PROFESSION

La nouvelle convention est signée !

La grille d'honoraires 2005

Quelques réactions !

Interviews

Elisabeth Pouchelon

Jean-François Thébaut

Evaluation des pratiques professionnelles, où en est-on ?

Billets d'humeur

- Devinette
- Dallas, ton univers...

ÉDITEUR

Cardiologie Presse
13, rue Niepce, 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76
Fax : 01.45.43.08.10

Président et Directeur
de la publication
Dr Serge RABENOU

RÉDACTION

Rédacteur en chef
Dr Gérard JULLIEN
Rubrique nomenclature
Dr Vincent GUILLOT

ÉDITEUR DÉLÉGUÉ

Régifax
45-47, rue d'Hauteville, 75010 Paris
Tél. : 01.47.70.00.96
Fax : 01.48.24.15.05

Directeur
Renaud SAMAKH

Publicité
François BONDU

Coordination de la rédaction
Karine AUGIS

Maquette
Flavio BONOMO

RESPONSABLE DE LA STRATÉGIE

Dr Alain SEBAOUN

GESTION DES ABONNEMENTS

Annick LE BOHEC - SNSMCV
13, rue Niepce, 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76
Fax : 01.45.43.08.10
e-mail : coeur@club-internet.fr

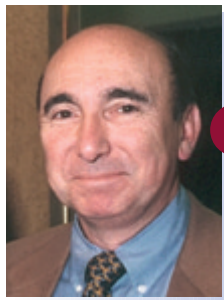
Tarif 2005

(1 an - 10 numéros)
– CEE (dont France) : 80 €
– Tous autres pays : 275 €
Prix « spécial adhérents » au
syndicat, à jour de cotisation : 40 €
Prix unitaire : 15 €



Syndicat National de la Presse Médicale
et des professions de santé

Mensuel réservé au corps médical
Impression : Imprimerie Landais
93160 Noisy-le-Grand
Dépôt légal : à parution
Commission paritaire n° 0104 G 81182
N° ISSN : 0769-0819



EDITORIAL

du Président

CCAM : le feuilletton continue...

A

lors que la tarification à l'activité doit théoriquement entrer en vigueur dans quelques jours, que le décret sur l'évaluation des pratiques est encore en attente et que la FMC dite obligatoire n'en finit plus de piétiner, de sérieuses incertitudes planent sur la date et les modalités d'application de la CCAM.

Prévue pour codifier et (re)tarifier 7.200 actes techniques en lieu et place des quelques 1.500 actes de la NGAP, elle devait se déployer dès le 1^{er} juillet 2004, avant d'être repoussée au 1^{er} octobre, puis au 1^{er} décembre et finalement au 1^{er} mars 2005.

Or c'est justement cette date, dont le nouveau report constituerait pour certains syndicats un véritable casus belli, qui semble aujourd'hui remise en cause.

Pourquoi ?

Plusieurs raisons sont invoquées – discrètement par les responsables des caisses – d'abord les contraintes techniques ne seraient pas encore parfaitement maîtrisées, notamment en ce qui concerne les flux de transmission des bordereaux de facturation qui seraient loin d'être exhaustifs. Puis la mise en place de la nouvelle base tarifaire – pour assurer la neutralité financière des actes « perdants » (c'est-à-dire ceux dont la nouvelle hiérarchisation génère une décotation) tout en permettant à certaines revalorisations de s'exprimer – n'a pas encore été validée par le Directeur de la CNAM.

Encore faudra-t-il au moment du démarrage effectif répartir sur les différents actes gagnants les 180 millions d'€ négociés dans l'accord conventionnel ? Ne serait-ce pas là en réalité que le bât blesse ?

Faut-il rappeler que le SNSMCV n'a jamais été partie prenante dans ce gigantesque chantier technocratique conçu en fait par certains pour préfigurer le « Grand Soir » qui devait frapper certaines spécialités jugées trop « nanties » ?

On peut dire qu'à ce jour notre syndicat a rempli son objectif et sa mission, tant la situation n'était pas brillante au départ pour la cardiologie :

- mise en place de comités d'experts visant à appréhender la validité des calculs et anticiper la future valeur des actes ;
- investissement financier massif auprès de sociétés spécialisées pour construire des argumentaires techniques et économiques ;
- détermination des profils d'activités en cardiologie permettant de mesurer l'impact des nouveaux tarifs supposés sur les recettes globales des cardiologues ;
- communication et pression auprès des négociateurs et des caisses sur la baisse des honoraires, potentiellement dramatique en cardiologie interventionnelle ;
- participation au processus de lissage pour les actes perdants et à la renégociation de la cardiologie interventionnelle.

C'est pourquoi les cardiologues n'ont rien à redouter de ce nouveau retard prévisible puisque, en principe, rien ne devrait être différent – tout au moins cette année – dans la tarification de leurs actes :

- maintien des tarifs NGAP pour les actes initialement revus à la baisse en CCAM ;
- augmentation pour l'instant plus que symbolique des actes revalorisés en CCAM ;
- gel de l'application des nouvelles dispositions générales de la nomenclature.

Bref... tout cela, une fois de plus, est bien complexe et irritant.

Fort heureusement, le SNSMCV s'apprête à vous faciliter la tâche : il prépare un numéro spécial du journal, entièrement dédié à la CCAM qui vous aidera à naviguer dans les nouveaux maquis tarifaires, transitoires ou définitifs.

Bon courage.

Docteur Christian AVIÉRINOS, 3 février 2005 ■



Photo de couverture : Getty Images / Stone / Coneyl Jay.

sommaire

Le Cardiologue n° 278 - Janvier 2005

ÉDITORIAL

3

Christian AVIÉRINOS

PROFESSION

- La nouvelle convention est signée !
La grille d'honoraires applicable au 1^{er} juillet
Jean-Pol DURAND

6

INTERVIEWS *Propos recueillis par Jean-Pol DURAND*



- Élisabeth POUCHOLON :
« On aurait pu faire plus simple !... »
- Jean-François THÉBAUD :
« La partie n'est ni gagnée, ni terminée »

8

9

BILLETS D'HUMEUR

11

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Dépôts des manuscrits

Les articles originaux, rédigés en français, sont à adresser au rédacteur en chef de la revue :

Docteur Gérard JULLIEN

Le Cardiologue

13, rue Niepce, 75014 Paris.

PRÉSENTATION

- 1 - Pour les informations professionnelles, syndicales et régionales, le texte dactylographié ne doit pas dépasser trois pages ou « feuillets » (21 × 29,7 cm) à raison de 25 lignes par page et 60 signes par ligne au maximum.
- 2 - Pour la rubrique « médical », le texte dactylographié ne doit pas dépasser neuf « feuillets » (iconographie, tableaux et documents inclus).
- 3 - Le titre doit être bref et précis. Il sera suivi des noms et prénoms des auteurs, un renvoi en note par astérisque précisant leurs titres, fonctions et l'adresse de l'auteur principal. Chaque article médical devra comporter sur un feuillet séparé un résumé en douze lignes maximum et la sélection de 4 ou 5 mots clés. L'utilisation des notes, références, renvois, chiffres, etc., et la composition de la bibliographie devront convenir aux règles internationales.

Les auteurs pourront s'en procurer les lignes générales par simple demande auprès du *Cardiologue*.

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.

LE CAHIER DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE

● Best-Of 2004



13

- Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et FMC : où en est-on ?
Jean-François THÉBAUD

73

BRÈVES

74 & 76

LES NOUVELLES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

79

Annonces classées

82 & 83

Petites annonces

83

La nouvelle Convention est signée !

La grille d'honoraires applicable au 1^{er} juillet

JEAN-POL DURAND

Bonne nouvelle : une nouvelle Convention est signée avec, à la clé, de substantielles revalorisations d'honoraires. Moins bonne nouvelle : il va falloir domestiquer la future « grille » des tarifs avant l'échéance du 1^{er} juillet... Entreprise ardue encore qu'il existe quelques clefs ! Munissez-vous quand même d'un crayon et d'une boussole...

P assés les ultimes soubresauts des opposants – singulière coalition de généralistes orphelins du statut de référent et de spécialistes qui avaient honnêtement cru à la possible réouverture du secteur 2 – la Convention va donc se mettre en place sous quelques jours. À la différence des textes précédents, un mois sépare maintenant la signature officielle du texte par ceux qui l'ont négocié – en l'occurrence CSMF, SML et syndicat *Alliance* – avec les caisses fédérées par l'UNCAM ; il s'agit de ménager les possibilités de recours à portée de l'opposition (voué à l'échec dans le cas d'espèce, les deux syndicats non-signataires étant l'un et l'autre minoritaires). Les nouveaux tarifs s'appliqueront pour certains d'entre eux à compter du 1^{er} mars prochain et, pour les cardiologues, au 1^{er} juillet prochain.

Autant le dire d'emblée : la nouvelle tarification s'avère un vrai « casse-tête ». Même si les négociateurs nous expliquent à l'envi qu'il s'agit d'une amorce de cette « hiérarchisation » des consultations promise par la future CCAM clinique, il convient de s'armer d'un solide esprit de déduction pour en pénétrer tous les arcanes... et se souvenir toujours – c'est la grande nouveauté de cette convention – qu'elle distingue désormais deux types de tarification, selon qu'il s'agit d'un acte pratiqué, ou non, dans le cadre d'un parcours de « soins coordonnés », c'est-à-dire piloté par le médecin traitant du malade.

Dans le cadre du parcours de soins, qu'advient-il des anciens actes ?

- La CS est portée à 25 € (en fait 23 + 2).
- La CSC est augmentée de 2,27 €, histoire de renouer avec un chiffre rond et de porter la valeur de l'acte à 48 €. Il paraît – et on veut bien croire Yves DECALF, seul cardiologue à

participer aux négociations en tant que vice-président de la CSMF – que la chose ne fut pas facile compte tenu que cet acte s'inscrivait antérieurement dans une logique..., déjà, de coordination.

Simultanément, sont modifiés deux actes, également accessibles dans le cadre du « parcours de soins » :

- le C2 + K6,5 (52,48 €) dit « *de cardiologue consultant* » jadis réservé aux anciens internes et désormais étendu à tous les anciens CES ;
- le CS + K6,5, dit « *de cardiologue correspondant* » à 39,48 € et qui se décompose comme suit CS (nouveau) = 25 € + MCS (majoration de coordination) = 2 € + K6,5 = 12,48.

La véritable difficulté consistera à distinguer la CSC revalorisée, à 48 €, du nouvel acte de « *cardiologue correspondant* » à 39,48 €... Le syndicat devrait livrer dans les toutes prochaines semaines, et en tout cas avant l'échéance du 1^{er} mars, les règles « opposables »... pour qui veut s'éviter les foudres du contentieux de la Sécu. Le Dr THÉBAUT (*voir entretien dans ce numéro*) en livre une exégèse, sans doute puisée aux meilleures sources.

L'acte de « *cardiologue correspondant* » est également accessible à ceux des confrères du secteur 2 selon deux modalités :

- soit ce dernier ne change rien à son statut, continue de tarifier comme par le passé (attention, tarif opposable dans le cas de la CMU) et son malade est plus ou moins bien remboursé (selon le niveau contractuel prévu par sa protection complémentaire) ;
- soit il opte pour l'option dite « *de coordination* » et son dépassement d'honoraires est

plafonné (à 15 % sur les actes techniques, avec des consultations à tarifs opposables). En contrepartie, les Caisses paieront, à proportion, une partie de ses cotisations sociales... Les modalités pratiques de cette option ne sont pas encore parfaitement connues au jour de mettre ce numéro sous presse, il est vraisemblable que les intéressés recevront des Caisses une proposition écrite et détaillée. Le syndicat ne peut donner de consigne ni de conseil en la matière, chaque situation étant par nature singulière. L'avantage de cette option dépend de la situation du cardiologue...

Enfin, cette convention introduit un nouveau dispositif pour les patients se présentant « *hors parcours de soins* », c'est-à-dire sans aucune référence du médecin traitant. Évidemment pas de majoration de coordination dans le cas d'espèce mais possibilité de dépasser dans le cadre d'un droit autorisé :

- comme par le passé en secteur 2 ;
- selon ce que l'on appelle déjà « DA » (dépassement autorisé/plafonné) en secteur 1, de 17,5 % sur... les actes cliniques et techniques. En accès direct, peuvent donc être facturés une CS + K6,5 + 17,5 %, soit 44,04 € sans contrainte de « non-revoyure », ou CSC + 17,5 %, soit 57 € (arrondi à l'euro supérieur), en respectant les conditions de la Nomenclature pour cet acte.

Les choses se compliquent encore d'une dimension nouvelle, d'ordre législatif et réglementaire. Un amendement, nuitamment introduit dans la loi de finances rectificative lors de son passage au Sénat, dispose que les Mutuelles et autres assureurs complémentaires ne seront pas forcément autorisés à rembourser tous ces nouveaux dépassements. Dame, on comprend les

TARIF DU SECTEUR 1

Nature de l'acte	PARCOURS COORDONNÉ		« HORS PARCOURS » *	
	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte « Consultant »	C2	40,00 €		
Acte consultant avec ECG	C2 + K6,5	52,48 €		
Consultation spécifique	CSC + MCS	48,00 €	CSC + MCS + DA	57,00 €
Consultation avec ECG	CS + MPC + MCS + K6,5	39,48 €	CS + MPC + K6,5 + DA	46,66 €
CS (Consultation Spécialisée)	CS + MPC + MCS	27,00 €	CS + MPC + DA	32,00 €
Actes techniques		Tarif opposable		DA ≤ à 17,5 %

TARIF DU SECTEUR 2 (+ DP) ADOPTANT L'OPTION COORDINATION

Nature de l'acte	PARCOURS COORDONNÉ **		« HORS PARCOURS »	
	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte « Consultant »	C2	40,00 €		
Acte consultant avec ECG	C2 + K6,5	52,48 €		
Consultation spécifique	CSC + MCS	48,00 €	CSC + dépassement	45,73 € + ? € (libre)
Consultation avec ECG	CS + MPC + MCS + K6,5 + DM	41,35 €	CS + K6,5 + dépassement	35,48 € + ? € (libre)
CS (Consultation Spécialisée)	CS + MPC + MCS	27,00 €	CS + dépassement	23,00 € + ? € (libre)
Actes techniques		Tarif opposable + DM 15 %		Tarif libre

(*) Tarification « hors parcours » en secteur 1 (plafond = 30 % de l'activité).

(**) Option coordination en secteur 2 (plancher = 30 % de l'activité).

TARIFS DU SECTEUR 2 (+ DP) SANS OPTION DE COORDINATION

Nature de l'acte	PARCOURS COORDONNÉ		« HORS PARCOURS »	
	Cotation	Tarif	Cotation	Tarif
Acte « Consultant »	C2 + K6,5	Libre	C2 + K6,5	Libre
Acte spécifique	CSC	Libre	CSC	Libre
Acte avec ECG	CSC + K6,5	Libre	CSC + K6,5	Libre
CS (Consultation Spécialisée)	CS	Libre	CS	Libre
Actes techniques		Libre		Libre

GLOSSAIRE : **CS** = Consultation Spécialisée - **CSC** = Consultation Spécifique du Cardiologue - **MPC** = Majoration Provisoire des Consultations (date d'octobre 2006) - **MC** = Majoration de Coordination (réservée aux cardiologues = 2,27 € sur la CSC) - **MCS** = Majoration de Coordination pour Spécialistes (= 2 € sur CS) - **DA** = Dépassement Autorisé (« espace de liberté » en secteur 1) - **DM** = Dépassement Maîtrisé (option Coordination en secteur 2).

pouvoirs publics et les caisses qui expliquent que l'usine à gaz n'a qu'un objectif : privilégier le parcours de soins. Si les assureurs et les mutuelles se mettent à le rembourser en totalité, le ticket modérateur laissé au patient perd sa fonction... et ne modère plus rien. D'un autre côté, interdire à un assureur de rembourser ce qu'il entend rembourser apparaît douteux au plan du Droit. L'affaire déjà fait grand bruit dans le Landerneau politique et syndical et n'en est

sans doute qu'à ses prémisses ; mais il s'agit potentiellement d'une vraie bombe si la même jurisprudence devait être étendue aux dépassements du secteur 2.

Ce n'est pas la première fois que les négociateurs s'avisent en route qu'il est décidément « *bien compliqué de faire simple* », ce qui provoque l'ironie d'Élisabeth POUCHÉLON, mais comme le dit aussi Jean-François THÉBAUT

« Cette convention n'est qu'un début, pas une fin en soi... ».

Si l'on ajoute que cette réforme doit se mettre en place au 1^{er} mars, simultanément à la CCAM technique et au codage des actes, on aura compris qu'il faudra bien... un numéro spécial du cardiologue pour faire un point exhaustif.

À bientôt, donc ! ■



« On aurait pu faire plus simple !... »

Membre du Conseil d'Administration du Syndicat, Secrétaire générale du Syndicat Régional de Midi-Pyrénées, le Docteur **Elisabeth POUCHELON** commente pour **Le Cardiologue** sa lecture de la réforme et du nouveau dispositif conventionnel. Un regard distancié, volontiers critique, lucide sans doute mais pas franchement hostile. A l'écouter, les médecins n'ont pas tous compris l'enjeu des deux ans qui viennent.

Propos recueillis par
JEAN-POL DURAND

Le Cardiologue - Quel est votre avis « global » sur cette convention ?



Élisabeth POUCHELON -

Nuancé ! C'est un texte qui, a priori, ménage un peu tout le monde, notamment les spécialistes mais il n'est pas, à mon avis, à l'échelle des problèmes posés pour assurer la pérennité de l'Assurance maladie ; il donne un nouveau sursis, de l'ordre de quelques années mais sans doute pas plus. Il faudra, très certainement, reprendre la réforme.

Le C. - Vous dites que les spécialistes, donc les cardiologues, ont été ménagés, mais ne regrettez-vous pas les possibilités d'accès direct ?

E. P. - Cette disposition ne me choque pas ! Comme ne me choque pas le principe de ne pas rembourser les pénalités financières des patients qui s'affranchissent du « parcours ». Bien sûr le processus du médecin traitant oblige à un jeu un peu compliqué. La totalité du texte et ses mécanismes tarifaires sont d'une complexité rare pour les confrères du secteur 1. Ce dont j'ai plus de mal à faire le deuil, c'est de cette dose de liberté qu'on nous avait promise. On est vraiment sous régime, excessivement dirigiste, du tarif unique sans possibilité de moduler sauf, pour ceux qui ont choisi antérieurement le secteur 2. J'attendais vraiment des possibilités de dépassements plus larges, éventuellement négociées, donc prises en charge par les complémentaires. Au lieu de cela, un espace « peau de chagrin » dont je vois mal qui s'en satisfera.

Le C. - Étant vous-même en secteur 2 avez-vous justement étudié « l'option de coordination » ouverte aux praticiens à honoraires libres ?

E. P. - Non parce que je n'abandonnerai jamais une parcelle de cette liberté pour laquelle j'ai fait grève quand j'étais chef de clinique. Intuitivement plus que par idéologie, c'était déjà à mes yeux la seule solution. L'expérience m'a confortée et je ne vais rien sacrifier, ni aujourd'hui ni demain.

Le C. - Pensez-vous que le C2 pour tout le monde est une bonne mesure, notamment pour vos confrères du secteur 1 ?

E. P. - Indéniablement, ils y trouveront leur compte. C'est une sorte d'anticipation de la future CCAM clinique. En revanche je m'inquiète des conditions d'application de la nouvelle CCAM technique qui prévoyait des augmentations d'actes techniques. Cela va faire plus de 10 ans que ce chantier est ouvert mais, à enveloppe fermée, il est à craindre que l'augmentation des consultations se fasse au détriment de l'activité technique et aux dépens notamment des cardiologues interventionnels.

Le C. - Pensez-vous réaliste de faire 12,5 % d'économies sur les statines ?

E. P. - Personnellement je n'y crois guère. Parce que s'il y a, incontestablement, des sur-prescriptions, il y a aussi des sous-prescriptions... L'existence de référentiels aidera tout le monde à faire mieux, il y a peu de doute sur cela, y compris en matière de statines. Mais je ne se suis pas certaine que des économies seront pour autant

au rendez-vous dans la mesure où le champ du remboursement médicamenteux reste intact.

Le C. - L'EPP et la FMC obligatoires ?

E. P. - Comment être contre ? Le problème, c'est comment faire... Compte tenu de ce que je sais des coûts de réalisation d'une EPP, l'objectif d'évaluer tout le monde dans les 5 ans apparaît peu réaliste.

Le C. - Au total, vous êtes finalement assez favorable au dispositif issu de la loi et de la convention... La Droite parlementaire a-t-elle définitivement renoué avec les médecins avec cette réforme-là, au delà des débats actuels ?

E. P. - Le vrai défaut de la réforme en cours, c'est cette incroyable complexité qui la rend peu lisible, au corps médical comme au public. En France, on ne sait décidément pas « faire simple »... La polémique passera, mais pas les problèmes. Il me semble que les médecins ne s'y préparent pas ; ils croient que l'essentiel de l'enjeu consiste à « tenir le plus longtemps possible », à retarder l'échéance de la faillite ou du bourreau... Ce que je retiens le plus de cette réforme, a été, jusqu'à présent, assez peu mis en évidence, c'est la fin de la « gouvernance syndicale à la Sécu ». C'est l'État qui dirige désormais par la voix du directeur de l'UNCAM. Il s'agit d'un véritable tournant, et c'est avec l'État que les médecins auront rendez-vous dans quelques années, sans doute au lendemain de 2007 dans cette courte période où, quel que soit le résultat, un nouveau gouvernement dispose d'un délai de grâce... Après, c'est du courage politique qu'il faudra ! ■



« La partie n'est ni gagnée, ni terminée »

Propos recueillis par
JEAN-POL DURAND

Président de l'UFCV, Président de la Chambre syndicale des médecins du Val d'Oise, Secrétaire général du SNSMCV et de l'UMESPE (Spécialistes CSMF), **Jean-François THÉBAUT** est un pilier de la vie de la spécialité et un fin analyste de la vie politique professionnelle. Depuis la fin des négociations conventionnelles, il n'avait jamais caché qu'il était en faveur de la signature ; il s'en explique sans détour dans l'entretien ci-dessous.

Le Cardiologue - Vous faites partie de ceux qui, au syndicat des cardiologues ou à la tête de votre syndicat départemental, militaient pour la signature de cette convention. Est-ce un si bon texte ?



Jean-François THÉBAUT - Ce n'est pas une bonne convention, mais c'est enfin une convention d'ailleurs âprement négociée. C'est un départ et pas une fin ! Où étaient les alternatives ?

Très clairement :

- 1 l'option MG-France, à base de filières – réduisant drastiquement l'accès aux spécialistes –, de capitation, d'outils répressifs ;
- 2 celle des Coordinations, qu'on peut résumer sous le mot d'ordre « Secteur 3 pour tout le monde »...

Deux positions extrêmes dont ne veulent ni la majorité des médecins ni nos concitoyens. Qu'avaient à proposer, en face, les syndicats modérés ? Des suggestions de bon sens, avancées en un moment, assez rare dans la vie politique, où nos interlocuteurs venaient de faire le constat d'échec de ce qui avait été mis en œuvre précédemment. Nous voulions donc une convention unique, gérée par des syndicats majoritaires, nous voulions la fin du médecin référent, nous voulions pérenniser la médecine payée à l'acte, nous voulions la fin de la maîtrise comptable et des sanctions collectives aveugles, nous voulions un nouvel espace de liberté tarifaire, tout en maintenant le secteur 2 en l'état, nous voulions une CCAM technique sans perdant et une CCAM clinique revalorisant les actes intellectuels, nous voulions une permanence des soins revalorisée de façon pérenne... Nous vou-

lions tout cela, et nous l'avons obtenu au moins au plan des principes. La partie n'est pas gagnée, il reste beaucoup à faire, mais, de grâce, ne bouillons pas notre plaisir !

Le C. - Les cardiologues ont quand même quelque peine à faire le deuil de l'accès direct !...

J.-F. T. - Ils n'ont pas de raison d'en faire le deuil car la possibilité d'accès direct est maintenue. Ce qui est, de fait, conforté, c'est l'avantage à l'activité coordonnée. Et quand je soutiens qu'il reste beaucoup à faire, c'est notamment par référence à ce problème. Je pense à cette affaire dite de « l'amendement-Leclerc », du nom de son auteur au Sénat. Il prévoit, dans la loi de finances 2005, l'interdiction du remboursement, « total ou partiel », des dépassements d'honoraires légaux en cas d'accès direct aux spécialistes du secteur 1. L'Umespe est en discussion à ce sujet avec les assureurs complémentaires et il apparaîtrait que ce texte est légalement contestable au motif qu'il introduit une discrimination entre le secteur 1 – dont les dépassements légaux, encadrés, plafonnés, ne pourraient être remboursés « tout ou partiellement » – et le secteur 2, lié à la seule définition du « tact et mesure ». Impensable ! Mais on peut imaginer le pire, sous la plume des technocrates, avec une extension du même dispositif au secteur 2, le vidant ainsi de tout contenu...

Le C. - Venons-en aux dossiers financiers, avec d'une part les recettes, d'autre part les économies. Combien gagne le cardiologue moyen en termes d'honoraires ?

J.-F. T. - Je pense qu'il est difficile de calculer une moyenne dès lors que les augmentations ont été « ciblées » au profit des actes coordon-

nés. Prenons-les successivement :

- le C2 pour tous, cumulable avec K6,5 dans le cas des cardiologues, soit 52,48 € ! Deux tiers des effectifs de la spécialité – titulaires du CES – attendaient de pouvoir accéder à ce statut de « consultant ». Selon qu'on exerce en centre-ville, en province ou en banlieue, sa portée est évidemment différente, mais je connais de nombreux confrères pour qui cette seule disposition change la vie ! ;
- la CSC portée à 48 € par une majoration de 2,27 € ce qui était loin d'être évident au début de la négociation dans la mesure où il s'agissait d'un acte déjà inscrit dans un processus de coordination ;
- l'acte de cardiologue « correspondant », qui s'établit à 39,48 € en secteur 1 ou à 41,35 € dans le cas d'un médecin de secteur 2 adoptant l'option de coordination ;
- enfin, hors parcours, un dépassement autorisé de 17,5 % qui amène la tarification possible à [CS + K6,5] + 17,5 % soit 46,39 €.

En ce qui concerne le secteur 2, rien n'est fondamentalement changé, sauf pour ceux qui s'engagent, dans l'option conventionnelle, à respecter les tarifs opposables pour les soins cliniques coordonnés et un dépassement de seulement 15 % pour les actes techniques coordonnés, dans un ratio minimal de 30 % et en échange d'une « ristourne » sur les charges sociales...

Le C. - Terriblement compliqué ! Peut-on préciser les conditions de tarification pour chaque cas ?

J.-F. T. - Le C2 + K6,5 me semble accessible, évidemment sur adressage « pour avis ponctuel », pour un patient que vous n'avez jamais vu,



ou que vous n'avez pas vu depuis plus d'un an et que vous êtes, raisonnablement, appelé à ne pas revoir dans les 6 mois, sauf pour compléter le bilan paraclinique (échocardiogramme, Holter ECG...). La CSC demeure dans sa définition antérieure, éligible pour un patient que vous verrez en général une fois par an selon l'état et selon les pratiques locales, enfin l'acte de consultation coordonnée doit être retenu pour le patient que vous devez voir régulièrement : tous les trimestres par exemple dans le cas d'un insuffisant cardiaque, parfois tous les mois pour certaines autres pathologies très lourdes. Quant au dépassement autorisé, il s'impose quand, par exemple, un malade déjà suivi par ailleurs vient vous voir parce qu'il veut un second avis... Il n'est évidemment pas « hors parcours » s'il est porteur d'une lettre de son médecin traitant. Je vous concède que tout cela est compliquée, que c'est potentiellement la porte ouverte à tous les contentieux... Les cardiologues sont déjà très familiers d'une nomenclature complexe, mais je suis incapable de pronostiquer si nos confrères médecins-conseils vont profiter de leur « expérience acquise » pour continuer de nous harceler ou au contraire s'intéresser respectivement à d'autres spécialités.

Le C. - Ces augmentations sont-elles, au final, suffisantes pour rattraper dix ans de retard ? Les revalorisations du secteur 1 atteignent-elles 10 % ?

J.-F. T. - Si ce n'est pas le cas – encore une fois, c'est à chaque cardiologue de faire les comptes en fonction de sa propre pratique – on n'en est pas très loin. Est-ce suffisant pour rattraper 10 ans de blocage ? Sûrement pas mais l'espérer était utopique dans le contexte de la dette qu'on met « sur le dos » de nos enfants. Je considère néanmoins que ces augmentations sont structurantes dès lors qu'elles privilégient clairement la coordination des soins. Je fais partie de ceux qui ont toujours soutenu la revalorisation des tarifs opposables de préférence à tou-

tes les autres hypothèses fondées sur la liberté tarifaire.

Le C. - Venons-en au corollaire économique, les économies attendues de ces pratiques revalorisées. L'objectif de 12,5 % d'économies de prescription de statines est-il raisonnable ?

J.-F. T. - Je vous le dirai au vu des recommandations que doit éditer la Haute Autorité de Santé. C'est à elle de rendre cohérentes les extensions d'AMM d'un côté et les protocoles thérapeutiques de l'autre... Pour le reste j'observe que la classe des statines commence à entrer dans la zone des produits « génériques »... C'est une période critique où se joue la vie, ou la « seconde vie », d'un produit... Vous voyez que ce dossier ne dépend pas seulement des prescripteurs. Je pense qu'ils joueront loyalement le jeu, pour ce qui les concerne.

Le C. - Il y enfin un dossier périphérique qui vous concerne personnellement au premier chef : l'évaluation des pratiques et la FMC... Sur le terrain, on a du mal à comprendre... Qu'en pense le président de l'UFCV, vice-président du Comité de Coordination des conseils nationaux de FMC ?

J.-F. T. - On attend pour les prochains jours la publication d'un décret sur l'évaluation des pratiques. Là, les choses sont à peu près claires, définissant les missions respectives de la Haute Autorité – en charge pour elles de définir les procédures, les méthodes (et les barèmes) ainsi que les organismes agréés – et les Unions régionales. Lesquelles devront proposer, à un guichet unique, l'ensemble des méthodes et des organismes agréés, à charge pour elles de colliger l'ensemble des certificats au terme du processus. Le problème est de savoir ce qu'il adviendra ensuite de ces certificats. Finiront-ils à l'Ordre régional lui-même créé par la Loi de santé publique mais sans de mission précise ? Comme il est, dans le même temps, question de

rendre cette institution dépositaire final des certificats de FMC, on en ferait, subrepticement, le dépositaire d'une double obligation – FMC + Evaluation – ressemblant à s'y méprendre à une « recertification ». Je ne suis pas sûr que ce soit là la volonté et l'intérêt de la profession. Concernant l'UFCV, elle va évidemment poursuivre sa vocation d'organiser la FMC cardiologique et postuler à devenir organisme agréé par les CNFMC et par l'HAS. Ainsi l'UFCV va mettre à disposition des cardiologues deux supports d'évaluation : l'EPP, déjà développée avec les URML et qui continuera d'être financée par elles et le « test de cohérence », autre support qui nous est propre, développé en interne et en cours de validation par un programme de mesure d'impact financé par le FAQSV. Il est encore trop tôt pour en parler de façon exhaustive. Rendez-vous sous peu dans ces colonnes.

Le C. - En conclusion, plutôt des motifs de satisfaction...

J.-F. T. - Forcément transitoires, comment peut-il en être autrement ? Cette convention n'est évidemment pas achevée ; elle nous a permis de sortir d'une guérilla de 10 ans, émaillée d'épisodes douloureux et déchirants. Nous avons eu la chance de trouver, dans l'administration de Philippe DOUSTE-BLAZY, des interlocuteurs réceptifs qui disposaient de toute la réflexion antérieure de l'équipe de Jean-François MATTEI et du diagnostic partagé du Haut-Conseil. C'est une opportunité assez rare dont il me semble qu'on a bien su tirer parti en une petite année... Il ne faut évidemment pas que cet accord se révèle un marché de dupe – ou ne finisse par se retourner contre les médecins – mais la vie syndicale recèle rarement autant d'opportunités qu'aujourd'hui. De possibilités de chausse-trappes aussi, j'en conviens... Mais qui a dit que le syndicalisme devait ne jamais baisser la garde ? ■

La générosité du CŒUR.

Les cardiologues en général et les associations régionales ou nationales en particulier ont répondu avec générosité à la demande d'aide pour les victimes du raz de marée du 26 décembre dernier. Il n'est pas possible de les nommer tous, mais nous tenons à les remercier pour les gestes qu'ils ont eus. Il ne faudra pas oublier de continuer à aider ces populations pendant quelques temps encore.

DEVINETTE

Jean-Louis NEIMANN



Dans les marches de l'Est, deux hôpitaux se trouvent en concurrence pour l'inscription sur la liste établie par l'A.R.H., pour l'implantation de défibrillateurs et pace-makers triple chambre.

Les deux hôpitaux, dotés de services ayant de fortes activités de cardiologie interventionnelle et disposant, tous deux, de service de chirurgie cardiaque, siègent dans la ville principale non C.H.U. Mais l'un est un ÉTABLISSEMENT PUBLIC, l'autre CLINIQUE PRIVÉE.

Dans la clinique privée, quatre cardiologues, dont trois anciens P.H. ou assistants chefs de clinique, tous quatre titulaires du D.I.U. de stimulation cardiaque, doivent exercer l'activité de rythmologie interventionnelle. Celle-ci est très conséquente (80 ablations par radio-fréquence autres que le faisceau de His).

Dans l'hôpital public, un seul médecin temps plein, ancien C.E.S. de cardiologie non titulaire du D.I.U. de stimulation cardiaque, exerce l'activité de rythmologie et ne pratique pas d'ablation.

Question - Quel établissement, à votre avis, a été retenu par l'A.R.H. pour l'autorisation d'implantation de défibrillateurs et pacemakers triple chambre ?

DALLAS, TON UNIVERS... Jean PELLET

Qui n'est pas allé à Dallas, Atlanta, Anaheim, à la Nouvelle Orléans, au pèlerinage qu'il faut avoir fait au moins une fois dans son existence de cardiologue, n'a rien vu !

Là, les ayatollahs ont des noms en général américains et les chapitres du Coran ont de beaux noms acronymiques.

Les « directeurs des grandes études » sont des demi-dieux et l'on se presse dans les amphithéâtres où ils vont officier, en général dans un dialecte américanoïde difficilement compréhensible, même pour des anglophones.

Il y a les grandes vedettes, au firmament du Star System cardiologique, les vedettes moins connues, mais néanmoins reconnues, les petites vedettes qui commencent à se faire un nom et officient en première partie avant les grands shows.

Il y a aussi les « demi-sel », la horde de ceux qui ont décroché la possibilité de présenter une communication de dix minutes, après de longues années de travail et de labeur et font ainsi partie des milliers de « communicants ». La trace de leur travail génial sera consignée sous forme d'un court abstract dans la grande bible de quelques cinq mille résumés. Cet « abstract book » nous livre brut de décoffrage ses quelques mille pages.

Le congressiste de base, avec sa petite sacoche bleue, frappée aux armes d'un grand laboratoire pharmaceutique dominant, mécontent intéressé, erre dans les couloirs, les tra-

vées, les amphis, les séances plénières, les secondaires, voire tertiaires, flâne nonchalant entre les alignements de posters. Il est là pour applaudir, et pour s'instruire.

Il a essayé auparavant de trier les sujets qui l'intéressent, en potassant l'indigeste abstract book.

Certains, très sérieux, se partagent le travail en groupe et se réunissent pour faire la synthèse de ce qu'ils ont entendu et en tirer la substantifique moelle.

D'autres préfèrent jouer les francs tireurs et grappillent au hasard de leur inspiration du moment, happés par l'ambiance grouillante et bruyante des quelques dix mille ou quinze mille cardiologues venus là assister à la grande cérémonie bisannuelle.

Dans cette foule parfois on reconnaît un visage connu et l'on bavarde quelques instants, échangeant quelques impressions et quelques informations scientifiques ou non.

On croise parfois l'agréé du service de sa ville d'origine, qui lui ne joue pas dans la même catégorie que vous, puisqu'il est venu pour présenter son dernier travail qui fera probablement date dans l'histoire de la cardiologie.

Le soir, éreinté par ces journées hors du temps, on regagne son autobus, si l'on a pu trouver la bonne travée pour le bon hôtel, son lieu de résidence pour quelques jours.

Le soir, peut-être mangera-t-on un « T bone » dans un « steak house », avec un petit groupe de collègues également célibataires transitoires, pris en charge par le même groupe pharmaceutique,

qui espère bien qu'au retour, on lui « renverra l'ascenseur » pour son dernier produit en date...

Ainsi va l'existence pour quelques jours du pèlerin de la Nouvelle Orléans ou de Dallas, à dix mille kilomètres de chez lui et de sa famille, venu se ressourcer à La Mecque de la connaissance cardiologique.

Il pourra aussi, dans l'immense hall des exposants, se noyer dans les nouvelles technologies, car il se passe toujours quelque chose au royaume de la technique.

Il pourra une fois de plus se persuader que, seul avec son patient, dans l'âpreté quotidienne de la consultation, il est bien seul, loin de Dallas, et n'est qu'un tout petit mailloin de l'immense chaîne des « professionnels de santé », chargés d'appliquer les plans de « Big Cardiologist » !

Car à la fin de ces grandes cérémonies, au fond d'un inconfortable fauteuil de classe économique, dans le charter de retour, on a le temps de méditer sur notre vanité : que sommes-nous, n'est-ce pas, face à la Grandeur de la Science et de la Technique ?

Ainsi, écrasés, émerveillés, abasourdis, nous prenons conscience du caractère désormais indispensable et inéluctable des « procédures de soins », des « réseaux », des « évaluations » et de toutes ces Nouvelles Pratiques qui arrivent sur l'immense « marché de la Santé ».

Dallas est grande, et la Techno Science est son prophète ! ■

« Le docteur PELLET nous livre un vécu qu'ont certainement ressenti beaucoup de cardiologues français " perdus " dans les grands congrès américains. C'est pour atténuer cette impression que Le Cardiologue édite les Quotidiens (de l'AHA, de l'ACC et, cette année, de l'ESC), pour donner aux participants français, chaque jour du congrès, une synthèse des communications les plus marquantes, ainsi qu'une sélection du programme du jour. Nous conseillons donc vivement au docteur PELLET d'informer Le Cardiologue de sa présence au prochain congrès, de façon à ce qu'on lui dépose à la porte de sa chambre d'hôtel, chaque jour du congrès, le Quotidien du Cardiologue. »

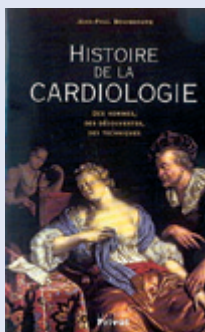
« HISTOIRE DE LA CARDIOLOGIE » Jean-Paul BOUNHOURE

Pour les plus jeunes... et les moins jeunes

Les progrès fulgurants de la cardiologie depuis une trentaine d'années pourraient laisser croire aux plus jeunes que notre spécialité est toute neuve.

En fait, au-delà de l'aspect mythique ou philosophique du cœur, la circulation sanguine est connue depuis des millénaires, mais ce n'est que depuis le 17^e et surtout le 19^e siècle que la cardiologie a pris son essor qui, depuis, s'est accéléré de façon de plus en plus importante.

C'est le privilège de certains de nos maîtres, comme Jean-Paul BOUNHOURE, d'avoir vécu les principales avancées de la cardiologie récente et d'avoir côtoyé les principaux « bâtisseurs » de notre discipline que, grâce à eux, nous exerçons.



Son livre est passionnant, non seulement sur le plan historique, avec une recherche très importante, mais également par son exhaustivité et la clarté de sa rédaction qui pourrait donner l'illusion que la cardiologie est quelque chose de simple.

On ne peut que recommander la lecture de cet ouvrage remarquable, qui montre que la cardiologie est certainement la spécialité médicale la plus complète et la plus riche sur le plan clinique et technique, et dans lequel les plus jeunes verront qu'ils doivent beaucoup à leurs aînés et les moins jeunes pourront évaluer le chemin passionnant qu'ils ont parcouru. ■

Éditions PRIVAT - B.P. 73621 - 31036 TOULOUSE CEDEX 01 - Tél. : 08.25.15.00.22.

« L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE DE L'ADULTE » (2^e édition) Bernard SWYNGHEDAUW

Une très bonne synthèse...

Cet ouvrage, écrit, comme le dit son auteur, par un biologiste, montre que Bernard SWYNGHEDAUW est non seulement un biologiste reconnu, mais aussi un clinicien et un pédagogue.

En effet, une des qualités de ce livre est qu'il s'adresse à la fois aux fondamentalistes, aux cliniciens et à l'étudiant.

La partie consacrée à la physiopathologie, volontairement hypertrophiée, permet en effet de faire la synthèse de nos connaissances actuelles sur cet aspect de l'insuffisance cardiaque.

Les chapitres consacrés aux données plus cliniques sont également complets, parfois « basiques » (au bon sens du terme).



Cette façon d'aborder l'insuffisance cardiaque apporte au clinicien et au fondamentaliste une vision complémentaire de leur abord habituel de la maladie, qui est très enrichissante, et ne peut qu'être bénéfique pour la prise en charge des patients.

Ce livre est très complet, bien écrit, facilement accessible à tout cardiologue et même aux étudiants. Il s'agit d'un ouvrage de référence que nous vous conseillons vivement de lire. ■

ELLIPSES Éditions Marketing SA 2004
32, rue Bargue, 75740 PARIS CEDEX 15.



BULLETIN D'ABONNEMENT 2005

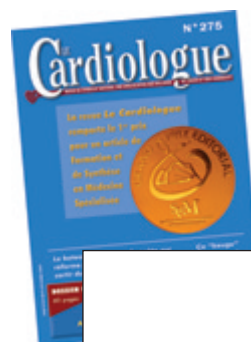
à retourner à : LE CARDIOLOGUE, 13, rue Niepce, 75014 PARIS

☐ Je souhaite connaître mon représentant régional

- ☐ recevoir ses coordonnées
- ☐ être contacté par lui

☐ Je souhaite m'abonner à la revue « Le Cardiologue »

- ☐ tarif adhérent au syndicat : 40 €
- ☐ je joins un justificatif d'adhésion et un chèque
- ☐ tarif non adhérent : 80 €
- ☐ tarif hors CEE : 275 €
- ☐ je joins un chèque de _____



CACHET

b r è v e

Dépassements : la bataille du remboursement

L'histoire conventionnelle est émaillée de dates qui finissent par baliser l'histoire sociale de notre pays. Si 1971 fut l'année de la première convention nationale, instaurant un tarif opposable valable sur l'ensemble du territoire, 1980 fut celle du secteur 2, les caisses essayant d'échanger à l'époque un peu de liberté tarifaire contre beaucoup de maîtrise... 1993 fut celle des RMO premiers instruments de maîtrise médicalisée vite abandonnés (1995) au profit des reversements, aussitôt inventés et aussitôt inopérants. La grande nouveauté de la Convention « cru 2005 » sera, à n'en pas douter, celle du « *parcours de soins* ». On observera ici qu'il se distingue de la filière par son caractère nettement plus libéral : c'est le malade – ou le patient – qui choisit son médecin traitant quand le référent... choisissait ceux de ses patients à qui il proposait de s'abonner chez lui sans autre obligation que lui être plus ou moins fidèle... Les abus furent, à ce qu'on en dit, assez nombreux pour n'obliger à porter le deuil aucun directeur de caisse primaire. De fait et contrairement à ce qui était prévu, la filière n'a jamais été évaluée. On espère qu'il en ira différemment du système inauguré aujourd'hui.

Seulement voilà, avant même qu'il ait officiellement vu le jour – ce sera pour le 1^{er} juillet prochain – ses modalités d'application posent déjà problème : les complémentaires pourront-elles rembourser les dépassements à ceux de leurs clients... qui auront souscrit le contrat *ad hoc*. Le sujet est d'importance.

Beaucoup d'assureurs – privés ou mutualistes – remboursent les dépassements demandés par les médecins du secteur 2 ; ils n'auraient donc pas de problèmes à faire la même chose pour les consultations de spécialistes de secteur 1 en accès direct ! Les pouvoirs publics ne se sont pas encore clairement prononcés sur le sujet et un amendement subrepticement introduit au Sénat dans le débat de la loi de finances rectificative ne manque pas d'inquiéter. Il dispose que ce remboursement pourra être interdit partiellement ou en totalité par un décret d'application... Ça change tout ! Sans remboursement aucun, ce dépassement est peu ou prou vidé de sa substance. Sans ticket modérateur non-remboursable, c'est la logique du parcours « vertueux » qui est mise à mal... Il faudra donc trouver un compromis, on parle dans les couloirs d'1 € supplémentaire (en sus de l'euro déjà sollicité sur chaque acte de n'importe quelle profession de santé)... À suivre.

Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et FMC : où en est-on ?

JEAN-FRANÇOIS THÉBAUT

Le flou le plus complet qui régnait, jusqu'à présent, sur l'avenir de la FMC et de l'évaluation des pratiques professionnelles, semble s'éclaircir au moins en ce qui concerne l'évaluation. Il nous a paru intéressant de publier cette note que nous a transmise Jean François Thébaut.

Malgré nos espoirs initiaux de voir émerger un dispositif unique dans le cadre du dispositif FMC, en reconnaissant que, selon l'esprit des textes réglementaires, l'évaluation était l'un des moyens de valider l'obligation de FMC dans le cadre du dispositif des Conseils Nationaux de FMC (CNFMC) et des Conseils Régionaux de FMC (CRFMC), nous risquons de voir s'installer au mieux deux dispositifs distincts et au pire un seul dispositif bicéphale réunifié sous contrôle partiel des conseils ordinaires...

1) Dispositif EPP (sous réserve de la rédaction définitive imminente du décret...)

La Haute Autorité de Santé (HAS) :

- définit les modalités ;
- établit les procédures, les méthodes (Grille AQPES – Accréditation- Résirisq – médicalisation de la certification des établissements) ;
- agréé les organismes et les CME, habilités à mettre en œuvre ces méthodes et à délivrer les attestations ; elle peut retirer cet agrément ;
- établit le barème : « *degré suffisant pour garantir le caractère complet et continu de la démarche d'évaluation* » ;
- définit les critères de compétence et forme les médecins habilités (MH) ;
- publie la liste nationale des organismes agréés et des médecins habilités ;
- organise, en concertation avec les CNFMC, le contrôle du respect de l'obligation et de la méthodologie appliquées par les CME, par les organismes agréés et par les médecins habilités ;
- définit les procédures d'accréditation valant pour validation de l'évaluation pour les équipes de médecins « à risque ».

Les URML, guichets uniques d'information et d'organisation pour les libéraux :

- informent les libéraux de la « palette » des différentes méthodes et procédures et des organismes agréés par l'HAS, et proposent aux médecins libéraux soit les services des médecins habilités pour faire leur EPP soit la liste des organismes agréés (c'est ici qu'est la place privilégiée des structures de verticalité dont notamment l'UFCV) ;
- organisent dans les établissements privés conjointement avec les CME les différentes procédures ;
- mandatent des médecins habilités pour contrôler les procédures des organismes agréés qui ne font pas appel aux MH ;
- délivrent le certificat d'accomplissement de chaque module d'EPP ;
- la **Conférence Nationale des Présidents (CNP) des URML** établit le rapport annuel et le transmet à l'HAS et au Conseil National de FMC des libéraux.

Les Conseils régionaux (administratifs) de l'Ordre :

- reçoivent les recommandations éventuelles, voire les constats de manquements graves et les certificats attestant de la satisfaction aux obligations ;
- valident le respect de cette obligation quinquennale et la transmettent aux CDO et aux CNFMC.

Les Conseils Nationaux de FMC (CNFMC) :

- donnent leur avis :
 - sur le barème suffisant pour garantir le respect de l'obligation d'EPP,
 - sur l'agrément des organismes,
 - sur l'habilitation des MH ;
- participent à un groupe de contact national entre les différents intervenants du dispositif ;

reçoivent :

- copie des attestations et des certificats,
- le rapport de la CNP des URML ;
- établissent un rapport annuel et le transmettent à l'HAS.

Les organismes agréés :

- concourent à mettre en œuvre les méthodes et les procédures validées par l'HAS, avec ou sans le recours de médecins habilités :
 - soit conjointement avec les CME (hospitaliers salariés),
 - soit conjointement avec les URML (libéraux),
 - soit conjointement avec les deux (libéraux en établissement).

Points particuliers : dans les établissements, les médecins libéraux peuvent, pour satisfaire à leur évaluation qui validera la partie médicalisation de la certification (V2) :

- valider leur EPP avec l'URML ou avec un organisme agréé ;
- participer à une démarche d'accréditation type Résirisq ;
- faire leur EPP avec la CME (laquelle peut contracter soit avec l'URML soit avec un organisme agréé).

A noter que :

- les médecins salariés hospitaliers n'auront qu'un interlocuteur : leur CME ;
- les médecins salariés non hospitaliers s'évalueront avec des organismes agréés en toute indépendance des employeurs, leur CNFMC s'en portant garant ;
- les médecins relevant de plusieurs types d'exercices pourront cumuler les certificats, en sachant qu'au moins une action conjointe avec l'équipe hospitalière à laquelle ils appartiennent sera obligatoire.

Points forts :

- cette obligation d'évaluation s'inscrit dans une démarche continue et non plus seulement ponctuelle une fois tous les cinq ans ;
- l'HAS est le véritable maître d'ouvrage mais avec des prérogatives opérationnelles fortes ;
- les CNFMC n'ont qu'un rôle consultatif ;
- les URML informent, accompagnent et participent au dispositif ;
- les Organismes agréés ont un rôle réellement opérationnel soit directement soit conjointement avec les CME et les URML ;
- les Conseils régionaux administratifs, en devenant depuis la Loi du 4 mars 2002, trouvent là un emploi justifiant leur existence !

2) Dispositif FMC

(décret en cours de négociation)

Là cela se corse !

Initialement le dispositif comportait :

- trois CNFMC qui :
 - établissaient les cahiers des charges d'agrément et l'agrément des organismes de FMC (et des organismes d'évaluation – exit !),
 - établissaient les règles de fonctionnement de la FMC (définition des actions, place des congrès, de la presse médicale, financements et relations avec l'industrie par exemple),
 - établissaient le barème des validations avec panachage FMC/EPP,
 - définissaient les thèmes prioritaires,
 - évaluaient le fonctionnement du dispositif,

- transmettaient leur feuille de route aux CRFMC (via le comité de coordination) ;
- un seul CRFMC, avec trois sections, par région qui :
 - validait les critères de satisfaction aux obligations,
 - établissait un rapport annuel de fonctionnement,
 - mettait en œuvre les moyens de persuasion propres à convaincre les récalcitrants.

Or, à la lueur des réflexions ministérielles, il serait quasiment acquis de supprimer purement et simplement les CRFMC (trop coûteux et trop conflictuels quant à leur mode de désignation...) et de renvoyer cette mission de contrôle de satisfaction à ces obligations de FMC, comme celles d'EPP, au CDO en attendant la mise en œuvre réglementaire des CRO administratifs.

Le Conseil National de l'Ordre (CNO) reprend ainsi la main :

- récupération du dispositif FMC qui lui avait temporairement échappé ;
- justification d'existence des CRO administratifs dont on avait justement du mal à préciser les missions, les CDO refusant de leur transférer la moindre de leurs prérogatives ;
- possibilité de mettre en place un système national d'information et de validation ;
- justification à une demande de financement complémentaire via les cotisations...
- et surtout : FMC et EPP pourraient devenir les deux pierres fondatrices de la mythique recertification...

Bref, ce serait une récupération assez inattendue d'un dispositif que tout le monde semblait souhaiter voir géré par la profession...

En échange les CNFMC obtiendraient un statut dont la pérennité et le financement ne sont pas pour autant acquis.

Quelle solution ?

- 1) Forcer à la nomination et à l'installation des CRFMC : impossibilité en l'état d'obtenir le moindre financement, alors même que les CNFMC ne sont pas financés.
- 2) Saborder le dispositif FMC, à la rubrique la seule obligation d'évaluation est déjà bien suffisante, d'autant que la FMC peut vivre seule par elle-même surtout que maintenant les spécialistes ont aussi accès à la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC).
- 3) Renvoyer la mission des CRFMC aux URML : mais se poserait le problème du financement, et de l'organisation du dispositif concernant les autres médecins salariés et hospitaliers qui n'ont pas de structures régionales équivalentes.
- 4) Accepter ce dispositif proposé : bicéphale à un bout (HAS et CNFMC) puis redevenu unique à l'autre bout et dévolu aux conseils ordinaires avec en filigrane le risque de re-certification et celui de cantonner les URML au simple rôle d'organismes d'évaluation...
- 5) Proposer une autre solution qui m'aurait échappé ! ■

brève

CCAM : éviter les bavures

A lors que les négociateurs conventionnels devaient se retrouver le 9 février prochain autour de la CCAM, on est fondé à s'interroger sur le respect de la date du 1^{er} mars comme échéance de sa mise en œuvre. Simultanément à une grille tarifaire plus sophistiquée que ne l'était l'ancienne, le codage et la tarification à l'ancienne NGAP pour tous les actes « perdants » commencent à s'assimiler à une « mini-course d'obstacle » sur un espace temps très réduit... D'autant que les éditeurs de logiciels, sur qui l'on pensait compter pour assurer un transcodage facile NGAP → CCAM, auront forcément du mal à être ponctuels au rendez-vous.

Une certitude dans ce dispositif encore flou : les actes gagnants ne le seront pas autant que la théorie l'aurait laissé penser. Les actes « perdants » resteront, eux, à leur valeur NGAP tandis que les « gagnants » évolueront en 5 ans à la valeur CCAM « théorique » (les spécialistes disent « tarif-cible »). Un référentiel par spécialité comportant tous les actes, leur code et leur tarification précise, devrait être publié sous quelques jours. Valable uniquement sur l'année... mais terriblement utile.

Deuxième certitude : la montée en charge de la CCAM sera forcément évolutive. Ses promoteurs se sont forcés à en analyser tous les scénarios possibles de montée en charge... mais ne se sentent pas à l'abri des effets inattendus, des effets indésirables, voire des effets pervers. Ils déploient donc un « observatoire » en charge d'un seul mot d'ordre : pas de « bavure » !

C'est une autre commission qui aura la mission d'ouvrir simultanément le chantier de la CCAM des actes cliniques.



RETENEZ DÈS À PRÉSENT LES DATES DES PROCHAINS CONGRÈS DU COLLÈGE NATIONAL DES CARDIOLOGUES FRANÇAIS



Le Collège National des Cardiologues Français
et l'Amicale des Cardiologues du Bassin de l'Adour

vous convient à la

7^{ème} MONOTHEMATIQUE DU CNCF
« L'aorte dans tous ses états »

le vendredi **13** et le samedi **14** mai 2005
à **BIARRITZ**



Centre de congrès - Le BELLEVUE

17^e CONGRÈS NATIONAL DU CNCF **LYON - PALAIS DES CONGRÈS**



Jeudi 6 au Samedi 8 Octobre 2005

Les présidents et secrétaires généraux des syndicats régionaux

ALPES MARITIMES

Dr J.-J. DOMEREGO (Nice)
Dr J.-Y. LOZANO (Beaulieu)

LIMOUSIN

Dr A. PUCHEU (Brive)
Dr A. LACROIX (Limoges)

POITOU-CHARENTES

Dr P. DURANDET (La Rochelle)
Dr J.-P. COLLET (Barbezieux)

ALSACE

Dr C. ROOS (Strasbourg)
Dr M. ZAEHRINGER (Strasbourg)

LOIRE

Dr J.-Y. SAUNIER (Saint-Chamond)
Dr D. DOYEN (Andrezieux B.)

PROVENCE

Dr G. JULLIEN (Marseille)
Dr Y. CHABRILLAT (Marseille)

AQUITAINE

Dr J. OHAYON (Bordeaux)
Dr DUCOUDRE M. (Biarritz)

LORRAINE

Dr J.-L. NEIMANN (Metz)
Dr C. BRETON (Essey-les-Nancy)

RÉGION PARISIENNE

Dr J.-F. THÉBAUT (Sarcelles)
Dr P. ASSYAG (Paris)

AUVERGNE

Dr J.-P. BINON (Montluçon)
Dr M. EL AHAMADI (Riom)

RÉGION MANCHE

Dr C. DESECHALLIERS (Granville)
Dr C. LEMAITRE (Cherbourg)

RÉUNION

Dr M. AH-HOT (Saint-Benoît)
Dr R. VI-FANE (Sainte-Clothilde)

BOURGOGNE

Dr G. FOUCHÈRES (Dijon)
Dr L. HAURY (Montceau-les-Mines)

RÉGION CENTRE

Dr C. ZICCARELLI (Orléans)
Dr M. PLACENTE (Orléans)

RHÔNE

Dr J.-F. THIZY (Lyon)
Dr S. MONIER (Lyon)

CHAMPAGNE-ARDENNES

Dr M. THOMAS (Epernay)
Dr B. CARETTE (Reims)

MIDI-PYRÉNÉES

Dr A. COURTAULT (Cornebarrieu)
Dr E. POUCHELON (Toulouse)

HAUTE-SAVOIE

Dr S. CHODEZ (Annemasse)
Dr C. CIMADOMO (Annecy)

CORSE

Dr F.-P. GENNARI (Bastia)
Dr E. BLANC (Bastia)

NORD-PICARDIE

Dr V. GUILLOT (Lens)
Dr B. MICHAUX (St-Amand-les-Eaux)

SAVOIE

Dr B. DOUCET (Chambéry)
Dr TOUREILLE (Albertville)

FRANCHE-COMTE

Dr T. MOUHAT (Audincourt)
Dr C. LORENTZ (Belfort)

HAUTE-NORMANDIE

Dr J. BERLAND (Rouen)
Dr G. ZMUDA (Rouen)

GUADELOUPE

Dr J. GERMAIN (Basse-Terre)
centralise les informations

ISÈRE

Dr G. GROSCLAUDE (Grenoble)
Dr M.-A. RIVAL (Grenoble)

OUEST

Dr T. DENOLLE (Dinard)
Dr P. MARETTE (Saint-Brieuc)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Dr C. TER SHIPHORST
(Saint-Jean-de-Védas)

PAYS-DE-LA-LOIRE

Dr J.-Y. FRABOULET (Angers)
Dr J.-P. CEBRON (Nantes)

Mise à jour
le 11 janvier 2005

BUREAU DU POITOU-CHARENTES

Président

Docteur Philippe DURANDET

67, boulevard de Cognehors, 17000 LA ROCHELLE
Tél. : 05.46.41.23.32 - Fax : 05.46.41.36.34
Email : durandphil@wanadoo.fr

Vice-Président

Docteur Jean-Louis BAUPLE

Clinique Bon Secours, 57, quai Alsace Lorraine, 86100 CHATELLERAULT
Tél. : 05.49.85.86.00 - Fax : 05.49.02.85.21

Secrétaire

Docteur Jean-Pierre COLLET

9, chemin des Pillards, 16300 BARBEZIEUX
Tél. : 05.45.78.24.76 - Fax : 05.45.97.31.74

Trésorier

Docteur Christian BENOIT

67, boulevard de Cognehors, 17000 LA ROCHELLE
Tél. : 05.46.41.23.32 - Fax : 05.46.41.36.34

L'ÉTUDE PICXEL DÉMONTRE LA SUPÉRIORITÉ DE PRETERAX®, DANS LA RÉGRESSION DE L'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA.

Conférence de Presse du 15 décembre 2004 Ardix/Therval - R. ASMAR, P. GUERET, Ph. GOSSE.

L'étude PICXEL est la plus grande étude randomisée européenne à ce jour, développée grâce au soutien du laboratoire Therval Médical, qui démontre pour la première fois une plus grande réduction de l'HVG échographique que la classe de référence dans cette indication. L'étude LIFE (comparant le losartan et l'aténolol), incluant des sujets hypertendus ayant une HVG électrique, s'était accompagnée d'une diminution de la mortalité et de la morbi-mortalité cardiovasculaires (critère principal) qui n'était pas corrélée strictement à la baisse des chiffres tensionnels ; la régression de l'HVG ne faisait pas partie des critères majeurs.

Les données épidémiologiques avaient déjà montré que l'HVG est un facteur de risque indépendant de morbi-mortalité cardiovasculaire : l'HVG est un marqueur de risque cardiovasculaire qui multiplie le risque d'AVC par 4, le risque coronaire par 2 ou 3, le risque d'artériopathie périphérique par 3. Les conséquences cardiaques à long terme sont, outre l'hypertrophie VG dont la forme concentrique est la plus délétère, une dysfonction ventriculaire gauche, un risque de survenue de trouble rythmique auriculaire ou ventriculaire ainsi que de mort subite. Le PET-Scan a permis de montrer chez les hypertendus une altération de la perfusion myocardique liée au fait que l'hypertrophie pariétale ne s'accompagne

pas d'un développement parallèle de la microcirculation artériolo-capillaire. De plus, dans l'HTA, il existe aussi bien au niveau du myocarde que des gros troncs artériels, une perte d'élasticité, et au niveau des gros troncs artériels une diminution de la compliance systolique qui entraîne une surcharge ventriculaire gauche et une hypertrophie des cardiomyocytes, se traduisant par une HVG.

L'étude PICXEL a inclus 556 patients ayant une HVG définie par un index de masse VG > 100 g/m² chez la femme et > 120 g/m² chez l'homme. L'objectif était de comparer la régression de l'HVG chez des sujets hypertendus, selon un protocole de randomisation en deux groupes de patients traités soit par une association à dose fixe de faibles doses d'indapamide et de périndopril® (Preterax®), soit par énalapril pendant un an de traitement, avec ajustement des doses en fonction des objectifs tensionnels.

Tous les critères de qualité, comprenant une lecture centralisée en triple aveugle des échocardiogrammes, ont été rigoureusement observés.

Les résultats montrent dans le groupe Preterax® vs le groupe énalapril :

- un meilleur contrôle tensionnel pour la PAS - 22 mmHg / - 17 mmHg ;
- une diminution de la masse ventriculaire gau-

che de 14 g/m² / 4 g/m², qui se marque dès le 6^e mois aussi bien chez les sujets répondeurs que non-répondeurs (au plan tensionnel) et qui se poursuit au-delà de la période de suivi d'un an.

Au total, cette étude, de qualité méthodologique indiscutable, a montré de façon rigoureuse une plus grande régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche dans le groupe Prétérex®, vs le groupe énalapril allant de pair avec une diminution des chiffres de pression artérielle systolique, sans corrélation entre les deux, la régression de l'HVG se produisant aussi bien chez les sujets répondeurs que les non-répondeurs. Des études ont montré l'effet favorable du Preterax® sur la compliance des gros troncs artériels. Il est probable que la régression de l'HVG s'accompagne d'une meilleure perfusion myocardique expliquant ainsi la réduction de la morbi-mortalité.

Compte tenu des données épidémiologiques de l'étude Framingham, où l'HVG est un facteur de risque indépendant, cette plus grande régression prouvée pour la première fois par un traitement anti-hypertenseur (Preterax®) versus classe de référence devrait correspondre à une diminution du risque de morbi-mortalité. ■

Maurice HILDESHEIM

BOURSES ASTRAZENECA.

L'e laboratoire AstraZeneca a créé depuis plus de deux ans les Bourses AstraZeneca cardiovasculaires qui ont pour vocation de favoriser la recherche, aussi bien clinique que fondamentale, sur la prévention du risque cardiovasculaire.

Le 8 octobre 2004 ont été remises les Bourses 2004 d'un montant de 100.000 €, portant sur « pathologies cardiovasculaires et dyslipidémies ».

Ces Bourses ont été décernées à 5 projets :

- effet des statines sur la progression des calcifications valvulaires aortiques chez le lapin : mécanismes physiopathologiques (Dr D. MES-

- SIKA-ZEITOUN, Hôpital Bichat, Paris) ;
- étude prospective de l'athérosclérose carotide dans une cohorte de syndrome coronaire aigu (Dr E. MESEGUER, Hôpital Bichat, Paris) ;
- transport inverse du cholestérol chez des sujets hyperalphalipoprotéïniques - Étude métabolique utilisant les isotopes stables (Pr G. LUC, Institut Pasteur, Lille) ;
- caractérisation du rôle du gène pcsk9 dans la physiopathologie de l'hypercholestérolémie familiale (Pr C. BOILEAU, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne) ;
- ciblage moléculaire de la plaque d'athérome par phage display in vivo pour la recherche de marqueurs précoces : intérêt en thérapeutique et en imagerie non invasive (Dr R. ROBERT, Faculté de Médecine de Bordeaux).

Le Laboratoire AstraZeneca inscrit cette action dans une démarche pérenne et de nouveaux appels à candidature sont lancés pour 2005 dans le domaine des pathologies cardiovasculaires et des dyslipidémies. ■

M.H.

Le dossier de candidature est disponible au secrétariat des Bourses :

Lob Conseil (nmathivas@lob.fr)

Tél. : 01.55.01.21.55

Date limite de dépôt :

30 juin 2005. ■

PLACE D'UN ANTAGONISTE SÉLECTIF DE L'ALDOSTÉRONE (ÉPLÉRÉNONE) DANS LE POST-INFARCTUS COMPLIQUÉ D'INSUFFISANCE CARDIAQUE : ÉTUDE EPHESUS.

Conférence de Presse des Laboratoires PFIZER, 29 octobre 2004.

L' incidence des infarctus du myocarde en France est de 120.000 cas par an et une insuffisance cardiaque post-infarctus survient dans 25 % des cas. L'existence d'une insuffisance cardiaque en post-infarctus est de mauvais pronostic avec un taux de mortalité moyen de 10 à 25 % et un taux de réhospitalisation autour de 55 %.

Après un infarctus, les patients les plus à risque d'événements cardiovasculaires sont les patients présentant une dysfonction ventriculaire gauche (FEVG < 40 %). Le pronostic est encore aggravé lorsque les patients présentent des signes cliniques d'insuffisance cardiaque. Malgré le traitement standard recommandé (IEC, bêta-bloquants, statines...), ces patients meurent encore beaucoup plus que ceux n'ayant pas présenté de DVG et/ou de signes d'IC.

Les résultats de RALES, qui avaient démontré les bénéfices d'un blocage de l'aldostérone chez les patients insuffisants cardiaques stade III/IV NYHA, ont incité les cliniciens à tester un antagoniste de l'aldostérone dans l'immédiat post-infarctus, chez les patients à haut risque d'événements cardiovasculaires (présence d'une DVG ± signes d'IC ou diabète).

Ainsi, dans l'étude **EPHESUS** (Eplerenone Post-AMI Heart Failure Efficacy and Survival Study), menée sur 6.642 patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche (FE ≤ 40 %) et des signes d'insuffisance cardiaque, inclus 3 à 14 jours après un infarctus myocardique, avec un suivi de 16 mois en moyenne, l'**éplérénone** à la dose de 25 à 50 mg vs un groupe placebo également sous traitement conventionnel (comprenant bêta-bloquant, IEC ou AAIL, diurétiques) a réduit de

15 % la mortalité totale (premier critère principal), de **13 %** la mortalité ou les hospitalisations pour cause cardiovasculaire, de **21 %** les morts subites d'origine cardiaque, ainsi qu'une réduction significative de **23 %** du nombre d'hospitalisations pour décompensation cardiaque.

Par ailleurs, dans cette étude EPHESUS, la survenue d'effets indésirables liés aux hormones sexuelles (gynécomasties, mastodynies...) a été comparable dans le groupe placebo et dans le groupe éplérénone. Cela s'explique par la sélectivité d'action de l'éplérénone vis à vis des récepteurs minéralocorticoïdes.

INSPIRA® (Eplérénone), développée par les laboratoires PFIZER, vient d'obtenir l'AMM en France. À noter que plusieurs pays de l'UE l'ont déjà obtenue (Pays-Bas, G.B.). ■ **B.M.**

QUE FAIRE DEVANT UNE HYPERCHOLESTÉROLÉMIE NON NORMALISÉE SOUS STATINE ? ÉTUDE TWICE.

Conférence de Presse des Laboratoires Schering-Plough et Merck Sharp & Dohme-Chibret.

Selon les recommandations de l'AFSSAPS, 46 % des sujets traités et 40 % des coronariens n'atteignent pas l'objectif thérapeutique. Selon celles du NCEP, 50 % des sujets et 74 % des coronariens sont dans le même cas. Les recommandations officielles mettent en exergue avant toute thérapeutique médicamenteuse la prise en compte des mesures hygiéno-diététiques.

L'étude **TWICE** (Together With any statine Cholesterol Enhancement) en partenariat entre le Collège National des Cardiologues Français et les Laboratoires MSD-Chibret et Schering-Plough, est une étude de phase IV (conforme à la loi HURIET), qui randomisera 1.000 médecins, afin d'obtenir les données sur 3.000 patients, la durée de l'étude étant de 10 à 12 semaines.

Cette étude, qui est une première du genre en France, est coordonnée par un comité scientifique composé de huit experts dans différents domaines du risque cardiovasculaire.

Elle a pour objectif :

1 - d'étudier l'efficacité et la tolérance de l'associa-

tion ézétimibe + statine en pratique libérale ;
2 - d'évaluer l'impact de la motivation du patient, selon trois groupes, sur le contrôle biologique du cholestérol.

Trois types de motivations seront comparées entre elles : motivation par l'activité physique, diététique et combinaison des deux dans une population de patients traités par statines et non à l'objectif thérapeutique.

Un questionnaire permet d'évaluer la motivation avant inclusion et des outils pédagogiques permettent d'aider le patient à modifier son comportement et d'améliorer sa motivation initiale.

Les travaux de James O. PROCHASKA classe les niveaux de motivation en cinq stades :

- pré-contemplation (pas de volonté de changement) ;
- contemplation (stade d'ambivalence) ;
- préparation (point crucial, mais instable, application de modestes changements) ;
- action (engagement dans un changement de comportement) ;
- maintien (engagement sur la durée).

Outre l'intérêt porté à la participation du patient à sa propre prise en charge, cette étude permettra de confirmer l'efficacité et la tolérance de l'association ézétimibe-statine, l'intérêt de cette association étant d'obtenir, par une double inhibition sur l'absorption intestinale (ézétimibe) et la production hépatique (statine), l'objectif thérapeutique défini par les recommandations officielles. ■

M.H.

Pour toute précision sur l'étude
contacter le centre d'information
TWICE : 01.39.62.15.27.

ENJEUX ET PERSPECTIVES EN DIABÉTOLOGIE EN 2005. « PASSEPORT DIABÈTE ».

Les laboratoires Servier ont réuni les meilleurs experts, membres de l'ALFEDIAM (Association de Langue Française pour l'Étude du DIABète et des Maladies métaboliques), pour entretenir médecins et spécialistes sur les enjeux et les perspectives en diabétologie en 2005.

Une vidéotransmission a permis à tous les participants de suivre les mêmes interventions lors d'une conférence plénière inter-sites présidée par le professeur Gérard Slama, puis une conférence spécialisée pour chaque site a permis les débats en région et enfin une synthèse à partir des différentes questions des sites régionaux.

Maladie chronique souvent mal connue et pourtant banalisée, fréquente, héréditaire, peu symptomatique au début et potentiellement grave, le diabète de type 2 est un véritable fléau sanitaire. Il est fréquent, l'obésité, la sédentarité, l'allongement de durée de vie dans les pays industrialisés accroissent sa prévalence. Il apparaît tardivement après la quarantaine. Le taux de sucre augmente avec comme conséquence les complications cardiaques et vasculaires. Dans une population de malades atteints de cardiopathie ischémique le nombre de patients diabétiques est très élevé, voisin de 70 %.

Nombre de diabétiques ne sont pas diagnostiqués à temps : favoriser un diagnostic précoce, tel est le premier objectif.

Le taux de la glycémie admis communément doit être revu à la baisse et la glycémie admissible à jeun ne doit pas dépasser 1,10 g. On pourra s'aider de l'hémoglobine glyquée pour contrôler l'équilibre obtenu.

La durée et l'importance de l'hyperglycémie chronique conditionnent la survenue des complications.

Les principales complications se situent comme on le sait au niveau du cœur, des vaisseaux, des yeux, des reins, des pieds (utilité d'une détection au Doppler de poche). La prévention est fondamentale et doit être organisée par le médecin traitant aidé du diabétologue, du cardiologue et de l'ophtalmologiste. Ceux-ci, par leur apport technique, permettront un suivi régulier.

Soucieux d'aider les diabétiques à mieux prendre en charge leur maladie, SERVIER Médical met à la disposition du patient, par l'intermédiaire de son médecin, un **Passeport Diabète, véritable carnet de santé** du diabétique, qui doit centraliser toutes les informations importantes concernant la maladie.

Une partie peut être remplie par le patient : antécédents, traitement, évolution du poids, surveillance biologique ; une autre partie comporte des conseils diététiques pour lutter contre l'obésité, les conclusions du médecin traitant, celles du diabétologue, du cardiologue, du podologue

pedicure, de l'ophtalmologiste qui inscrivent les éléments importants des consultations et les prescriptions.

La stratégie thérapeutique actuelle du diabète de type 2 est basée sur la physiopathologie de la maladie, le mode d'action des médicaments et la poursuite d'objectifs glycémiques stricts (études DIGAMI) : sulfamides hypoglycémisants comme le gliclazide 30 mg actif en une seule prise par jour (Diamicon® 30), les glinides, la metformine et, plus récemment nouveaux venus à l'étude, les glitazones. Par ailleurs, il semble de moins en moins éthique de priver les diabétiques de type 2 d'un traitement systématique par une statine car, quel que soit le profil lipidique, le bénéfice est le même. En cas d'HTA ou d'albuminurie un IEC est nécessaire.

Au cours des dernières années, l'Institut de recherche internationale SERVIER a développé des techniques de pointe dans le domaine de la biologie moléculaire et des modèles animaux représentatifs du diabète 2 humain. Ceci a permis la découverte de nouvelles molécules qui à ce jour font l'objet d'un programme de développement en pathologie humaine.

Être exigeant sur les objectifs thérapeutiques est un effort qui a pour finalité de réduire l'énorme impact médical, social, économique du diabète de type 2. ■

André SOLVIT

« STEP BY STEP ». UNE INITIATIVE DU LABORATOIRE MERCK LIPHA SANTÉ. UNE ENQUÊTE TRANSVERSALE DE DÉPISTAGE DU DIABÈTE ET DES ANOMALIES GLYCÉMIQUES CHEZ DES SUJETS AYANT DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE.

Présentation par le Professeur VALENSI.

Problème majeur de santé publique, le diabète type 2 concerne l'adulte de plus de 40 ans, avec une prévalence qui va en augmentant. De plus, le dépistage des formes méconnues est un objectif important du fait des complications graves et invalidantes de la maladie et des coûts estimés à 2 milliards d'euros en 1998 (données ANAES 2001).

C'est dans cette optique que s'inscrit l'enquête conduite par MERCK LIPHA Santé qui a concerné 23.500 sujets recrutés par des médecins généralistes. Une information préalable des médecins a conduit à définir le syndrome métabolique,

le risque de survenue d'un diabète type 2 et les risques cardiovasculaires induits par ces désordres métaboliques. Une analyse préliminaire a été réalisée sur 14.128 dossiers renseignés par 480 médecins.

L'objectif du projet était double : contribuer à la formation des médecins généralistes aux nouvelles recommandations de l'ANAES (2003) en matière de dépistage du diabète type 2, des anomalies de la glycémie ; évaluer par une étude transversale leur prévalence dans une population cible définie par les critères de l'ANAES, à savoir : les sujets de plus de 45 ans, présentant au moins un marqueur du syndrome métabolique (HTA :

PAS ≥ 140 mmHg, ou PAD ≥ 90 mmHg, anomalie lipidique comprenant un HDL $\leq 0,35$ g/l, des triglycérides ≥ 2 g/l, un surpoids évalué par un IMC ≥ 28 kg/m², des antécédents familiaux de diabète type 2 de premier degré, de diabète gestationnel, ou d'enfant de poids de naissance > 4 kg).

L'analyse préliminaire de cette enquête démontre la forte prévalence de diabète type 2 méconnu (12,5 %) et d'hyperglycémie à jeun anormale (1,10 à 1,25 g/l) méconnue (22 %). Elle confirme la pertinence des critères de dépistage utilisés dans une population de sujets consultant en médecine générale en France. ■

Maurice HILDESHEIM

BOURSE DE RECHERCHE « CŒUR ET HYPERTENSION ARTÉRIELLE » SOUTENUE PAR SANOFI-AVENTIS.

Comme chaque année, Sanofi-Aventis nous a rappelé sa volonté de contribuer, au côté des médecins, à accélérer la qualité et la performance des connaissances dans ce domaine.

Créée maintenant depuis 1990, cette bourse de 27.000 € a pour but de soutenir les travaux de recherche, notamment dans l'hypertension artérielle, mais également dans les coronaropathies et l'identification des facteurs de risque.

C'est le 15 décembre 2004 que le jury officiel a désigné son lauréat, Flore ALLEMANDOU, qui exposait son sujet de recherche.

Cette jeune lyonnaise, diplômée de biologie cellulaire et moléculaire mais aussi de bio-informatique, travaille actuellement à l'hôpital de la

Croix Rousse dans le service du Professeur LAVILLE. Ses travaux consistent à établir les éléments permettant de caractériser et d'évaluer le système rénine-angiotensine tubulaire rénal chez l'homme. Il lui a fallu développer une méthode robuste de dosage de la rénine urinaire et caractériser la cinétique de la réaction angiotensinogène-rénine dans les urines en la comparant à celle du plasma.

Le jury a donc fait là un choix très pertinent. Le Professeur Christian THUILLEZ, Président de la Société Française d'Hypertension, a rappelé les implications de ce travail. Il a rappelé que cette société est filiale de la Société Française de Cardiologie et qu'elle a ses propres actions d'aide à la recherche, sa contribution à la FMC et des actions ciblées des groupes de travail, sans oublier, bien sûr, son congrès annuel de la mi-décembre.

Les laboratoires Sanofi-Aventis ont rappelé la pérennité de cet engagement. Depuis la création de cette bourse, on note quelques illustres élus comme Jean-Luc ELGHOZI, Michel GALINIER, Jean-Louis MEGNIER ou Philippe BAGUET.

Que ce soit dans le domaine de l'athérombose, de l'HTA, de l'angor ou des troubles du rythme, le laboratoire a toujours su produire une recherche de qualité. Il est, rappelons-le, leader en Europe dans le domaine cardiovasculaire et le troisième groupe mondial.

Nous souhaitons à ces deux partenaires de poursuivre avec toujours autant de succès leurs entreprises dont bénéficient les soins donnés à nos patients. ■

M.H.

- Annonce classée -

Important Groupe Hospitalier Privé - PSPH - Alsace
377 lits et places, 18000 entrées (MCO + Soins de suite + ML Séjour)

recherche son

CHEF DE SERVICE EN CARDIOLOGIE
(statut salarié, CCN 51, possibilité de détachement)
- Angioplasticien Confirmé -

2^{ème} Pôle de la Cardiologie en Alsace.
notre établissement, regroupant 3 cliniques, **se reconstruit.**
Il ouvrira ses portes **début 2006** pour devenir le seul Hôpital privé de la ville.

Le plateau technique actuel, sur 2 sites, (cardio sur l'un et toutes chirurgies sur l'autre) sera regroupé et composé de 10 salles d'opération, de l'USIC et des Urgences.

Le Pôle Cardio-Vasculaire (84 lits) est composé de **11 praticiens** (dont 6 Cardiologues, 2 chirurgiens Vasculaires, 1 Radio-Vasculaire) et d'une équipe de **11 cardiologues attachés.**

- Le Centre d'exploration non invasif comprend : épreuve d'effort (tapis, vélo) + VO2, Holter (ECG, TA), échographie (cardiaque, ETO et vasculaire), salle de contrôle pour Pace-Maker.
- Le Centre d'exploration invasif comprend : 2 salles d'Angio numérisées (dont 1 spécif Coronaro), 1 salle de radio conventionnelle (tilt-test, ...).

niveau d'activité : 700 ATC/an, 200 implantations de stimulateur cardio (simple, double ou triple chambre) et l'électrophysiologie diagnostique.
Le Centre d'Imagerie possède également 1 Scanner multibarrettes et 1 IRM.

Votre arrivée est d'importance et nous recherchons un profil de Cardiologue Interventionnel (Angioplasticien confirmé), avec **capacité à manager notre service phare et coordonner le Pôle Cardio-Vasculaire.**

Vous accompagnerez le développement du projet du service et ce avec l'ensemble des acteurs internes et externes.
L'ancien chef de service, très impliqué depuis la naissance de ce pôle, vous assurera la transmission des données.
Notre Groupe mène des projets innovants dont vous serez un des acteurs privilégiés.
Il sait répondre aux exigences.

Nous vous remercions d'adresser, à notre conseil, votre dossier de candidature, sous référence : Annonce n° **403.189**, vous recevrez en retour la fiche du poste.



CHL Santé Christian LABEDAN
10 route de Bleury
89113 - FLEURY-LA-VALLEE
Tél : 03-86-73-80-64
Fax : 03-86-73-80-99
e-mail : chl.sante@worldonline.fr

Recrutement et recherche directe de : • Praticiens, • Cadres Administratifs, • Cadres Soignants

Les petites annonces du *Cardiologue* sont réservées aux cardiologues à titre personnel (tarifs ci-contre). Elles sont offertes pour trois passages maximum aux cardiologues abonnés ou adhérents au SNSMCV à jour de cotisation, sous réserve qu'elles n'aient pas un caractère commercial.

Pour les SCM, sociétés commerciales, cliniques ou établissements, les rubriques annonces classées, offres d'emploi, formation, immobilier, sont facturées sur devis.

Une ligne = 30 caractères (signes et espaces)

Forfait jusqu'à 6 lignes
La ligne supplémentaire
Domiciliation à la revue
Encadré de l'annonce

Non-adhérent
Non-abonné

80 € TTC
18 € TTC
40 € TTC
40 € TTC

Adhérent
Abonné

Offert
Offert
40 € TTC
40 € TTC

ASSOCIATIONS et CESSIONS

AC-278-1 - Saint-Raphaël (83) - Cause retraite (01-07-05) cède cabinet cardio : sec-
teur 2, pas de garde, 2 associés. C.A. 2004 :
230.000 €. Tél. : 04.94.95.16.10. Port :
06.19.57.35.48.

AC-278-2 - Paris 11^e - Cardiologue sec-
teur 2, très grosse activité (C.A. 250 U, cabinet
et clinique), échocardi, ECG d'effort, Holter,
cherche remplaçant régulier, exclusivement
ancien CCA, en vue d'une association rapide
(création de SEL). Tél. : 01.47.00.83.83.

AC-278-3 - La Réunion - Cardiologues
exerçant en cabinet et en clinique (lits d'hos-
pitalisation) recherchent confrère pour rem-
placements réguliers avec possibilité éven-
tuelle d'association. Fax : 02.62.20.06.55.

AC-278-4 - Sud-Ouest - Ville balnéaire.
Cardio cherche remplaçant en vue cession fin
2005. SCM 3 cardios. Activité cabinet + clini-
que (chirurgie polyvalente + vasculaire).
Plateau technique complet + PM. Qualité de
vie préservée (activité 4 j/semaine + environ-
nement privilégié). Écrire au journal sous la
référence : AC-278-4.

AC-278-5 - La Ciotat (13) - Cardiologue
dans SCM cède, pour raisons familiales, clien-
tèle de cardiologie non invasive, grosse acti-
vité cabinet avec plateau non invasif complet
+ 2 cliniques. Tél. : 06.85.83.43.96.

AC-277-1 - Paris Centre - Centre de car-
diologie non invasive avec plateau technique
diversifié cherche **cardiologue** motivé pour
développer une activité libérale. Activité mini-
male assurée. Contact : Dr Jean-Claude Verdier
01.40.79.40.79.

AC-277-2 - Paris Centre - Centre de car-
diologie non invasive avec plateau technique
diversifié cherche **cardiologue** ou **angéio-
logue** pour développer l'écho doppler vas-
culaire en activité libérale. Contact : Dr Jean-
Claude Verdier 01.40.79.40.79.

AC-277-3 - Annecy - Cabinet de 4 car-
diologues recherche 5^e associé. Pratique de l'écho
de stress indispensable. Tél. : 04.50.45.15.52.

AC-277-4 - Perpignan - SCP de 5 car-
diologues (partage d'honoraires), ACCA, cher-
che associé(e) suite départ raisons familiales.
Cabinet informatisé (toutes techniques non
invasives) + 2 cliniques (dont 1 avec chirurgie
cardiaque). Compétences écho (ETO + stress)
souhaitées. Activité 4 j/s. Tél. : 04.68.34.78.73
ou après 20 h : 06.83.52.12.86.

AC-277-5 - Pays-de-Loire (44) - Cabinet
de cardiologie à proximité de 3 CHU cherche
3^e associé(e). Activité libérale de cabinet et
exclusivité clinique chirurgicale. Pour tous ren-
seignements contacter le 02.40.28.20.40.

AC-277-6 - Paris - Urgent - Cause décès
- Vend cabinet médical dans le 11^e arrondis-
sement. Contactez : Anthony CARCONE
01.43.70.78.37 ou Mini_perrin@hotmail.com.

AC-277-7 - Languedoc-Roussillon - Ville
proche mer. Cardiologue cherche associé-suc-
cesseur au sein SCP de 2 cardiologues. Cabinet
informatisé. Toutes techniques non invasives +
activité en clinique chirurgicale et possibilité
de vacations hospitalières. Tél. : 06.85.81.80.43.

AC-277-8 - Bains-les-Bains (88) - Cause
retraite cabinet de cardiologie à reprendre en
2005 dans station thermale à indication cœur-
artères. Activité libérale saisonnière (1^{er} avril
à la Toussaint). Plateau non invasif complet.
Aucun apport. Bonne qualité de vie. Tél. :
03.29.36.32.04. Fax : 03.29.36.30.08.

AC-276-1 - Marseille - SCM de cardiologie
recherche un 5^e associé, cause départ retrai-
te. Quart d'annuité. Tél. : 04.91.76.21.96.

AC-276-2 - Proche Bordeaux - Cession de
cabinet, vacations coro, scintigraphie. Gros poten-
tiel échographie et épreuve d'effort. Excellente qua-
lité de vie dans un cadre très agréable. Prix 10 % du
chiffre d'affaires. Contact : cardio33@hotmail.com.

AC-276-3 - Grenoble banlieue - Cardio-
logue exerçant en cabinet privé et clinique
(test d'effort-écho-Mapa-Holter) sans tech-
nique invasive, recherche associé(e) en vue
succession ultérieure. Conditions à débattre.
Tél. : 04.76.27.50.37.

AC-276-4 - Alsace - SCM de cardiologues
recherche associé(e) pour pratique libérale.
Hospitalisation possible en clinique privée qui
met à disposition : USI et plateau technique
avec coro, angio et PM. Drs Tranzer ou
Baldeck. Tél. : 03.89.42.30.45.

AC-276-5 - Toulon - Cabinet de 4 car-
diologues recherche 5^e associé pour grosse acti-
vité dont cliniques MCO en partage d'hono-
raires. Vasculaire indispensable. Tél. :
04.94.92.27.57.

DEMANDE REMPLACEMENT

DR-278-1 - Paris 11^e - Cardiologue sec-
teur 2, très grosse activité (CA 250 U, cabinet
et clinique), échocardi, ECG d'effort, Holter,
cherche remplaçant régulier, exclusivement
ancien CCA, en vue d'une association rapide
(création de SEL). Tél. : 01.47.00.83.83.

DR-278-2 - Rhône-Alpes - Cardiologue,
18 ans d'expérience libérale, cause changement
région, toutes techniques non invasives, cherche
remplacements en Rhône-Alpes. Tél. :
06.72.46.73.94 ou 04.76.65.15.62.

MATÉRIEL VENTE

MA-278-1 - Cardiologue retraité démonte
votre cabine de radioscopie blindée + enlève-
ment du matériel. Se déplace dans le nord-ouest
de la France. Conditions au 02.43.81.23.23.

MA-277-1 - Vends échographe ACUSON
128XP Couleur. 4 sondes : 1 abdominale,
1 pédiatrique, 1 transcrânienne et 1 cardia-
que avec PEDOFF et REPRO SONY. Mis à neuf
en 2002. Prix à débattre. Tél. : 03.87.95.70.01.

Service petites annonces et annonces classées

Tarif sur demande

Fax :

01.45.43.08.10

E-mail :

coeur@club-internet.fr

ou contactez

Annick LE BOHEC

au

01.45.43.70.76

PETITES ANNONCES : comment faire ?



Vous êtes intéressé par
une de nos petites
annonces ?

Merci de bien vouloir :

- rédiger une lettre pour chaque annonce vous intéressant (sans oublier de la mettre sous enveloppe cachetée sur laquelle vous indiquez le numéro de référence) ;
- adresser vos réponses au « Service Petites Annonces ».

Nous ne pouvons en
aucun cas vous
communiquer l'adresse
des confrères.

*Nous serions, par
ailleurs, reconnaissants
à tous les médecins de
bien vouloir répondre
aux lettres qui leur sont
adressées, même si
l'affaire a déjà été
conclue.*

Centre de réadaptation cardiaque Léopold-Bellan Château d'Ollencourt - 60170 TRACY-LE-MONT

53 lits d'hospitalisation complète - 5 lits d'ambulatorio
totalement rénové avec plateau technique performant

recherche :

► **un cardiologue en CDI à mi-temps** motivé pour la réadaptation
pour compléter son équipe médicale (cinq cardiologues).

Présenter candidature au Directeur, Monsieur Thierry THULLIER,
ou au Docteur Mohamed GHANNEM, chef de service
Tél. : 03.44.75.50.00 - Fax : 03.44.75.50.04