n°358 – Janvier 2013

48e année de présence auprès des cardiologues

le Cardiologue

Quel exercice veulent les jeunes cardiologues ?

le Cardiologue

Notre cahier de Fmc

en pages centrales

2e partie

BEST OF des grandes études 2012

Robert Haïat
(Saint-Germain-en-Laye)

Zoom sur…

Prise en charge de la dysfonction ventriculaire gauche ischémique

Loi de Finances de la Sécurité Sociale

Les principales dispositions 2013

Génériques

10 propositions, 16 recommandations

e-santé

Bientôt une politique générale de sécurité

Un numéro spécial « Les Points forts du 24e congrès du CNCF » est joint à ce numéro

ISSN 0769-0819

La revue du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Procoralan®

Ivabradine

Insuffisance cardiaque chronique[1]

“ Traitement de l’insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II à IV avec dysfonction systolique,

chez les patients en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque est supérieure ou égale à 75 bpm,

en association au traitement standard comprenant les bêtabloquants, ou en cas de contre-indication ou d’intolérance aux bêtabloquants.”

PROCORALAN 5 mg : comprimés pelliculés sécables. **PROCORALAN 7,5 mg :** comprimés pelliculés. **Composition :** Ivabradine 5 mg ou 7,5 mg. EEN : lactose. **Indications :** Traitement de la maladie coronaire : Traitement symptomatique de l’angor stable chronique chez l’adulte coronarien en rythme sinusal. L’ivabradine est indiquée : - chez les adultes présentant une intolérance ou une contre-indication aux bêtabloquants, - ou en association aux bêtabloquants chez des patients insuffisamment contrôlés par une dose optimale de bêtabloquants, et dont la fréquence cardiaque reste supérieure à 60 bpm. Traitement de l’insuffisance cardiaque chronique : L’ivabradine est indiquée dans le traitement de l’insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II à IV avec dysfonction systolique, chez les patients en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque est supérieure ou égale à 75 bpm, en association au traitement standard comprenant les bêtabloquants ou en cas de contre-indication ou d’intolérance aux bêtabloquants. **Posologie et mode d’administration * :** Traitement de la maladie coronaire : la posologie initiale recommandée est de 5 mg d’ivabradine 2 fois/j par voie orale, une prise le matin et une le soir au cours des repas. Après 3 à 4 semaines de traitement, la poso. peut être augmentée à 7,5 mg 2 fois/j, selon réponse thérapeutique. Si la fréquence cardiaque (FC) de repos descend en dessous de 50 bpm ou si symptômes liés à la bradycardie, la dose doit être diminuée en sachant qu’une posologie de 2,5 mg 2 fois/j peut être envisagée. Le traitement doit être interrompu si la FC reste < 50 bpm ou si les symptômes liés à la bradycardie persistent. Traitement de l’insuffisance cardiaque chronique : instaurer traitement uniquement chez les insuffisants cardiaques stables. La poso. initiale recommandée est de 5 mg d’ivabradine 2 fois/j. Après 2 semaines de traitement, la poso. peut être augmentée à 7,5 mg 2 fois/j si FC de repos persiste au-dessus de 60 bpm, ou diminuée à 2,5 mg 2 fois/j si FC de repos persiste en dessous de 50 bpm ou en cas de symptômes liés à la bradycardie. Si la FC est comprise entre 50 et 60 bpm, la poso. de 5 mg 2 fois/j peut être maintenue. Si, durant le traitement, la FC de repos descend de façon persistante en dessous de 50 bpm ou en cas de symptômes liés à la bradycardie, la dose doit être diminuée à la poso. inférieure. Si la FC de repos persiste au-dessus de 60 bpm, la poso. peut être augmentée à la poso. supérieure. Le traitement doit être interrompu si la FC reste inférieure à 50 bpm ou si les symptômes liés à la bradycardie persistent. Instaurer le traitement à 2,5 mg 2 fois/j chez le sujet âgé de 75 ans et plus. Utiliser avec précaution chez l’insuffisant hépatique modéré et l’insuffisant rénal si $Cl_{créat}$ < 15 ml/min. Pas de données disponibles chez les enfants de moins de 18 ans. CTJ : 1,87 €. **Contre-indications :** Hypersensibilité connue à la substance active ou à l’un des excipients ; Fréquence cardiaque de repos < 60 bpm avant le traitement ; Choc cardiogénique ; Infarctus aigu du myocarde ; Hypotension sévère (< 90/50 mmHg) ; Insuffisance hépatique sévère ; Maladie du sinus (« sick sinus syndrome ») ; Bloc sino-auriculaire ; Insuffisance cardiaque instable ou aiguë ; Patient pacemaker-dépendant (fréquence cardiaque exclusivement imposée par le pacemaker) ; Angor instable ; Bloc auriculo-ventriculaire du 3e degré (BAV III) ; Association à des inhibiteurs puissants du cytochrome P450 3A4 tels que les antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole), les antibiotiques de la famille des macrolides (clarithromycine, érythromycine *per os*, josamycine, télithromycine), les inhibiteurs de protéases (nelfinavir, ritonavir) ou la néfazodone ; Grossesse, allaitement. **Mises en garde et précautions d’emploi * :** arythmies cardiaques ; patients avec BAV du 2e degré ; patients présentant une bradycardie ; Assoc. avec inhibiteurs calciques réduisant la FC (vérapamil/diltiazem) ; l’insuffisance cardiaque doit être stabilisée avant d’envisager un traitement avec l’ivabradine ; insuffisants cardiaques de classe NYHA IV ; AVC ; fonction visuelle ; patients hypotendus ; fibrillations auriculaires ; patients présentant un QT long congénital ou traités par des médicaments allongeant le QT ; patients hypertendus nécessitant une modification de leur traitement antihypertenseur ; contient du lactose. **Interactions * :** *Assoc. contre-indiquée :* inhibiteurs puissants du CYP3A4. *Assoc. déconseillée :* Inhibiteurs modérés du CYP3A4 : diltiazem/vérapamil ; Médicament allongeant le QT. *Assoc. nécessitant des précautions d’emploi :* diurétiques hypokaliémants (thiaziques et de l’anse) ; autres inhibiteurs modérés du CYP3A4 ; Jus de pamplemousse ; Inducteurs du CYP3A4. **Grossesse et allait. * :** Contre-indiqués. **Conduite et utilisation de machines * :** prise en compte de possibles phosphènes. **Effets indésirables * :** *Très fréquent :* Phosphènes ; *Fréquent :* Bradycardie, BAV I – allongement de l’intervalle PQ à l’ECG, extrasystoles ventriculaires, vision trouble, céphalées, sensations vertigineuses ; pression artérielle non contrôlée ; *Peu fréquent :* Hyperuricémie, éosinophilie, syncope, vertiges, palpitations, extrasystoles supraventriculaires, hypotension, dyspnée, nausées, constipation, diarrhée, angiocœdème, rash, crampes musculaires, asthénie, fatigue, élévation de la créatininémie, allongement de l’intervalle QT à l’ECG ; *Rare :* érythème, prurit, urticaire, malaise ; *Très rare :* Fibrillation auriculaire ; BAV du 2e et du 3e degré ; maladie du sinus. **Propriétés * :** ATC : C01EB17. L’ivabradine agit en réduisant uniquement la fréq. cardiaque par inhibition sélective et spécifique du courant pacemaker I_f qui contrôle la dépolarisation diastolique spontanée au niveau du nœud sinusal et régule la fréquence cardiaque. **Prescription et délivrance :** Liste I. **Procoralan 5 mg :** 34009 371 676 2 8, EU/1/05/316/003 (56 cp) : 52,36 € - 34009 567 208 1 1, EU/1/05/316/006 (100 cp, modèle hosp.). **Procoralan 7,5 mg :** 34009 371 679 1 8, EU/1/05/316/010 (56 cp) : 52,36 € - 34009 567 209 8 9, EU/1/05/316/013 (100 cp, modèle hosp.). Collect. Remb. Séc. soc 65 % dans le traitement symptomatique de l’angor stable chronique chez l’adulte coronarien en rythme sinusal présentant une intolérance ou une contre-indication aux bêtabloquants. Non remboursable à la date du 01/10/2012 : - dans le traitement de la maladie coronaire, en association aux bêtabloquants chez des patients insuffisamment contrôlés par une dose optimale de bêtabloquants, et dont la fréquence cardiaque reste supérieure à 60 bpm, - dans le traitement de l’insuffisance cardiaque chronique (demande d’admission à l’étude). **Info. méd. :** Biopharma – 35 rue de Verdun 92284 Suresnes Cedex - Tél. 01 55 72 60 00. **Titulaire/Exploitant** : Les Laboratoires Servier – 50, rue Carnot - 92284 Suresnes Cedex. **AMM du 25/10/2005, rév. 10/2012.** 13 PA 5024 FF V1.

*** Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site Internet de l’EMA.**

1. Indication non remboursable à la date du 01/10/2012 (demande d’admission à l’étude)

2 prises par jour
1 prise le matin + 1 prise le soir
cf. § posologie et mode d’administration

SI/DTC - 13 PA 06 P / 10-2012 - Visa n° 12/09/61952527/PM/011.

Le Cardiologue

Andres Rodriguez

CARDIOLOGUE 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 Christian Aviérinos
Directeur adjoint : Dr Serge Rabenou
Rédacteur en chef : Dr Christian Aviérinos
Rubrique nomenclature : Dr Vincent Guillot

EDITEUR DÉLÉGUÉ
Régifax – 32 rue de Paradis – 75010 Paris
Tél. : 01.55.77.12.70 – Fax : 01.48.24.15.05
Directeur : Renaud Samakh
Publicité : François Bondu
Coordination de la rédaction : Renaud Samakh
Directeur artistique : Pascal Wolff
Responsable de la stratégie : Alain Sebaoun
Crédits photo : Cardiologue Presse/Pascal Wolff/Fotolia/Phovoir

ABONNEMENT
Gestion des abonnements : Annick Le Bohec – SNSMCV
13, rue Niepce – 75014 Paris
Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10
Email : coeur@club-internet.fr

TARIF 2012 – 1 an, 10 numéros
France : 140 €
CEE (hors France) : 160 €
Tout autre pays : 275 €
Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de cotisation : 70 €
Prix unitaire : 20 €

Adhérent au Cessim et au SPEPS.
Mensuel réservé au corps médical
Impression : Barbou Impressions
8, rue Marcel-Dassault, Bondy
RCS Bobigny B 572 188 357
Dépôt légal : à parution
Commission partitaire : 0114 G 81182
ISNN : 0769-0819

Recommandations importantes (dépôts des manuscrits) - les articles originaux, rédigés en français, sont à adresser au rédacteur en chef de la revue : Docteur Christian Aviérinos, Le Cardiologue, 13, rue Niepce, 75014 Paris - Présentation - 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.

Christian Ziccarelli

2013 ne doit pas être une année de transition !

Permettez-moi de vous souhaitez une excellente année 2013, tant sur le plan professionnel que familial.
Celle-ci ne sera pas, à mon avis, syndicalement de tout repos. Les nouvelles mesures liées à l'avenant n°8, dont nous vous avons montré tous les dangers, seront mises en application au mois de juillet prochain. Les consultations (hors des actes techniques) seront majorées de 5 euros pour les patients au-delà de 85 ans, une somme versée trimestriellement par votre CPAM. Le nouveau contrat d'accès aux soins est d'une telle complexité que nous attendons les réponses du Comité Paritaire National sur certains points particulièrement opaques, afin de permettre à ceux qui peuvent en bénéficier de prendre les bonnes décisions.

Beaucoup d'entre vous vont prendre une retraite bien méritée, mais sans successeurs. Notre activité étant à son maximum (proche de 55 h par semaine), les délais de rendez-vous vont s'accentuer. Les pouvoirs publics, complètement inconscients de cet état de fait, ne s'intéressent qu'aux médecins généralistes. Le « burn out », qui n'est pas une spécificité des internes et des médecins généralistes, gagne du terrain. Cette situation ne peut qu'empirer. Moins de 10 % des jeunes générations s'installent en cardiologie libérale. Pourtant, combien de fois n'ai-je pas souligné dans cet édito l'importance de la cardiologie libérale de proximité !

Le secteur 1 est aux abois, les actes n'ont pas été revalorisés depuis plus de 10 ans et pour certains depuis plus de 20 ans. C'est proprement scandaleux, alors que les charges ne cessent d'augmenter. Les conditions deviennent catastrophiques. De plus en plus de cabinets licencient leurs personnels et se posent la question du renouvellement de leurs matériels. Les conséquences risquent d'être dramatiques pour la qualité de la prise en charge des patients.

Le SNSMCV exige de l'Assurance Maladie :
- une actualisation de la CCAM, et tout particulièrement une revalorisation du coût de la pratique ;
- la non-remise en cause du paiement à l'acte, la forfaitisation ne devant être qu'exceptionnelle ;
- la création d'un acte de télésuivi des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs implantables.

Le SNSMCV exige des directeurs d'ARS le respect, pour la cardiologie interventionnelle, d'une stricte équité entre le secteur libéral et le secteur public.

Chacun d'entre nous doit prendre conscience de la gravité de la situation, le Syndicat « providence » n'existe pas. Votre adhésion et votre soutien sont indispensables au succès de nos revendications.

Pascal Wolff

n°358 – Janvier 2013

Le Cardiologue

AU SOMMAIRE

6 Profession

5. Loi de Finances de la Sécurité Sociale – Les principales dispositions 2013
6. Un « pacte territoire santé » sans les spécialistes libéraux
6. Pour la protection des lanceurs d'alerte
7. Judiciarisation – La « dérive à l'américaine » reste un fantasme
7. Entretien – Cédric Gaultier : « *Le climat est moins lourd* »
8. Génériques – 10 propositions, 16 recommandations
9. e-santé – Bientôt une politique générale de sécurité

11 Fenêtre sur

Quel exercice veulent les jeunes cardiologues ?

15 Actualité en bref

16 Hôpital

DPC – La majorité des établissements a adhéré à l'ANFH

17 Nomenclature

Questions posées par des cardiologues

19 A lire

Mieux vivre avec l'apnée du sommeil

20 Les cardiologues œnophiles

Pommard 1er Cru Grand – Clos des Epenots 2003

21 Technologie

Un ECG de poche

22 Le coup de cœur du cardiologue

L'église de Boyana : Louis-François Garnier

24 Dernières nouvelles

26 Les petites annonces

Un numéro spécial « Les Points forts du 24e congrès du CNCF » est joint à ce numéro

Quel exercice veulent les jeunes cardiologues ?

Notre cahier de Fmc

en pages centrales

2e partie

BEST OF des grandes études 2012

Robert Haïat
(Saint-Germain-en-Laye)

Zoom sur…

Prise en charge de la dysfonction ventriculaire gauche ischémique

Loi de Finances de la Sécurité Sociale

Les principales dispositions 2013

La LFSS 2013 desserre l'étau imposé par le précédent Gouvernement en augmentant l'ONDAM, fixé à 2,7 % pour cette année. Insuffisant pour le Front de gauche, irréaliste pour l'opposition compte tenu de la conjoncture économique.

Adopté début décembre par l'Assemblée nationale dans sa version définitive, le PLFSS 2013 fixe un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en hausse de 2,7 %, à 175 milliards d'euros. Le Gouvernement souhaite ramener le déficit de l'Assurance Maladie à 5,1 milliards d'euros cette année contre 5,5 milliards l'année dernière. Le déficit du régime général (toutes branches confondues) s'élèverait ainsi à 11,4 milliards d'euros en 2013, contre 13,3 milliards en 2012. Le texte a été adopté par l'Assemblée nationale qui avait le dernier mot, malgré le vote négatif des parlementaires du Front de gauche, qui réclamaient de nouvelles recettes pour la Sécurité Sociale provenant de cotisations sur les entreprises et une croissance plus élevée des dépenses d'Assurance Maladie, notamment à l'hôpital. A l'inverse, l'opposition a rejeté ce texte, jugeant notamment irréaliste l'augmentation de l'ONDAM *(voir l'entretien ci-contre avec Jean-Pierre Door)*.

Au chapitre de la médecine de ville, la LFSS 2013 prévoit notamment la création de rémunérations forfaitaires pour renforcer l'exercice interprofessionnel et celle du contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG). Concernant le secteur hospitalier, la principale mesure est l'arrêt du processus de convergence des tarifs hospitaliers publics et privés.

Le Conseil constitutionnel a validé la LFSS 2013, à l'exception de sept articles et d'une dizaine de dispositions sur l'Assurance Maladie censurés.

Phovoir

La loi prévoit la création de rémunérations forfaitaires pour renforcer l'exercice interprofessionnel et celle du contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale.

Une série d'articles censurés

Parmi les articles censurés, l'article 58, qui devait généraliser la visite médicale collective à l'hôpital en mettant fin à son caractère expérimental, et ne la faire porter que sur les médicaments prescrits à l'hôpital mais délivrées en ville. Il a été considéré comme sans rapport avec la LFSS. Pour le même motif, le Conseil constitutionnel a également annulé l'expérimentation du tiers payant intégral en ville *(article 54)* qui devait concernés les étudiants et des patients suivis par des équipes de soins de proximité. Selon Marisol Touraine, ces expérimentations auraient préparé une extension ultérieure à d'autres assurés. L'article 74 a aussi été censuré, qui prévoyait la remise au Parlement d'un rapport présentant les résultats de l'audit sur le pilotage du DMP et sa gestion par l'Agence de systèmes d'information partagés de santé (Asip santé). Le Conseil constitutionnel a estimé qu'un tel rapport n'aurait pas amélioré l'information et le contrôle du Parlement sur l'application de la LFSS.

La taxe sur les boissons énergisantes n'a pas résisté non plus à la lecture des sages du Palais Royal. Ils ont jugé qu'on ne pouvait pas taxer des boissons sans alcool à des fins de lutte contre la consommation alcoolique des jeunes. En effet, ces boissons n'ont une action néfaste – en particulier chez les jeunes – que lorsqu'elles sont consommées avec de l'alcool. ■

Question à Jean-Pierre Door, député UMP du Loiret

Qu'est-ce qui a motivé le recours de députés et de sénateurs UMP au Conseil constitutionnel concernant le PLFSS 2013 ?

Jean-Pierre Door : Ce budget est insincère, basé sur des chiffres irréalistes. Le Gouvernement se fonde sur une croissance qu'il estime à 0,8 % quand tout le monde sait qu'elle ne dépassera pas 0,1 % et sera peut-être même de niveau 0. Avec un chômage à 11 %, la croissance ne sera pas au rendez-vous. Or, les dirigeants socialistes ont souhaité un ONDAM à 2,7 %, soit une augmentation de plus de 4 milliards d'euros, alors que le Gouvernement précédent avait atteint l'équilibre avec un ONDAM à 2,5 % et que la Cour des comptes proposait de le fixer à 2,4 voire 2,3 %. Ce texte n'est pas crédible car porteur de trop d'erreurs de stratégie. En outre, nous contestons les recettes prévues par ce PLFSS, c'est-à-dire une augmentation de la CSG pour les retraités et une avalanche de taxes diverses, sur les bières, le tabac et que sais-je encore.

Le Conseil constitutionnel ne nous a pas suivis, et nous ne nous attendions guère à ce qu'il le fasse, mais c'était une façon de marquer notre désapprobation.

Catherine Sanfourche

Un « pacte territoire santé » sans les spécialistes libéraux

C'est lors d'une visite à la maison de santé de Scorbé-Clairvaux (Vienne), sur les terres de Ségolène Royal, que Marisol Touraine a dévoilé son « pacte territoire santé » destiné à lutter contre les déserts médicaux. « Le pivot » en est la médecine de proximité qui, manifestement, n'inclut pas les spécialistes libéraux pour la ministre de la Santé.

Le pacte territoire santé comprend douze « engagements » articulés selon trois axes : « changer la formation des jeunes médecins », « transformer les conditions d'exercice » et « investir dans les territoires isolés ». Pour changer la formation des jeunes médecins, le pacte instaure un stage en médecine générale pour 100 % des étudiants en médecine, 1 500 bourses d'engagement de service publics d'ici à 2017, 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès cette année bénéficiant d'une garantie gouvernementale de revenus de 55 000 euros annuels pendant deux ans en contrepartie d'une installation dans une zone sous-dotée. La transformation des conditions d'exercice repose essentiellement sur le développement du travail en équipe, credo de Marisol Touraine, accompagné de rémunérations forfaitaires en plus du paiement à l'acte. Rapprocher les maisons de santé des universités permettrait, selon la ministre, de favoriser un vivier de terrains de stages, mais aussi de recherche et d'enseignement pour « *accompagner l'essor de la filière universitaire* » de médecine générale. Autres voies pour changer les conditions d'exercice, la télémédecine et les transferts de compétences. Surtout pratiquée entre des hôpitaux jusqu'à présent, la première doit se diffuser en médecine ambulatoire et fera l'objet d'une expérimentation qui concernera la filière dermatologie. Une autre expérimentation concernera les transferts de compétence sur la filière ophtalmologie.

Garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

Le chapitre « investir dans les territoires isolés » reprend un des engagements du candidat François Hollande : garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur tout le territoire d'ici à 2015. Il est aussi prévu de permettre aux professionnels salariés et hospitaliers d'exercer une partie de leur temps dans des zones démédicalisées en appui des structures ambulatoires, de favoriser la coopération des hôpitaux de proximité avec la médecine de ville et de conforter le rôle des centres de santé dans l'offre de soins.

Comme on le voit, excepté la dermatologie et l'ophtalmologie, les autres spécialités sont les grandes oubliées du pacte santé territoire. L'UMESPE le déplore qui « *note avec regret* » que Marisol Touraine « *oublie totalement le rôle de la médecine spécialisée de proximité, la nécessité de créer des structures de regroupements pour les médecins spécialistes, notamment pour les spécialités cliniques, car la médecine générale ne peut être accompagnée sans possibilité de recours à des médecins consultants qui sont, le plus souvent, des spécialistes libéraux plus disponibles et plus accessibles que les structures hospitalières spécialisées* ». ■

Pour la protection des lanceurs d'alerte

« *Le premier qui dit la vérité, il doit être exécuté* », dit la chanson. Sans aller jusque là, on sait que dans le domaine de la santé ou de l'environnement certains « lanceurs d'alerte » ont été au mieux pas entendus, au pire pénalisés, lourdement parfois. Les premiers lanceurs d'alerte sur les méfaits de l'amiante en savent quelque chose… Au regard de la santé publique, on ne sait d'ailleurs ce qui est le pire.

C'est dans le souci de protéger ces personnes que le Sénat a adopté, par 173 voix contre 167, un cadre protecteur pour les lanceurs d'alerte. Cette disposition s'inscrit dans une proposition de loi « *relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte* » présentée à l'initiative de Marie-Christine Blandin, sénatrice écologiste du Nord. Le lancer d'alerte est défini comme « *toute personne physique ou morale qui rend publique ou diffuse de bonne foi une information concernant un fait, une donnée ou une action, dès lors que la méconnaissance de ce fait, de cette donnée ou de cette action lui paraît dangereuse pour la santé publique ou pour l'environnement* ». Pour bénéficier de cette protection, le lanceur d'alerte devrait toutefois « *respecter une obligation de confidentialité* » et « *s'abstenir de toute imputation diffamatoire ou injurieuse* ». Dans les entreprises, tout salarié pourrait ainsi alerter son employeur « *s'il estime de bonne foi que les produits ou procédés de fabrication mis en œuvre par l'établissement font peser un risque sur la santé ou l'environnement* ».

Les Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) auraient également ce droit d'alerte et se verraient doter de pouvoirs d'enquête ; ils pourraient ainsi missionner un experts – payé par l'entreprise. En l'absence de CHSCT, ce sont les délégués du personnel qui pourraient être saisis (pour les entreprises de 11 à 50 salariés). Dans les entreprises de moins de 11 salariés, un salarié pourrait saisir le directeur de l'ARS pour un problème touchant la santé et le préfet pour une question d'environnement. Les lanceurs d'alerte auraient le statut de salarié protégé les mettant à l'abri d'une procédure de licenciement ou de toute autre mesure discriminatoire touchant à sa rémunération, son affectation ou sa promotion professionnelle.

Le débat parlementaire sur cette proposition de loi devrait se poursuivre prochainement à l'Assemblée nationale à l'occasion d'une séance dédiée aux textes écologistes. ■

Judiciarisation

La « dérive à l'américaine » reste un fantasme

Une étude de l'Institut droit et santé de l'université Paris-Descartes (*) confirme l'impact de la loi relative aux droits des malades de 2002, dite loi Kouchner, sur la fin de la progression du contentieux et la montée en puissance des procédures amiables pour régler les litiges.

En dix ans, la distribution des litiges entre contentieux et voie amiable via les Commission Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) s'est inversée, passant respectivement de 86 % et 14 % en 2003 à 46 % et 54 % en 2009. Cette étude, qui couvre la période 1999-2009, montre qu'entre 2000 et 2006, le taux de requêtes contentieuses a atteint 23 pour 100 000 admissions en établissements publics ou privés, soit, rapporté au nombre d'actes, un taux de 6 requêtes pour 1 million d'actes. Au total, 6 décisions étaient rendues pour 100 000 admissions. Si le nombre des condamnations devant les tribunaux judiciaires et administratifs est passé de 646 à 1 129 (+ 75 %) entre 1999 et 2003, il s'est stabilisé entre 2004 et 2009 (1 128 contre 1 114) par rapport à l'activité médicale. Dans le même temps, le nombre de plaintes déposées au pénal par les médecins sociétaires du Sou médical-Groupe MACSF s'est effondré, passant de 249 en 1999 à 108 en 2009, soit un taux de plaintes passé en dix ans de 2 pour 1 000 à 0,9 pour 1 000. De toute évidence, on est loin de la judiciarisation de la médecine et de la « dérive à l'américaine » annoncée, mais démentie par les chiffres. ■

(*) Codirigé par le conseiller d'Etat Didier Tabuteau et le Pr Anne Laude, professeur à Paris-Descartes.

Entretien

Cédric Gaultier : « *Le climat est moins lourd* »

Cardiologue et médecin-conseil au Sou Médical-MACSF, Cédric Gaultier souligne le lien existant entre la sinistralité d'une spécialité et la qualité de sa gestion des risques.

Il semble que la loi Kouchner a donné un coup d'arrêt à la montée du contentieux. Confirmez-vous cette tendance ?

Cédric Gaultier : Les mises en cause de médecins ne sont pas moins nombreuses, mais depuis 2002, les patients s'orientent préférentiellement vers les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (environ 28 % des réclamations en 2010), plutôt que les tribunaux civils (environ 20 %). Incontestablement, le climat est moins lourd, parce que l'instruction ne se fait pas devant un tribunal, mais la recherche de responsabilité reste la même. Soit l'aléa est reconnu et la victime est indemnisée par l'Oniam, soit il y a faute et alors, la CRCI invite l'assureur du praticien à proposer une indemnisation. C'est en cas de désaccord des parties que l'affaire sera portée devant les tribunaux. L'année dernière, sur l'ensemble des mises en cause de médecins, la faute a été retenue dans moins de 20 % des cas environ devant les CRCI. Cependant, il n'est pas rare que les patients saisissent à la fois la CRCI et les tribunaux, se réservant le droit de choisir, au final, la décision qui leur sera la plus favorable.

Vous dites que les mises en cause de médecins ne sont pas moins nombreuses, mais elles n'augmentent pas non plus ?

C. G. : Il est vrai que le nombre de dossiers mettant en cause des médecins stagne. Parmi les cardiologues, 2 à 4 % sont mis en cause par des patients chaque année sous diverses formes, et on observe une augmentation des procédures se déroulant devant les CRCI.

Puisque le nombre des mises en cause de praticiens reste stable et est résolu à l'amiable la plupart du temps, comment expliquer la hausse constante des primes d'assurance régulièrement dénoncées par les professionnels de santé ?

C. G. : On passe moins par le tribunal depuis 2002 et la majorité des cas trouvent leur issue devant les CRCI, certes, mais il y a toujours des fautes avérées et les assureurs doivent toujours indemniser… Par ailleurs, il y a eu un élargissement des différents postes de préjudices, très détaillés aujourd'hui (nomenclature Dintilhac) : pourcentage d'invalidité, période d'invalidité, recours à une tierce personne nécessaire dans certains cas, etc. Les postes de préjudices sont passés d'une dizaine à près de vingt, et ils sont plus souvent revendiqués par des plaignants qui ont aujourd'hui recours à des conseils plus spécialisés. Par ailleurs, les tribunaux sont de plus en plus sévères à l'encontre des médecins ; ils concluent moins souvent à l'aléa et de plus en plus souvent à la « maladresse », c'est-à-dire à la faute. C'est une tendance actuelle des tribunaux. Le résultat est que pour un niveau stable de réclamations, le coût de chaque dossier pour les assureurs s'alourdit. Bien entendu, cela est variable selon les spécialités, car certaines voient leurs primes augmenter, alors que d'autres vont diminuer selon leur sinistralité. Il est remarquable que les anesthésistes, qui ont beaucoup remis en cause leurs pratiques et beaucoup travaillé la gestion des risques, enregistrent aujourd'hui moins d'accidents par un meilleur contrôle de leurs process, et ont ainsi vu baisser leur sinistralité et la fréquence de leurs condamnations. Cela a également été observé en cardiologie interventionnelle. Il faut souligner l'importance des protocoles de soins, des protocoles d'équipes, de la lutte contre les infections nosocomiales. Et de l'information du patient, essentielle. A ce sujet, on peut rappeler aux cardiologues que la Société Française de Cardiologie a élaboré des documents sur l'information des patients très bien faits et disponibles sur son site, permettant de compléter l'information qu'ils doivent donner oralement. ■

Catherine Sanfourche

Génériques

10 propositions, 16 recommandations

Pour dynamiser le marché des génériques et restaurer la confiance déclinantes des usagers dans ces produits, l'IGAS et la Mutualité française émettent leurs recommandations.

Le renforcement de la politique tiers payant contre génériques acté par l'accord entre les pharmaciens et l'Assurance Maladie en mai 2012 a porté ses fruits : alors qu'on constatait un essoufflement de ce marché depuis 2008 et un recul de 3 % en volume en 2011, le taux moyen national de substitution a bondi à 83,9 % au 26 décembre dernier, contre 71 % en début de 2012, permettant une économie supplémentaire de 200 millions d'euros. Cette embellie ne doit pourtant pas cacher les réels problèmes rencontrés dans le développement des génériques en France et le déficit de confiance de la population.

Les Français moins convaincus qu'auparavant sur les génériques

Un sondage réalisé par IFOP Santé en décembre dernier montre que la défiance des Français à l'égard des génériques a perdu 5 points : s'ils étaient 62 % en 2011 à accepter systématiquement la substitution, ils ne sont plus de 57 % actuellement. Leur certitude quant à l'efficacité de ces produits s'est elle aussi érodée : 72 % la jugent similaire aujourd'hui à celle des médicaments princeps contre 77 % en 2011. Quant à la perception de la sécurité des génériques, elle perd dix points, 61 % des Français se disant convaincus qu'ils sont « *aussi sûrs* » que les produits d'origine alors qu'ils étaient 71 % un an auparavant. Les Français ont lu et entendu les critiques formulées à l'encontre des génériques, concernant en particulier l'origine lointaine des matières premières employées et leur fabrication. On estime aujourd'hui que 80 % des principes actifs des génériques sont élaborés en Chine et en Inde, contre 50 % pour les princeps, et l'on sait que les centaines de sites de fabrication de ces pays lointains sont peu contrôlés : en 2011, la Direction européenne de la qualité du médicament a mené 18 inspections en Asie qui ont abouti à la suspension d'autorisation de 29 sites.

Une économie de près de dix milliards

Avant le redressement de la fin 2012, l'on s'était donc penché sur les moyens d'enrayer la baisse de ce marché, d'autant que l'enjeu financier n'est pas négligeable. Dans son rapport sur la question rendu public avant Noël, l'IGAS indique ainsi que depuis 2002, les génériques ont permis à l'Assurance Maladie de réaliser près de 10 milliards d'euros d'économies, dont 7 milliards pour le seul régime général. Pour faciliter la croissance du marché des génériques, l'IGAS formule seize recommandations. Elle recommande notamment de diminuer encore de 10 % le prix des génériques par rapport aux médicaments princeps. Pour éviter les stratégies de « contournement », l'IGAS demande de rappeler aux instances compétentes – Commission de transparence et Comité économique des produits de santé – que « *les médicaments n'apportant pas d'amélioration du SMR ne peuvent être remboursés qu'au niveau d'un tarif correspondant à celui du médicament générique dont l'effet thérapeutique est équivalent, y compris dans le cas de fausses innovations (me too)* ». Pour regagner la confiance déficiente des usagers, les auteurs du rapport recommandent l'inscription sur les conditionnements du lieu de fabrication et de conditionnement, avançant même l'idée d'un « label qualité » figurant sur les boîtes. Pour « booster » la prescription de génériques par les médecins, l'IGAS préconise l'instauration d'un système de bonus-malus, avec pénalités financières dans le cas d'une faible prescription de génériques et au contraire une valorisation de la rémunération pour des objectifs atteints, dans le cadre d'une rémunération à performance étendue à toutes les spécialités. Dans ces dix propositions pour « *restaurer la confiance dans le générique* », la Mutualité française préconise elle aussi de « *mobiliser les médecins comme acteurs majeurs de la politique des génériques* », d'une part en renforçant l'enseignement des étudiants en pharmacologie, notamment sur la question de la bioéquivalence, et par une sensibilisation à la prescription en DCI, laquelle devrait d'ailleurs faire l'objet d'une incitation spécifique dans le dispositif du paiement à la performance. La Mutualité suggère aussi la création, au sein de l'ANSM, d'un « *observatoire des médicaments génériques pour mieux identifier les transferts de prescription et déceler les stratégies de contournement* ». Enfin, elle réclame à l'ANSM et à la CNAM « *une campagne multipartenariale et pluriannuelle* » pour restaurer la confiance du grand public dans les génériques, à laquelle elle souhaite s'associer, bien sûr. ■

L'ANSM elle aussi au rapport

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a publié à la mi-décembre un rapport qui fait le point sur les génériques. Elle détaille notamment son activité d'inspection des activités de fabrication. Elle rappelle que ses inspecteurs procèdent chaque année à environ 300 inspections de fabricants et d'exploitants de médicaments, et à quelque 85 inspections de fabricants de substances actives, dont les trois quarts en France et un quart à l'étranger. L'ANSM souligne que la mondialisation de la fabrication ne concerne pas les seuls génériques, mais l'ensemble des médicaments. Elle reconnaît que la dispersion des opérateurs de facilite pas les contrôles. L'ANSM souligne cependant que le programme d'inspection coordonné des fabricants de substances actives lancé en 2008 et associant l'Europe (EMA), l'Australie et l'Amérique (FDA) a permis d'inspecter environ 1 000 sites. Ces inspections ont certes montré « une certaine disparité » entre l'Europe et des pays comme la Chine ou l'Inde, mais, indique l'ANSM, elles permettent de « dresser un constat satisfaisant » concernant la sécurité des médicaments.

e-santé

Bientôt une politique générale de sécurité

C'est en octobre 2011 que le directeur général de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP santé), Jean-Yves Robin, s'est vu chargé par la secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales, Emmanuelle Wargon, d'élaborer pour 2013 la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information (PGSSI) dans le domaine de la santé.

La finalité est de « *créer un espace numérique de confiance favorable à la dématérialisation, au partage et à l'échange de données de santé* ». L'enjeu est de taille car, comme le souligne l'ASIP santé, cette politique de sécurité « *conditionne l'adhésion des professionnels de santé aux nouvelles pratiques liées à l'informatisation* » et elle conditionne également « *la confiance du patient dans les nouveaux usages de l'informatique* ».

Les trois objectifs de l'ASIP

Dans ses travaux pour élaborer la PGSSI, l'ASIP santé poursuit trois objectifs : « *fonder une doctrine de sécurité pérenne adaptée au secteur de la santé* », « *faciliter la prise en compte des obligations et des contraintes de sécurité* » pour chacun des acteurs par la mise en place de référentiels, et permettre aux industriels de valoriser leurs offres jugées conformes à ces exigences. Les représentants des professionnels, des patients et des industriels de l'informatique de santé ont été consultés tout au long de l'année dernière et l'ensemble des composants de cette politique générale de sécurité sera disponible cette année.

La PGSSI se fonde sur un document quasiment finalisé et intitulé « Principes fondateurs ». En ligne sur le site de l'ASIP santé, ce document pourra encore faire l'objet de commentaires jusqu'au 1er février prochain, mais sa rédaction actuelle connaîtra sans doute peu de modifications. Il fixe les grandes orientations en matière de sécurité des Systèmes d'Information de Santé (SIS). Il établit les exigences de sécurité pérennes pour les SI de Santé et les principes pour leur mise en œuvre. Ces exigences sont susceptibles d'être à la fois applicables aux responsables de ces SIS, mais également aux offreurs de solutions.

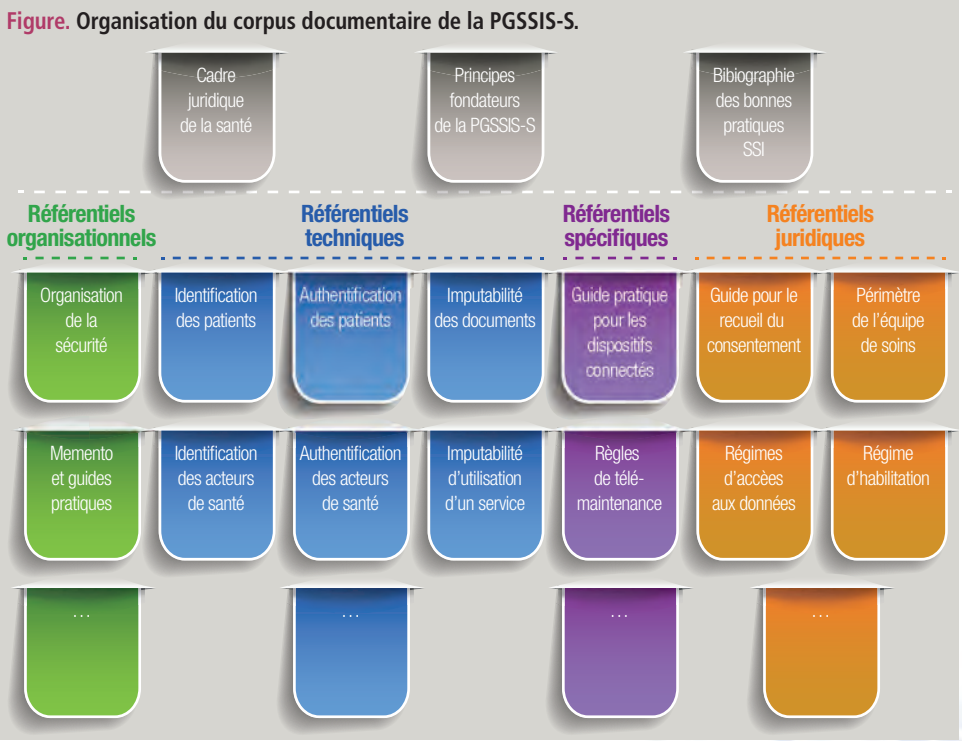
Le *schéma ci-dessous* illustre l'architecture de la PGSSI. Elle s'articule avec la politique ministérielle de sécurité des systèmes d'information qui fixe les orientations qui doivent être déclinées par chaque direction, agence et organisme sous tutelle de l'Etat . Elle s'articule aussi avec le référentiel général de sécurité, qui couvre les échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives.

Ce référentiel est la clé de voûte de la PGSSI, déclinée au sein de référentiels thématiques de sécurité organisés selon leur type et cible d'application :

- les référentiels organisationnels définissent l'organisation de la sécurité et exposent les bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé ;
- les référentiels techniques (authentification des patients, authentification de professionnels de santé, imputabilité des documents, etc.) sont destinés aux industriels, à la maîtrise d'ouvrage assurée par la Délégation à la Stratégie de Systèmes d'Information de Santé (DSSIS) et à la maîtrise d'œuvre (l'ASIP santé) ;
- les référentiels spécifiques (guide pratique pour les dispositifs connectés, règles de télémaintenance…) sont destinés aux responsables de traitement ;
- les référentiels juridiques concernent tous les utilisateurs de système d'information de santé et sont des guides d'application de la réglementation en vigueur dans des situations d'exercice particulières.

La politique générale de sécurité des systèmes d'information finalisée est attendue au cours de cette année. ■

Figure. Organisation du corpus documentaire de la PGSSIS-S.



UFCV
Union nationale de Formation et d'évaluation en médecine CardioVasculaire

L'UFCV à la pointe de l'innovation

Sessions de formation 2013

L'UFCV vous propose des sessions de DPC (Développement Professionnel Continu).

DPC (Développement Professionnel Continu)

Dates parisiennes à retenir - Hôtel Crowne Plaza Paris République

Vendredi 22 et samedi 23 mars
Vendredi 31 mai et samedi 1er juin
Vendredi 13 et samedi 14 décembre

Thèmes proposés sur une journée	Spécialités pouvant y participer
Bon usage de la réadaptation cardiaque chez le patient cardiaque	Pathologie cardiovasculaire
Bon usage de l'implantation percutanée de bioprothèse aortique sur rétrécissement aortique calcifié (TAVI)	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge de la bicuspidie aortique	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge de la cardiomyopathie dilatée	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge de la cardiomyopathie hypertrophique	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge des complications cardiovasculaires des chimiothérapies	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge des syncopes	Neurologie ; pathologie cardiovasculaire
Prise en charge d'une hyponatrémie en pathologie cardiovasculaire	Pathologie cardiovasculaire
Prise en charge nutritionnelle du patient cardiaque	Endocrinologie et métabolismes ; pathologie cardiovasculaire
Traitement non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque terminale : transplantation cardiaque et assistance circulatoire	Pathologie cardiovasculaire

Les dates des sessions vous sont communiquées sur le site de l'UFCV
Tél.: 01.45.42.74.19
email : unfcv@wanadoo.fr (pour toute demande d'informations).

www.ufcv.org

Catherine Sanfourche

Quel exercice veulent les jeunes cardiologues ?

En ce début d'année et après les mouvements de contestation de la fin 2012 qui ont vu défiler dans la rue les étudiants en médecine et les jeunes praticiens aux côtés de leurs aînés, *Le Cardiologue* fait le point sur les desiderata des jeunes cardiologues.

Daloprod

Une disparition progressive de la cardiologie de ville inquiétante

Comment les aspirants cardiologues envisagent-ils leur futur exercice ? Globalement, la réponse à la question se trouve dans la dernière étude démographique du Conseil national de l'Ordre des médecins. la spécialité de cardiologie et maladies cardiovasculaires compte aujourd'hui, en France métropolitaine, 5 870 praticiens en activité régulière, dont 23 % sont des femmes. Globalement, 45,5 % des cardiologues exercent en libéral, 30,1 % sont salariés et 24,5 % ont une activité mixte. Mais si l'on examine la situation chez les jeunes cardiologues, les chiffres sont bien différents. L'atlas démographique 2012 de l'Ordre montre en effet que sur l'ensemble des jeunes médecins nouvellement inscrits au tableau ordinal, seuls 9,5 % ont choisi l'exercice libéral, plus des deux tiers (68,8 %) ayant opté pour le salariat. Ils sont peu nombreux à avoir un exercice mixte (1,2 %) et 20,5 % sont remplaçants. Mais la proportion des jeunes spécialistes de cardiologie et maladies vasculaires optant pour le libéral est encore plus faible : 4,23 % seulement l'ont choisi, encore moins que l'année précédente (4,7 %). Dans leur immense majorité (84,66 %), les jeunes cardiologues choisissent le statut de salarié et un peu plus de 1 % d'entre eux ont un exercice mixte.

Pour la profession et la population, cette disparition progressive de la cardiologie de ville est inquiétante : on imagine mal demain l'ensemble des pathologies cardiaques suivies dans les établissements hospitaliers. Pour tenter d'attirer les futurs praticiens vers la cardiologie de ville mal connue des internes, plusieurs université du Grand Ouest ont initié le « séjour de sensibilisation » en cabinet libéral. Les premiers résultats sont prometteurs : les candidats au séjour ont découvert une pratique plus intéressante que ce qu'ils pensaient *(voir notre entretien avec Jean-Claude Daubert page 13)*. Que les cardiologues aspirant à la retraite ne se réjouissent pas trop vite, cela ne signifie pas qu'ils trouveront facilement une relève. Surtout s'ils exercent seuls. Car une chose est sûre : les jeunes médecins en général et les jeunes cardiologues en particulier, s'ils sont tentés par la pratique de ville ne la conçoivent en solitaire, comme leurs aînés, mais en groupe. A cet égard, les pouvoirs publics seraient avisés dans leur ardeur à promouvoir l'exercice regroupé de ne pas tout focaliser sur la médecine générale, mais de considérer qu'il est tout aussi important que la population puisse continuer de consulter en ville un certain nombre de spécialistes cliniques, en particulier des cardiologues. Enfin, on peut aussi légitimement penser que si la recherche et l'enseignement sortaient du monopole hospitalier et impliquaient les libéraux, l'attraction hospitalo-universitaire serait moins forte pour les jeunes médecins, ce qui permettrait un rééquilibrage bienvenu entre la ville et l'hôpital. ■

Clinique, recherche, enseignement : les trois atouts (attractifs) de l'hôpital

Catherine Szymanski est chef de clinique à l'hôpital d'Amiens. Elle a été présidente du Groupe des cardiologues en formation de la SFC (*). Sans nier les attraits de l'exercice libéral, elle souhaite pourtant travailler en CHU afin de pouvoir mener la triple activité de clinicienne, de chercheuse et d'enseignante.

Après un externat à Lille, c'est à Amiens que Catherine Szymanski (33 ans) a effectué ses quatre années d'internat de cardiologie. C'est au cours de son internat que son goût et sa motivation pour la recherche l'ont conduite un an à Paris, un an à Boston, aux Etats-Unis, et un an à Liège, en Belgique. Elle est actuellement chef de clinique à l'hôpital d'Amiens. « J'ai fait un master et une thèse de science pendant mon internat; et actuellement, je considère que la recherche et l'enseignement sont aussi indispensables que la clinique pour moi et je souhaiterais vivement pouvoir travailler plus tard en CHU pour continuer cette triple activité ; néanmoins, je reste bien consciente que les places sont rares dans les hôpitaux universitaires ». Par rapport aux générations précédentes, le changement essentiel intervenu lui semble être la féminisation de la profession médicale. Une féminisation qui n'est pas neutre, puisque pour la grande majorité des femmes médecins, le fait d'être femme détermine grandement le choix d'une carrière. « On peut choisir l'hôpital et éventuellement la possibilité d'y travailler à temps partiel ou l'exercice libéral avec une certaine liberté d'organiser son temps en fonction de sa vie familiale. » Une chose est certaine, Catherine Szymanski, comme aujourd'hui beaucoup de ses jeunes confrères, ne se voit pas s'installer seule en cabinet de ville. Elle reconnaît que « l'exercice libéral en cabinet de ville nécessite une très grande disponibilité. Aujourd'hui, les jeunes médecins, tout en étant très investis dans leur métier, ne veulent pas y consacrer toute leur vie, comme leurs aînés. Quand on interroge les internes, ceux-ci veulent soit rester à l'hôpital, soit ils ne savent pas quelle voie choisir. Mais quasiment aucun ne cite spontanément l'exercice libéral en cabinet de ville comme la voie à privilégier. On a un peu l'impression, à écouter les opinions de différents internes, que cela serait un choix par défaut, au cas où cela ne marcherait pas à l'hôpital ou en clinique. Outre l'impossibilité lorsqu'on exerce seul d'avoir à sa disposition les plateaux techniques adéquats pour des raisons financières, l'exercice solitaire fait un peu peur. On voit d'ailleurs bien aujourd'hui la difficulté des praticiens qui ont exercé seuls, à trouver un successeur lorsqu'ils prennent leur retraite. L'exercice en groupe ou en clinique, de manière collective et pluridisciplinaire offre un « confort » indéniable tant du point de vue financier que du point de vue de l'exercice médical. Exercer seul en cabinet de ville dissuade beaucoup d'entre nous à s'orienter vers un exercice et une prise de décision solitaire, sans la possibilité d'échanger avec des confrères. Au niveau technique, la pratique en cabinet reste aussi relativement limitée. Compte tenu de la lourdeur des investissements, en général, dans un cabinet de ville, on se limite souvent à l'ECG et à l'échographie cardiaque. Un cardiologue de CHU ou des structures privées de grande envergure avec des plateaux techniques conséquents va être compétent dans un domaine particulier et de hauts niveaux : l'échocardiographie, la rythmologie, la coronarographie, la cardiologie congénitale et pédiatrique. En cabinet, l'activité est plus souvent globale avec la nécessité d'adresser les patients aux correspondants hospitaliers dès qu'on se trouve un peu limité. Certes, l'exercice libéral donne une certaine liberté puisqu'on demeure son propre « patron », mais les contraintes ne sont pas négligeables tant financières (notamment les charges qui en découlent) que du point de vue de l'exercice médical.» ■

(*) Créé en octobre 2007 par la Société Française de Cardiologie, le groupe des cardiologues en formation (GCF) a pour principal objectif de promouvoir des activités scientifiques et des actions pédagogiques directement menées par ses membres. Tous les internes du DES de cardiologie et maladies vasculaires, chefs de clinique et assistants de cardiologie peuvent en être membres. L'inscription se fait directement en ligne sur le site de la SFC.

Les cardiologues aujourd'hui…

Figure 1. Les effectifs de 2007 à 2017. *En milliers*

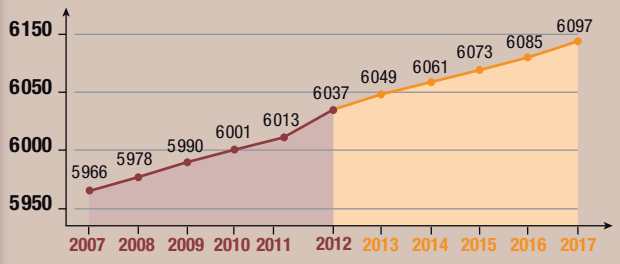


Tableau. Comparatif par spécialités. *En pourcentage*

Spécialités	Libéral	Mixte	Salarié	Remplaçant
Cardiologie et maladies vasculaires	4,23	1,06	84,66	10,05
Médecine générale	19,16	2,09	37,85	40,91
ORL	4,88	0,00	85,37	9,76
Radiodiagnostic et imagerie médicale	2,42	0,48	88,41	8,70

Jean-Claude Daubert

« Des internes bretons sensibles à la cardiologie de ville »

Une première expérience de sensibilisation des internes de cardiologie à l'exercice en cabinet libéral a démarré au début de 2012 dans deux villes du Grand Ouest, Rennes et Nantes, et débutera cette année à Poitiers. Cardiologue au CHU de Rennes et président du Collège national des enseignants de cardiologie, Jean-Claude Daubert en est l'un des initiateurs et dresse un premier bilan de cette intitiative.

Pouvez-vous rappeler dans quel contexte a été décidé cette initiative et en quoi elle consiste ?

Jean-Claude Daubert : La cardiologie de cabinet a du mal à recruter. Les jeunes n'en ont pas une vision très positive. Contrairement à leurs aînés, qui effectuaient de nombreux remplacements, ils remplacent de moins en moins, n'étant d'ailleurs autorisés à le faire qu'en 3e année d'internat. De ce fait, ils connaissent mal cet exercice de la cardiologie. Le constat est déjà ancien et l'idée de pallier cette méconnaissance par des « séjours de sensibilisation » remonte à deux ans maintenant. Si les présidents du syndicat, Christian Aviérinos et Jean-François Thébaut, y ont été d'emblée favorables, elle a mis un peu plus de temps à s'imposer à leur conseil d'administration. Aujourd'hui, l'ensemble du syndicat est très demandeur.

Il s'agit de proposer aux internes d'effectuer un séjour de trois à cinq jours à temps plein dans un même cabinet – pas en clinique – et si possible sous la responsabilité d'un même cardiologue. Ils doivent être inscrits en DES de cardiologie, ce qui se fait en fin de 2e année. Ce séjour s'effectue en 3e année – au cours du 5e ou du 6e semestre – plutôt qu'en 4e, parce qu'il importe que cette rencontre avec la cardiologie de ville se fasse le plus tôt possible. Les cardiologues qui les accueillent le font volontairement. En Bretagne, une quinzaine se sont portés volontaires et ils sont une douzaine en Pays de Loire. Une convention est passée entre le directeur du CHU, le doyen de la faculté, le cardiologue libéral et l'interne. Le séjour est suivi d'un rapport rédigé par le cardiologue « accueillant » ainsi que d'un rapport de l'étudiant. Je précise qu'il ne s'agit en aucun cas d'un stage, mais bien d'un séjour de sensibilisation en cabinet libéral. Ce n'est pas un remplacement non plus, même si ce séjour peut ouvrir à cela ultérieurement.

Quel est le résultat de ce début d'expérience ?

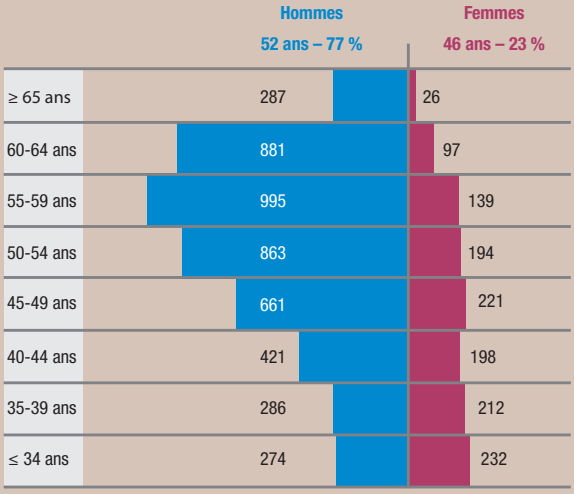
J-C. D. : Très encourageant ! A Rennes, les cinq internes du DES ont été volontaires pour le séjour de sensibilisation, et à

Andres Rodriguez

Les jeunes cardiologues, s'ils sont tentés par la pratique de ville, ne la conçoivent en solitaire mais en groupe.

… et demain

Figure 2. La pyramide des âges.



Source : Atlas de la démographies médicale en France au 1er janvier 2012, CNOM.

Nantes, quatre sur cinq étudiants concernés. Contrairement à ce qu'on pouvait penser, nos internes ne se sont pas précipités dans les grandes villes : en Bretagne, deux seulement ont effectué leur séjour à Rennes, tous les autres ont choisi de le faire dans des petites villes comme Auray ou Lorient. Les rapports des étudiants au coordonnateur sont extrêmement positifs, ils disent avoir vécu ce séjour comme une ouverture et la découverte d'une activité qu'ils jugent plus intéressante que ce qu'ils pensaient au départ, et pas seulement concernant la clinique, mais aussi l'organisation du cabinet libéral. Le bilan pour les internes est donc très positif. Croisés avec les rapports transmis par les cardiologues au président du syndicat régional –très positifs eux aussi- permet de conclure à la satisfaction de tous pour l'apport de cette expérience.

Cela est de bon augure pour la généralisation du séjour de sensibilisation. Est-elle à l'ordre du jour ?

J-C. D. : Le concept a été introduit dans le règlement intérieur national du DES, et c'est important. Il ne s'agit pas d'une obligation, mais d'une recommandation très forte. On ne peut pas l'imposer, il faut une volonté partagée de le mettre en œuvre. Mais aujourd'hui, tout le monde en est informé et je pense que cela va se diffuser petit à petit. Dans le Grand Ouest, après Poitiers, Brest, Angers et Tours devraient suivre, et dans l'Est, Nancy pense le mettre en place cette année. Par ailleurs, en Bretagne, d'autres spécialités l'envisagent, notamment la pneumologie et la pédiatrie. Je crois que l'expérience aura le soutien des ARS, très preneuses de ce genre de coopération entre la ville et l'hôpital. ■

Coralie Lecoq *« Il ne faut pas passer à côté de sa vie »*

Coralie Lecoq, 25 ans, interne de 2e année de cardiologie à Tours, compte s'installer en libéral, mais en groupe et en gardant un pied à l'hôpital pour ce qui lui semble être l'équilibre idéal.

Comment envisagez-vous votre futur mode d'exercice, à l'hôpital ou en ville, en libéral ?

Coralie Lecoq : Je souhaite plutôt exercer en libéral, dans mon pays d'origine, à Marseille ou du moins dans la région PACA. Pour moi, c'est un choix de vie. En effet, j'ai des activités en dehors de la médecine – je pratique le sport de façon intensive- qui sont assez incompatibles avec l'hôpital. En libéral, j'aurai davantage la possibilité de gérer mon temps, mes horaires. L'hôpital est en sous-effectif, le résultat est que les heures travaillées hebdomadaires ont augmenté pour atteindre un niveau aberrant. Il ne faut pas passer à côté de sa vie ! Certains peuvent choisissent sans doute la carrière hospitalière pour la sécurité qu'elle représente ? Pour moi en fait, l'idéal serait d'avoir une activité mixte. Je souhaiterais exercer en cabinet de ville et garder une activité à l'hôpital public pour avoir accès aux plateaux techniques et ne pas être déconnectée de ce milieu. Je ne souhaite pas exercer en clinique privée, car ces établissements me semblent trop souvent avoir comme objectif de faire du chiffre.

En ville, opterez-vous pour l'exercice solo ou en groupe ?

C. L. : Je n'imagine pas d'exercer seule ! Je souhaite exercer au sein d'un groupe, soit un groupe de plusieurs cardiologues, soit un groupe pluridisciplinaire. Les deux sont sans doute intéressants, mais il me semble que la pluridisciplinarité est une bonne chose pour les patients et permet de ne pas rester entre spécialistes d'une même discipline. Les médecins entre eux ont tendance à ne parler que de médecine, et les cardiologues entre eux ne parlent que de cardiologie ! Moi, je veux être un bon cardiologue, mais ne pas perdre de vue les autres aspects médicaux. Je ne veux pas devenir la technicienne d'un seul organe car il me semble que l'on n'est plus vraiment un médecin dans ce cas. Pour moi, l'idéale serait la synthèse entre la cardiologie de ville, plus généraliste, et la cardiologie hospitalière, plus technique.

En quoi votre génération vous paraît-elle différente des précédentes dans la façon d'appréhender la profession ?

C. L. : Ils ont en général consacré leur vie à leur spécialité et ils sont souvent passé à côté de choses essentielles, leur vie privée, leur famille. Pour moi, il n'en est pas question. Ma mère est magistrat, et elle a réussi à concilier une vie professionnelle pourtant très prenante avec sa vie de famille, et j'avoue qu'elle est un modèle pour moi.

En quel secteur pensez-vous vous installer ? Que vous inspire le débat sur les dépassements d'honoraires ? Suivez-vous l'actualité professionnelle et pensez-vous vous engager syndicalement dans le futur ?

C. L. : Je compte m'installer en secteur 2. Les abus de dépassements ne concernent en fait qu'une minorité de médecins. Je trouve le prix de la consultation chez un spécialiste qui a fait dix ans d'études plutôt dérisoire, comparé aux 50 euros ou plus que les gens acceptent de payer chez le coiffeur. Cela m'énerve beaucoup ! Comme m'énerve beaucoup de constater que les gens sont capables de faire des kilomètres pour aller faire les soldes, mais rechignent à en faire moins pour aller consulter un médecin. Je m'intéresse à l'actualité professionnelle et je serai sûrement syndiquée lorsque j'exercerai. A cet égard encore, je suivrai les conseils maternels ! ■

Les laboratoires, uniques financeurs du DPC en 2913

C'est lors de l'installation officielle de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) en fin d'année que les syndicats de médecins libéraux ont découvert que les fonds de la convention dévolus jusqu'à présent à la Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC) ne financeraient pas le DPC, mais disparaissaient purement et simplement. Et c'est ainsi que l'enveloppe dévolue au DPC en 2013 s'élèvera à 83 millions seulement ! La colère est grande chez les syndicats qui s'attendaient à quelque 160 millions, soit l'addition des 75 millions d'euros de la FPC et de la moitié des 160 millions d'euros provenant de la taxe sur les laboratoires instaurée par la loi Bertrand et destinée à financer le DPC. L'industrie pharmaceutique sera donc le seul financeur de la formation des médecins cette année : cocasse quand on songe aux accusations portées à l'industrie pour sa « néfaste » influence sur les médecins via la formation…

L'Etat asphyxie les cliniques privées

C'est en tout cas la conviction de Lamine Gharbi. Le président du syndicat des cliniques privées MCO (FHP-MCO) rappelle qu'en 2011, près de 35 % des établissements privés ont été en déficit et que 7 % se trouvaient en dessous du seuil minimum de résultat net pour pouvoir investir. « *Le problème est la discrimination tarifaire organisée par l'Etat* », accuse Lamine Gharbi, qui précise que pour une même prestation, les hôpitaux publics reçoivent en moyenne 22 % de plus que les cliniques privées.

Financement doublé pour l'étude nationale des coûts

En 2013, l'enveloppe allouée aux établissements de santé dans le cadre de l'Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune (ENCC) sera quasiment doublée, passant de près de 7 millions actuellement à une douzaine de millions dès la campagne tarifaire de 2013. Pour le Directeur Général de l'Offre de Soins (DGOS), Jean Debeaupuis, il faut rendre les études de coûts « *comparables et robustes et adaptées au périmètre tarifaire* ». Pour cela, il s'agit donc de développer l'incitation à la participation de nouveaux établissements et de « *garantir le succès des établissements déjà inclus* ». Pour que les établissements s'engagent dans la démarche, il est prévu de verser une incitation financière de 7 500 euros l'année précédant l'entrée dans l'ENCC. Les établissements MCO, qui reçoivent pour l'instant cette part fixe avec une année de retard, percevront cette année la part fixe pour 2012 et les nouvelles aides pour 2013.

Cotisation vieillesse de base : nouvelle hausse

Les taux de cotisations d'Assurance vieillesse de base des professions libérales sont relevés depuis le 1er janvier dernier, comme annoncé lors de la présentation du PLFSS 2013. Sur la tranche 1 (revenus n'excédant pas 85 % du plafond annuel de Sécurité Sociale), les taux sont donc fixés à 9,75 % pour 2013 puis à 10,10 % pour 2014 (au lieu de 8,63 % pour 2012). Sur la tranche 2 (revenus compris entre 85 % du plafond annuel de Sécurité Sociale et 5 fois ce plafond), ils sont portés à 1,81 % en 2013 et à 1,87 % en 2014 (au lieu de 1,60 % en 2012). Ces augmentations se substituent à celles fixées par le décret sur la retraite anticipée du 2 juillet 2012 qui prévoyait une augmentation progressive sur 5 ans du seul taux applicable en tranche 1 (8,80 % en 2013, 8,90 % en 2014, 9 % en 2015 et 9,10 % en 2016).

Nominations à l'OGDPC

Par un décret du 31 octobre 2012, les membres de l'organisme gestionnaire du DPC ont été nommés. Pour la section paritaire des médecins, au titre des représentants des médecins spécialistes autres que généralistes, on trouve parmi les titulaires notamment le président de l'UMESPE, Jean-François Rey, et Eric Perchicot, secrétaire général du SNSMCV. Les membres du comité paritaire de l'OGDPC sont nommés pour quatre ans.

L'automédication décolle en France

Dataprod

Selon le cabinet d'études IMS Health, l'automédication aurait progressé en France de 4,7 % l'année dernière, représentant ainsi 6 % du chiffre d'affaires des pharmacies, soit 2,08 milliards d'euros par an. En France, les dépenses de médicaments sans ordonnance s'élèvent à 76 euros en moyenne par habitant, un peu moins qu'en Belgique (78,8 euros) mais plus qu'en Allemagne (62,7 euros) et qu'en Italie (35,7 euros). Producteur du Doliprane, qui représente à lui seul 4,3 % du marché, le groupe Sanofi s'affirme comme le leader du secteur de l'automédication avec 12 % de part de marché, loin devant BMS-Upsa (7,3 %) et Boiron (6,4 %).

Le HCAAM prône les parcours de soins

Dans son rapport annuel, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) insiste sur la nécessité de développer la « *médecine de parcours* » comme « *réponse pertinente aux inégalités sociales de santé* ». Ces parcours doivent être « *animés par les professionnels soignants de proximité, incluant les démarches de prévention et d'éducation pour la santé, et soucieux d'un juste recours à l'hôpital* », précise le HCAAM. « *Il ne faudrait pas que des hospitalisations inadéquates persistent en raison de reste à charge pour les patients moins élevés qu'en ville* », indique le HCAAM, qui plaide donc pour « *des incitations à ces parcours pertinents* », qu'on peut sans doute traduire par un meilleur remboursement. Les mutuelles apprécieront sans doute ce qui ressemble à un soutien du HCAAM à leurs réseaux de soins.

Catherine Sanfourche

DPC

La majorité des établissements a adhéré à l'ANFH

L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) va gérer le financement du DPC des praticiens de plus de la moitié des établissements de santé publics. Les 511 hôpitaux adhérents de l'ANFH verront doubler l'enveloppe dévolue au DPC grâce à la contribution de l'industrie pharmaceutique.

Nyul

Seuls les établissements adhérant à l'ANFH bénéficieront de l'apport financier des laboratoires au DPC.

Plus de la moitié (55 %) des 920 établissements de santé publics ont choisi de passer par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel hospitalier pour gérer le financement du DPC de leurs médecins. Selon l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA), les hôpitaux adhérents sont essentiellement des grands et moyens établissements. Ainsi 23 des 30 CHU et les deux CHR ont opté pour l'ANFH, l'APHP n'en faisant pas partie. Les 511 établissements adhérents représentent environ 50 000 praticiens, dont plus de 40 000 peuvent bénéficier du financement comprenant une partie de la contribution des laboratoires pour le DPC. Les quelque 10 000 restants sont des pharmaciens et de praticiens qui n'ont qu'une faible activité hospitalière, et dont le DPC est rattaché à celui des praticiens libéraux.

L'ANFH, qui a été désignée comme organisme collecteur agréé compétent pour le DPC, recevra donc les cotisations historiques des établissements pour la FMC, soit 0,5 % de la masse salariale dans les CHU et 0,75 % dans les centres hospitaliers, ainsi qu'une partie de la taxe imposée à l'industrie pharmaceutique pour financer le DPC médical. Cependant, la majorité – les deux tiers exactement – des établissements qui ont fait le choix d'adhérer à l'ANFH ont opté pour le taux progressif de cotisation qui leur était proposé : 0,3 % de la masse salariale dans les CHU et 0,45 % pour les CH en 2013, puis respectivement 0,4 % et 0,6 % l'année prochaine. Les autres établissements s'acquitteront dès cette année de leurs cotisations aux taux indiqués ci-dessus. L'enveloppe totale des cotisations à taux plein des 920 établissements publics se situe entre 30 et 35 millions d'euros. La collecte provisionnelle devrait être de l'ordre de 13 millions par an. L'ANFH va transmettre les données issues des adhésions des établissements à l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) qui calculera le forfait attribué par médecin à partir de la contribution de l'industrie pharmaceutique. Le montant de cette contribution s'élève à 150 millions d'euros pour l'ensemble des médecins, dont une moitié pour les libéraux, une moitié pour les salariés. Contrairement aux médecins libéraux qui voient disparaître l'enveloppe conventionnelle du financement de leur DPC *(voir page 11)*, les praticiens hospitaliers pourraient voir doubler l'enveloppe disponible pour leur DPC grâce à cette contribution de l'industrie. A cette réserve près que seuls les établissements ayant choisi d'adhérer à l'ANFH pourront bénéficier de cet apport financier des laboratoires au DPC. ■

Le rapport Couty remis fin janvier

Chef de la mission sur le pacte de confiance pour l'hôpital, Edouard Couty prévoit de remettre son rapport à Marisol Touraine à la fin du mois. Ce document synthétisera les rapports établis par les trois groupes de travail relatifs au service public hospitalier, au dialogue social à l'hôpital, et au fonctionnement et à l'organisation interne des établissements. C'est à partir du rapport de la mission Couty que la ministre de la Santé devrait définir des « orientations » et ouvrir éventuellement des négociations avant de prendre des décisions concernant l'hôpital public. C'est en tout cas ce qu'elle avait indiqué en septembre dernier lors de l'installation de la mission.

De « l'importance » des directeurs hospitaliers

En visite au 6e congrès du Syncass-CFDT en novembre dernier, Marisol Touraine a souligné « *l'importance* » qu'elle accordait aux dirigeants hospitaliers, et affirmé sa « *volonté* » de sortir d'une période d'affrontements pour « *conforter l'hôpital public* » par des actions en direction des directeurs comme des autres catégories de personnel. La ministre a confirmé que des décisions seraient prise à la suite du rapport de la mission Couty, mais de façon « mesurée » et ciblée compte tenu des ressources financières disponibles.

APHP : un effort d'efficience à 150 millions d'euros

L'équilibre financier du premier groupe hospitalier français qui n'a pas été atteint en 2012 devra l'être en 2014, ainsi en ont décidé les tutelles. Une sérieuse compression des dépenses est donc prévue qui pourrait s'élever à 150 millions d'euros cette année, dont 4 millions pourrait concerner le personnel médical, soit une réduction de 36 équivalents temps plein. La CME a unanimement rejeté ce projet de plan d'économies et son président, le Pr Loïc Capron, est décidé à interpeler le directeur de l'ARS d'Ile-de-France, Claude Evin, voire la ministre de la Santé elle-même pour obtenir le relâchement de la pression budgétaire. « *On sort de quatre années d'efforts, ça suffit !* »

Vincent Guillot

Questions posées par des cardiologues

Notre syndicat est régulièrement interrogé sur des questions portant sur la réglementation ou les modalités d'exercice.
La plupart de ces points sont régulièrement traités de façon exhaustive dans notre revue, mais ces questions ont toujours une portée pratique et les réponses peuvent être utiles à d'autres.

Actes en établissement aux urgences cardiologiques (ex POSU)

Quelle cotation d'échocardiogramme puis-je appliquer ?

Si le malade doit être alité, il est possible de coder DZQM005 (111,71 €) dont l'application nécessite deux conditions :

- examen au lit du malade ;
- patient en salle d'urgences, réanimation, USI, USIC.

Lorsque je suis de garde aux urgences cardiologiques, puis-je appliquer systématiquement une majoration d'urgence ?

Réponse : non.

Pour pouvoir facturer une majoration d'urgence, il y a deux conditions :

- il doit s'agir d'une urgence au sens des dispositions générales de la CCAM (Art. III-2) : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles ;
- Acte réalisé entre 20 heures et 8 heures (code U, 25,15 €), ou un dimanche ou jour férié (code F, 19,06 €).

Il ne faut pas confondre avec la majoration M pour soins d'urgence, qui ne concerne que les généralistes et les pédiatres.

Consultations en établissement sur des patients hospitalisés

Comment coter une consultation préopératoire ?

Le concept de consultation préopératoire n'existe pas dans la nomenclature.

Il s'agit de consultations qui relèvent des règles habituelles pour ce type d'acte à savoir : CS08+DEQP003 (+MPC+MCS pour les cardiologues secteur 1).

Deux conditions néanmoins pour coder une MCS :

- le patient doit être en parcours de soins, c'est-à-dire qu'il doit avoir déclaré son médecin traitant, ce qui est maintenant la situation la plus courante ;
- le médecin traitant doit être tenu informé des conclusions de l'examen.

Est-il possible de coter un C2 sur un malade hospitalisé ?

« *L'avis ponctuel de consultant est applicable, au cabinet ou en établissement, dès lors que la demande émane du médecin traitant.* » (Circulaire CNAM 25/03/2011).

Le fait que le malade soit hospitalisé ne serait pas un obstacle au C2, mais il faudrait aussi que la consultation soit demandée par le médecin traitant, ce qui en pratique n'est pas habituel.

Est-il possible de coter CS seul en établissement ?

Oui quand, par exemple, un avis ne nécessitant pas d'ECG est sollicité par un autre médecin de l'établissement (le coefficient 0,8 est affecté au CS uniquement lorsqu'il est cumulé à l'ECG, et le C08 correspond à la surveillance quotidienne de son patient, ces notions n'étant pas toujours bien comprises par les caisses).

Est-il possible de coter une CSC en établissement ?

Non. L'article 15.1 des DG de la NGAP précise à propos de la cotation CSC : « *Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés* ».

C'est une consultation qui ne peut être cotée qu'en cabinet.

La lettre du médecin traitant n'est pas obligatoire pour coter un C2, mais il doit y avoir une « demande explicite ».

A découper suivant les pointillés et à conserver

CSC

Y a-t-il un délai minimal à respecter entre deux cotations ?

Il n'y a pas dans le libellé de la CSC de notion de périodicité à respecter comme, par exemple, pour le C2. Néanmoins, lorsque cette lettre clef a été crée, il était convenu qu'il s'agirait d'un acte peu répétitif.

Rendez-vous de consultation au cabinet à un mois donné en fin d'hospitalisation pour un malade que l'on a suivi en établissement.

Le fait que le cardiologue ait fixé lui-même ce rendez-vous ne lui interdit pas de coter une CSC. Contrairement au C2, il n'y a pas en effet d'obligation d'adressage par le médecin traitant, qui par contre devra recevoir une lettre.

Je suis le médecin traitant de quelques malades. Puis-je leur coter des CSC ?

Cette éventualité est rare, mais il n'est pas interdit qu'un spécialiste soit désigné comme médecin traitant au sens de la convention.

Le plus souvent, il s'agit de membres de la famille, pour lesquels les actes sont gratuits.

Quand il s'agit de consultations faisant l'objet d'honoraires, la possibilité de coter une CSC est exclue de par son libellé : « *La cotation CsC ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient* ». (Art. 15.1 des DG de la NGAP).

C2

Puis-je coter un C2 pour un malade que m'adresse chaque année son médecin traitant pour une pathologie chronique ?

Ce n'est pas interdit. Il suffit qu'il y ait une « demande explicite » du médecin traitant et que toutes les autres conditions du C2 soient remplies.

Puis-je coter un C2 et programmer une épreuve d'effort ?

C'est possible : « *Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis ponctuels de consultant est de moins de 90 % de son activité totale (exprimée en nombre d'actes dans l'année civile), a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.* » (Circulaire CNAM 25/03/2011).

Puis-je rédiger une première ordonnance après avoir coté un C2 ?

C'est prévu par les textes : « *Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Il peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires. Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.* » (Circulaire CNAM 25/03/2011).

Puis-je préciser dans mon courrier qu'un suivi semestriel ou annuel est souhaitable, et coter un C2 ?

Il n'y a aucune mention formelle dans les textes, mais cela ne paraît pas contradictoire avec le C2. Cette notion de périodicité apparaît d'ailleurs de plus en plus souvent dans les recommandations, ou les guides de parcours de soins édités par la HAS. Il s'agit donc d'informations de bonne pratique qu'un médecin consultant doit donner à son correspondant, ce dernier gardant ensuite la liberté de l'adressage.

Le cardiologue par contre, ne doit pas fixer lui même le rendez-vous, car il doit y avoir pour chaque C2 une « *demande explicite* » du médecin traitant.

Est-il il indispensable que le patient soit adressé avec une lettre du médecin traitant pour pouvoir coter un C2 ?

La lettre du médecin traitant n'est pas obligatoire pour coter un C2, mais il doit y avoir une « *demande explicite* ».

« *L'avis ponctuel de consultant est applicable seulement si le patient est reçu sur « demande explicite » de son médecin traitant. Exemples :*

- le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande de consultation de son médecin traitant. Ceci correspond à la situation la plus courante ;

- le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis : ce cas de figure est possible. Il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant. Toutefois cette demande écrite n'est pas obligatoire. Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement. » (Circulaire CNAM 25/03/2011). ■

Avant de vous noyer entre les circulaires et autres articles, renseignez-vous bien !

Mieux vivre avec l'apnée du sommeil

Ecrit par Michel d'Anielo, pharmacien de son état, ce livre a la particularité de nous parler de cette maladie vue du côté du patient : le but de l'auteur, qui soigne sa propre apnée du sommeil depuis 2003, est de faire profiter le lecteur de son expérience personnelle et de ses proches recherches sur la pathologie en question.

Construit comme un traité médical classique, l'ouvrage en suit le plan habituel : définition du Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), physiopathologie, facteurs de risque précèdent les étapes de son diagnostic, l'énoncé de ses effets métaboliques et ses répercussions sur l'appareil cardiovasculaire, avant d'aborder, en détail, la partie consacrée au traitement.

Ce faisant, l'auteur assène parfois quelques affirmations dont le niveau de preuve peut laisser perplexe. C'est ainsi que l'apnée du sommeil serait la conséquence d'un mode de vie sédentaire, que le stress professionnel ou familial se traduirait par « une difficulté à respirer », ce qui reste à démontrer ; de même certains conseils thérapeutiques (une heure de marche rapide quotidienne, apprendre à jouer de la trompette (!), etc.), dont l'efficacité risque d'être en plus toute relative, ne sont pas à la portée de tous.

Qu'importe…

Au-delà de quelques approximations et petits parti pris, le livre fourmille d'encouragements et de recettes qui aideront le patient à accepter cette maladie ; plus précisément, elles lui feront prendre conscience de la nécessité d'accepter les contraintes d'un traitement prolongé ; car la difficulté de cette affection réside d'abord dans cette prise de conscience : au début du moins, c'est plus le ronflement qui fatigue le ou la conjoint(e) que la somnolence diurne qui fatigue le patient.

A cet égard sont particulièrement utiles les explications, pas trop techniques, que l'auteur énonce avec soin pour faire comprendre combien le SAS peut être pernicieux, sans pour autant être une maladie bénigne.

La partie thérapeutique est fort bien étayée, énonçant les diverses interventions chirurgicales possibles, les soins adjuvants, insistant naturellement sur le traitement princeps qu'est la ventilation en pression positive continue. Ce qui est intéressant et utile, c'est que l'auteur insiste à juste titre sur les difficultés d'acceptation de la technique par le patient, ses principales causes et, de son point de vue, les moyens d'y remédier.

Au passage, certains conseils, tel celui de faire tenir au patient lui-même le masque en s'endormant pour éviter la gêne de la fixation, manquent de réalisme ; mais dans l'ensemble, les « recettes » sont claires et astucieuses et contribueront sans nul doute à améliorer singulièrement l'observance.

Mais au-delà du catalogue complet et argumenté des possibilités thérapeutiques et de leurs indications, l'originalité de l'ouvrage tient à cette foule de détails pratiques qui rendront service au patient comme au médecin soucieux d'être efficace dans sa démarche d'éducation thérapeutique. Tous les cas de figure ou presque y sont abordés, de l'équipement minimum indispensable au patient qui voyage à la composition des repas du sujet en surpoids, en passant par les recommandations habituelles, mais bien argumentées sur le rôle de l'activité physique et la nécessité de l'arrêt du tabac.

Plus inattendu encore est ce chapitre sur « l'environnement du soir » où l'auteur aborde de façon presque touchante la préparation de la nuit et les rituels du coucher avant lequel « l'apnéique » est invité, dans une chambre aménagée avec attention, à la relaxation au moyen de techniques diverses et variées dont le training autogène éventuellement associé à l'écoute de la musique classique.

« Le sommeil est pour l'ensemble de l'homme ce que le remontage est à la pendule » ! Cette phrase de Schopenhauer, l'auteur la reprend à son compte pour bien rappeler en terminant combien sont cruciales les fonctions du sommeil dont la perturbation peut dérégler de ce fait tout l'organisme y compris souvent le psychisme.

C'est dire quelle importance il faut accorder à améliorer ce sommeil, source de réconciliation avec soi-même et au-delà de lutte contre la violence et le ressentiment !

Le cardiologue, de plus en plus confronté à l'apnée du sommeil pour peu qu'il s'y intéresse et pense à la rechercher, ne pourra se contenter de ce livre pour faire le tour de la question ; en revanche, l'ouvrage lui sera fort utile pour prodiguer à son patient tous les conseils avisés qu'il aurait quelque difficulté à se rappeler de son propre chef ; en fait, le plus simple, c'est qu'il le montre à ses patients en leur conseillant de l'acquérir. ■

Mieux vivre avec l'apnée du sommeil
Auteur : Michel d'Anielo
Editeur : Grancher
Pagination : 163 pages
Prix public : 15,00 €

Pommard 1er Cru *Grand Clos des Epenots 2003*

Domaine de Courcel 21630 Pommard

Et si, pour un instant, nous oublions austérité et rigueur et que nous vidions (un peu) notre porte-monnaie, pour savourer ce seigneur de Bourgogne ?

Pommard, au centre de la Côte de Beaune entre les appellations Beaune à l'est et Volnay à l'ouest, étagé entre 240 et 380 m d'altitude, produit 12 000 hl de vins rouges, dont 4 500 en premier cru sur des sols marno-calcaires de l'Oxfordien et argiles rouges, dues à la présence de fer, à cailloutis. Son nom évoque, au prime abord, un vin robuste et masculin, car les sols riches en fer et argiles favorisent plutôt la puissance, si on les compare aux Volnays voisins. La réalité est bien plus nuancée, car les terroirs de Pommard expriment de multiples nuances selon la nature et la structure du sol, sa porosité, l'hydrométrie du sous-sol, l'altitude, la pente, l'exposition au soleil, au vent, à la pluie. Le domaine de Courcel, propriété familiale depuis plus de quatre siècles, a vendu son vin au négoce jusqu'à l'arrivée en 1996 d'Yves Confuron exerçant, aussi, avec son frère au domaine éponyme de Vosne Romanée. Yves, possédant un solide bagage d'agronome et d'œnologue, est convaincu que tout se joue à la vigne : baisse des rendements, palissage plus élevé, travail des sols, une multitude de petits détails élèvent rapidement la qualité des vins, si bien que le guide Bettane et Desseauve leur décerne cette appréciation pour le moins élogieuse : « *leur dimension majestueuse en font les équivalents en Côte de Beaune du domaine de la Romanée-Conti en Côte de Nuits : même ampleur et pureté de style données par des vinifications en raisin entier, même autorité absolue dans l'expression du terroir* ». Effectivement, les techniques culturales proches de l'agriculture biologique respectent strictement plante et environnement. Les sols labourés favorisent l'enracinement en profondeur et exaltent l'expression du terroir. La taille de chaque cep, l'ébourgeonnage affinent cet équilibre, puis une vendange au vert limite les rendements à 25 hl/ha, alors que l'AOC autorise jusqu'à 40 hl/ha.Les vendanges manuelles sont tardives, afin d'optimiser la teneur en sucre, ce qui a permis à Yves Confuron, dans le difficile millésimé 2003 marqué par les vendanges les plus précoces depuis un siècle et par l'été le plus caniculaire jamais enregistré, d'éviter des raisins aux notes vertes desséchés par la chaleur et de récolter des pinots d'une richesse et d'un gras considérables. Un tri sévère sur table est effectué. Les raisins non égrappés sont vinifiés sur un mois, une macération à froid suivie d'une fermentation à basse température permettent d'extraire au maximum la floralité et les arômes. Une macération carbonique postfermentaire est adaptée à chaque cuvée avec pigeages et remontages fréquents, pour embellir la robe et les tanins. L'élevage en fûts de chêne, renouvelés par tiers chaque année, s'étend sur 22 mois. Au terme de cette longue période et après soutirage, les vins sont embouteillés, sans aucun traitement (ni collage, ni filtrage, ni rectification des acidités).

> *« Le vin est professeur de goût, en nous formant à la pratique de l'attention intérieure, il est le libérateur de l'esprit et l'illumination de l'intelligence »*
>
> Paul Claudel

Une exhaltation de senteurs

Le Grand Clos des Epenots, monopole du domaine façonné par des vignes soixantenaires, couvre moins de 5 hectares de terroirs magnifiquement adaptés au pinot noir, sis à l'amorce du coteau orienté est-ouest.

Parée d'une brillante robe carminée cardinalice avec quelques nuances orangées, ce Grand Clos des Epenots exhale des senteurs de fruits mûrs : cassis, abricot, de fleurs (pivoine), de viande fumée et de bois de cèdre. De structure concentrée et compacte en bouche, il n'en est pas moins généreux et charnu, libérant un fruité d'une grande maturité, enrobant des tanins soyeux, auxquels se mêlent des notes de noyaux de fruit, de café moulu, de chocolat amer. Sa finale d'une intensité et d'une longueur impressionnantes confirme la grande matière élégante, complexe et noblement aromatique des grands terroirs.

Yves Confuron, convaincu que tout se joue à la vigne.

Loin de la lourdeur de certains Pommards ou du caractère éthéré d'autres, ce flacon d'une douceur incroyable, sans fadeur, mais paradoxalement intense, vous raconte à mi-voix, en confidence, un voyage imaginaire au royaume de Shéhérazade.

Un prix encore abordable

La structure de ce Pommard, ses arômes, ses touches fumées appellent de nobles viandes ou de grands gibiers. Il épousera délicatement en entrée un pâté de sanglier ou de chevreuil, s'épanouira ensuite sur un coq au vin, une côte de bœuf grillée, sauce poivrade, pommes paillasson, un tournedos sauce périgueux, un agneau de 7 heures, un canard aux cerises. Mais l'accord magique s'opèrera, bien que ce vin de 2003 ne marque encore aucun signe d'évolution tertiaire, avec le gibier : une poule faisane aux truffes et girolles, un chevreuil grand veneur, un civet de marcassin, une daube de sanglier, un lièvre à la royale. Il ne repoussera pas, en fin de repas, un fromage local : cîteaux ou soumaintrain.

Certes, les Bourgognes ont subi, ces dernières années, une sévère inflation et ce Grand Clos des Epenots atteint maintenant un prix sérieux, mais sans commune mesure avec les grands crus de la Côte de Nuits, auxquels il est justement comparé.

Alors, ne boudez pas votre plaisir, ouvrez votre bourse pour une grande fête épicurienne ! ■

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

Un ECG de poche

L'annonce de la commercialisation de l'AliveCor ECG vient d'être officialisée aux Etats-Unis avec l'approbation de la FDA. Dédiée initialement en version vétérinaire, l'application avait été présentée il y a plus d'un an. Depuis, de nombreux tests cliniques ont été réalisés et présentés aux Etats-Unis lors de l'ACC, l'HRS et l'AHA.

Pour mémoire, il s'agit d'une coque munie de deux électrodes que l'on ajoute à l'iPhone. La communication se fait via bluetooth et permet d'obtenir une courbe ECG D1. Une sauvegarde du tracé est automatiquement réalisée.

Côté pratique, il n'est pas nécessaire d'enduire les électrodes de gel ou d'eau pour améliorer la conductivité et il pourra se montrer très utile au domicile de votre patient afin d'évaluer rapidement l'existence d'un trouble du rythme, d'extrasystoles ou autres anomalies rythmiques. Le système dispose de sa propre source d'énergie et épargnera la batterie de votre iPhone. Un très bon point !

Bien entendu, ce périphérique n'est pas destiné à remplacer votre propre ECG, mais en sera un bon complément dans votre poche.

En précommande aux Etats-Unis, il est uniquement à l'usage des médecins, pour 199 $… L'app dédiée (gratuite) n'est pas encore disponible sur l'App Store France

La coque disponible pour iPhone 5 au 2e trimestre 2013

AliveECG

Version	1.0.1
Langue	anglais
Matériel	iPhone, iPod touch, iPad (non optimisé)
Système	iOs 5.0 +
Editeur	AliveCor, Inc.

App Gratuite

Coque 199 $

Vinicava

Après des fêtes, il vous en reste probablement quelques (très) bonnes bouteilles qu'il vous faudra bien ranger dans votre cave et, surtout, les retrouver le (bon) moment venu. Car le problème de posséder un stock, c'est justement de se souvenir de tous ses flacons et de ne pas les oublier. Pour cela, une application comme Vinicava vous permettra de gérer vos bouteilles – autant celles que vous avez en stock que celles consommées –, tout en incorporant les notes de vos dégustations (avec des termes proposés par défaut si vous ne connaissez pas le vocabulaire technique), les évaluations, les associations de mets…

Le plus long à gérer sera de rentrer vos données, car une fois insérées, il ne vous faudra qu'un tour de clic pour retrouver cette fichue bouteille que vous aviez achetée il y a dix ans et dont vous n'aviez plus aucun souvenir. Car tout est indiqué, l'emplacement, la couleur du bouchon, l'apogée, le prix, les notes…

Vinicava ne manque pas d'options avec entre autre la possibilité de créer plusieurs caves et plusieurs étagères dans chaque cave. De nombreuses statistiques (vins ou bouteilles en stock ou sorties…) sont aussi proposées.

Vinicava est une application universelle et la synchronisation des données se fait en créant un compte gratuit auxquelles on peut accéder depuis le site de l'application. Nous l'avons essayé sur un iPhone, un iPad et le site internet, et la synchronisation (manuelle) fonctionne parfaitement entre ces trois plates-formes.

Pour tout comprendre, des vidéos détaillent le fonctionnement de l'application (YouTube), car les premiers pas sont assez laborieux.

Si vous avez au moins cent bouteilles, nous vous conseillons ce système, car il reste votre mémoire et votre garant pour profiter au mieux de vos vins avec une réserve sur le prix qui n'est pas vraiment justifié, surtout avec une hausse cette année de 12 %. Par ces temps de crise…

ViniCava

Version	1.7.1
Langue	français, anglais, allemand, italien, espagnol
Matériel	iPhone 3GS +, iPod touch 3e génération, iPad
Système	iOS 5.0 +
Editeur	Pixiapps

Pro 8,99 €

Light 4,99 € (gestion de cave réduite)

SMARTfiches Cardiologie

Si vous avez un manque indescriptible de votre activité journalière, quoi de plus simple de passer le soir à contrôler vos connaissances. SMARTfiches Médecine est une application qui propose des résumés de tous les items du programme de l'internat. Etudiants ou médecins, vous y trouverez votre compte. Claires et faciles à consulter, vous ne pourrez plus vous passer de cette app !

Cerise sur le gâteau : c'est gratuit !

SMARTfiches cardiologie

Version	1.0.3
Langue	français
Matériel	iPhone, iPod, iPad
Système	iOS 3.0 +
Editeur	Pocket Booster

Gratuit

L'église de Boyana

La petite église du village de Boyana fait partie, de nos jours, d'un quartier résidentiel de Sofia, en Bulgarie. Cette église est inscrite au patrimoine mondial de l'UNESCO compte tenu de ses fresques du XIIIe siècle (1259) qui furent peintes par des artistes au talent exceptionnel pour leur temps.

L'Église et l'art pictural

À partir de 313, la liberté de religion fut accordée par l'empereur Constantin. Dans l'empire romain devenu chrétien, l'usage voulait que chaque possesseur d'un objet marque ce dernier d'un signe distinctif, en général figuré, mais, dans le domaine religieux, ceci pouvait heurter les convictions des Chrétiens « *… tu ne feras aucune figure de ce qui est dans le ciel…* ». Ainsi, nombreux étaient ceux qui étaient hostiles à la représentation du divin dans les églises, alors même que de nombreux membres de l'Église ne savaient ni lire ni écrire de telle sorte qu'à la fin du IVe siècle, le pape Grégoire le Grand dut leur rappeler que « *la peinture peut-être pour les illettrés ce que l'écriture est pour ceux qui savent lire* ».

L'image reproduite devait rester fidèle aux modèles originaux auxquels on attribuait une origine surnaturelle, incapable d'avoir été faite par la main de l'homme ou acheiropoïète ; le mieux était de ne pas innover pour ne pas altérer la spiritualité de l'œuvre ; il fallait que l'esprit, mais aussi la pratique soient immuables, mais la solennité des règles imposées correspondait au sentiment intérieur de l'artiste qui, au sein d'une intense dimension spirituelle, accepte alors la contrainte comme étant la nature même du sacré. À partir du milieu du XIIe siècle, la mosaïque plus coûteuse est remplacée par la peinture considérée alors comme « l'art du pauvre ».

L'organisation politique de l'Empire romain a non seulement favorisé l'expansion du Christianisme devenu religion d'État, mais, dès la fin du IIIe siècle, le renforcement de l'autorité impériale incite à privilégier des représentations « en majesté » au milieu des dignitaires avec une position élevée, des vêtements somptuaires et le détachement de la tête sur un nimbe. Avec la conception théocratique de l'Empire devenu chrétien, la transposition de ces traits au Christ devint inéluctable de telle sorte que, sur le modèle de la sacralisation du pouvoir impérial, la représentation du Christ (souvent représenté imberbe avec une toge rouge par les artistes primitifs chrétiens) devient statique, stylisée, comme détachée des contingences terrestres.

Les portraits des donateurs, sebastocrator Kaloyan et son épouse Dessislava

Le miracle dans la mer

DR

L'église de Boyana

Après avoir gravi le chemin menant à l'église, il vous faut beaucoup vous incliner sous le linteau de pierre d'une petite porte en bois bardée de fer et qui garde les traces des coups de la soldatesque ottomane, pour pénétrer dans une première salle ou narthex, sorte de vestibule transversal à l'entrée de certaines églises paléochrétiennes et médiévales. A l'intérieur, de part et d'autre de la porte d'entrée, deux saintes vous observent les bras en l'air vous incitant à ne point sortir, mais aussi à élever votre regard vers des scènes de la vie de Saint Nicolas qui se déroulent sur les murs et la voûte : très populaire comme protecteur des marins et des commerçants, on le voit chasser les démons, faire des miracles, sauver les innocents, mais aussi se présenter devant l'empereur Constantin et être consacré comme évêque. Le peintre a intégré des éléments de la vie quotidienne tels que des chapeaux évoquant la marine de Venise et le bateau latin est garni de boucliers alignés comportant une image héraldique témoignant d'une influence occidentale.

En passant sous la bénédiction des saints et saintes du panthéon byzantin, on observe le visage juvénile du Christ qui, à 12 ans, est resté au Temple pour s'adresser aux Docteurs de la loi intrigués par son intelligence, après avoir échappé à la surveillance de ses parents lors de la Pâque juive « *ne saviez-vous pas que je dois être dans la maison de mon père ?* ». Il vous est ensuite possible d'observer la Présentation de la Sainte Vierge tout en vous dirigeant vers le mur Est dont la lunette représente la Sainte Vierge avec l'enfant Jésus, Sainte Anne, Saint Joachim et la dextre bénissante de Dieu.

C'est toujours dans cette salle qu'est représenté Saint Ephrem le Syrien (vers 306-373) dont les yeux soulignés de khôl semblent sonder votre âme et qui fut un diacre ermite particulièrement prolifique en hymnes et homélies en syriaque qui était alors la langue littéraire et liturgique de nombreuses communautés chrétiennes du Moyen-Orient.

C'est encore dans cette salle que sont représentés, grandeur nature, le tsar bulgare, la tsarine et les portraits des donateurs, Sebastocrator Kaloyan et son épouse Dessislava qui comptent parmi les plus anciens portraits conservés de personnages historiques.

Kaloyan offre un modèle de l'église à saint Nicolas tandis que son épouse retient son manteau en passant le pouce dans la cordelière rejoignant les deux pans comme ceci s'observe avec les princesses latines. Ceci témoigne également d'une influence occidentale qui est d'autant plus remarquable que de tels détails s'observent de façon limitée et ponctuelle dans l'art byzantin du XIIIe siècle.

C'est de nouveau par une petite porte en bois qu'on pénètre dans le naos qui, dans les temples grecs, abritait la statue du dieu et c'est naturellement sur la coupole qu'est représenté le Christ tout puissant, Pantocrator, tenant dans la main gauche le livre des Saintes Ecritures et esquissant de la main droite un geste de bénédiction. Au-dessous de lui sont peints des anges et les quatre évangélistes, des scènes des grandes fêtes religieuses, mais aussi les images de Jésus et l'acheiropoïète au réalisme surprenant. Puis viennent à notre rencontre l'Archange Gabriel avec sa beauté antique, le Christ bienveillant ou Evergète puis le dernier repas, la Cène, que le Christ prit avec ses apôtres le soir du jeudi saint, avec des détails prosaïques tels que navets et oignons soulignant la frugalité du repas. Suivent des saint militaires grandeur nature et, dans la conque de l'autel, est représentée la Sainte Vierge avec l'enfant Jésus, assise sur un trône, entourée d'archanges et dominant d'autres saints personnages.

Les peintres de l'église de Boyana faisaient partie de ces artistes inconnus, mais dont le talent remarquable, pour ne pas dire le génie, s'est exprimé cinquante ans avant Giotto. D'où venaient-ils ? Nul ne le saura vraiment, mais la renommée de Constantinople incitait alors les princes serbes et bulgares à y chercher des maîtres renommés. Les experts ont constaté que trois « mains » étaient intervenues ; les personnages principaux sont peints par un même peintre alors que les saints secondaires, aux endroits moins visibles, ont été peints par des apprentis. Deux artistes ont écrit en cachette leurs noms : l'un, Vasilii, l'a écrit au fusain sur le « crépi rude » destiné à être recouvert par un crépi plus fin sur lequel est dessinée la fresque. En procédant ainsi, le peintre savait que son nom resterait invisible pendant des siècles, peut-être à jamais, mais il espérait secrètement que quelqu'un finirait par le lire, ce qui fut le cas récemment lors de travaux de restauration. L'autre peintre, Dimitar, a écrit son nom, très astucieusement, sur l'épée du saint militaire éponyme, ce qui était en effet le lieu de prédilection pour écrire en cachette le nom des artistes.

Le XIIIe siècle : de l'artisan à l'artiste. Des villes italiennes telles que Venise ou Pise avaient des contacts étroits avec l'Empire byzantin. L'occident semble éprouver le besoin de se régénérer aux sources du classicisme byzantin de telle sorte que c'est surtout d'Est en Ouest que s'effectuent les transferts artistiques. Sous la solennité rigide des peintures byzantines se cachent les traits hérités de l'hellénisme tels que les ombres modelant les visages ou des effets de perspective. C'est donc dans ce contexte de conservatisme byzantin, mais transmettant de façon presque subliminale les acquis des peintres et sculpteurs grecs, qu'un artiste de génie fut tenté de traduire en peinture les sculptures gothiques, si vivantes.
Cet artiste fut le Florentin Giotto di Bondone (1266 ?-1337).

Des peintres aspirant à la postérité

Deux peintres au talent exceptionnel ont bravé les interdits de l'Église byzantine il y a plus de 750 ans, en signant subrepticement leur travail alors qu'ils dessinaient des fresques. Ces peintres, considérés de leur temps comme de simples artisans, n'ont pu se résoudre à tomber dans l'oubli ; sans trop y croire, ils nous ont transmis leurs noms. Ces humbles peintres aspirant secrètement à une postérité incertaine, nous adressent, par-delà les siècles, un message d'humilité, d'humanité, mais aussi de fierté pour leur œuvre qui fait dorénavant partie intégrante de l'Histoire de l'Art. ■

Bibliographie

[1] E Gombrich. Histoire de l'Art. Flammarion 1990
[2] J-P Caillet et al. L'Art du Moyen-âge. Gallimard 1995.
[3] M Brion. Les peintres en leurs temps. Philippe Lebaud 1994.
[4] B Dimitrov. L'église de Boyana, St Nicolas et St Panthéleimon. Le musée national d'histoire. Unicart.

Remerciements au Dr Philippe Rouesnel pour sa visite guidée de Sofia et sa grande érudition.

Ann Wuyts

L'église de Boyana est située à la périphérie de Sofia, en Bulgarie, au pied du mont Vitocha.

Le programme PROFIL AVC améliore la prise en charge de l'AVC en phase aiguë

Le programme PROFIL AVC vise à réduire les délais de prise en charge des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Il est réalisé dans 35 centres hospitaliers dotés d'une unité neurovasculaire (UNV) en métropole et à la Réunion grâce au soutien de Bœhringer Ingelheim. Les résultats de 17 centres hospitaliers sur l'année 2011-2012 sont aujourd'hui disponibles :

Au niveau préhospitalier

- Augmentation du taux de contact entre le SAMU et le neurologue de 64 à 72 %.

Au niveau intrahospitalier

- Amélioration de l'accès à l'imagerie par une réduction de 12,5 minutes du temps médian d'accès au scanner, passant de 47 à 34,5 minutes.
- Amélioration du délai d'accès à une tentative de reperfusion ou « Door To Needle » (DTN) par :

- une réduction de 10 minutes du délai médian DTN, passant de 75 à 65 minutes
- une augmentation de 27 à 40 % du nombre de patients ayant bénéficié d'un DTN inférieur à 60 minutes

Le programme PROFIL AVC, qui s'intègre dans les actions préconisées par le plan ministériel AVC 2010-2014, confirme l'intérêt de l'évaluation régulière des pratiques pour aboutir à leurs améliorations. La coopération multidisciplinaire (neurologues, urgentistes, radiologues, biologistes) est le facteur clé de succès pour améliorer la prise en charge des patients victimes d'un AVC.

Ce programme s'est déroulé sur une période d'un an, en quatre étapes, après constitution d'un comité de pilotage multidisciplinaire dans chaque UNV :

- 1ère photographie de diagnostic des délais de prise en charge (collecte de données).

Réalisée sur deux mois à travers l'analyse de 365 cas de patients, cette étape permet de retracer le parcours d'un patient pris en charge après un AVC, depuis son premier contact médical jusqu'à la décision de traitement.

- Bilan et définition/élaboration d'un plan d'actions correctif.

Les résultats de la première étape sont analysés, traduits en propositions d'actions à mettre en œuvre pour améliorer le temps de prise en charge et communiqués au comité de pilotage de l'établissement. Au niveau local, une communication à destination des professionnels de santé et du grand public est développée en parallèle.

- Mise en place du plan d'actions.

Soit la mise en œuvre des propositions d'actions sélectionnées par le comité de pilotage.

- 2e photographie de contrôle et mesure des effets des plans d'actions.

Réalisée sur deux mois auprès de 415 patients victimes d'un AVC, elle a été consacrée à évaluer les délais de prise en charge puis à les comparer à ceux de la première photographie.

Tabac

Le projet de directive européenne prévoit des messages sanitaires couvrant 75 % d'un paquet

Le projet de directive de la Commission européenne encadrant le commerce et la consommation de tabac propose que les messages de prévention sanitaire couvrent au moins 75 % de la surface totale des paquets de cigarettes et autres produits du tabac, selon le texte que Reuters a pu consulter le 17 décembre 2012.

La Commission européenne laisse aux Etats membres de l'Union européenne toute latitude pour prendre des mesures plus strictes que dans la directive. Cette formulation autoriserait un Etat à adopter le paquet standardisé et neutre, sans marque ni logo autre que les messages sanitaires, comme l'Australie l'applique depuis le 1er décembre, note-t-on.

« *La proposition prévoit que les messages d'avertissement (image et texte) soient imprimés sur 75 % des deux faces des paquets de cigarettes et de tabac* », peut-on lire. « *Toutefois, un Etat membre peut maintenir des dispositions plus strictes (…) sur la base des impératifs de protection de la santé publique* ». Le projet de directive antitabac prévoit aussi l'interdiction à la vente des cigarettes aromatisées, notamment les cigarettes mentholées.

Actuellement, la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 prévoit que l'avertissement général couvre au moins 30 % de la face du paquet et l'avertissement spécifique au moins 40 %.

La France a repris ces pourcentages.

Le projet de directive, qui sera rendu public le 19 décembre, doit être approuvé par les Gouvernements des pays de l'Union européenne et par les députés du Parlement européen avant de prendre force de loi. La procédure d'adoption pourrait durer un ou deux ans.

PRASUGREL

Quoi de neuf dans la prise en charge du syndrome coronaire aigu (SCA) ?

Les dernières actualités sur la prise en charge du syndrome coronaire aigu, communiquées lors des récents congrès de l'ESC (European Society of Cardiology), du TCT *(Transcatheter Cardiovascular Therapeutics)* et de l'AHA *(American Heart Association)* ont été présentées à la conférence de presse organisée par les Laboratoires Daiichi Sankyo France et Lilly France. Les dernières données relatives à l'utilisation d'Efient® (prasugrel) en conditions réelles d'utilisation, après 3 ans de commercialisation sur le marché français, ont également été présentées.

1. Enseignements des dernières études dans le SCA non revascularisé

L'étude TRILOGY ACS, présentée lors d'une session Hotline du congrès ESC 2012, est la seule étude à ce jour ayant évalué spécifiquement l'intérêt d'une stratégie d'une inhibition plaquettaire supérieure par prasugrel associé à l'aspirine versus clopidogrel associé à l'aspirine dans une population SCA ST- (AI ou NSTEMI) médicalement traitée.
Cette étude a inclus 9326 patients randomisés en 2 groupes clopidogrel (75 mg/j en dose d'entretien) versus prasugrel (10 mg/j en dose d'entretien, avec une réduction de la dose à 5 mg/j pour les patients ≥ 75 ans et < 60 kg).
Parmi la population de l'analyse principale, soit les patients de moins de 75 ans, le critère d'évaluation principal composite à 30 mois (décès cardiovasculaire, IDMs ou AVCs non fatals), a été observé chez 13,9 % des patients dans le groupe prasugrel associé à l'aspirine versus 16,0 % dans le groupe clopidogrel associé à l'aspirine (HR = 0,91 ; IC_{95} = 0,79-1,05 : p = 0,21 - résultat non significatif).
En termes d'efficacité, l'association prasugrel-aspirine n'apporte pas de réduction des événements ischémiques du critère principal composite versus l'association clopidogrel-aspirine chez les patients SCA traités médicalement.
En termes de tolérance, les saignements majeurs menaçant le pronostic vital ou fatal n'ont pas été significativement différents dans les 2 groupes de traitement. Les saignements TIMI majeurs et TIMI mineurs combinés sont significativement plus fréquents sous prasugrel versus clopidogrel.

2. Actualités dans la prise en charge du SCA revascularisé

Le registre français FAST-MI 2010 (présenté lors du congrès de l'ESC 2012) montre une baisse de 68 % de la mortalité à 30 jours après un SCA en 15 ans, entre 1995 et 2010. Cela témoigne non seulement de l'amélioration de la prise en charge, mais aussi d'une meilleure connaissance de la pathologie par la population qui a amélioré son comportement en cas de symptômes (appel plus fréquent du 15). En 2010, 86 % des patients présentant un SCA ST+ et 66 % des patients présentant un SCA ST- ont été revascularisés par angioplastie.
La mise à jour des recommandations européennes sur la prise en charge des patients ayant un SCA ST+, présentée lors de l'ESC 2012, met l'accent sur les délais de prise en charge et recommande l'utilisation des antiagrégants plaquettaires récents en première intention (classe I niveau B).

3. Efient® après 3 ans d'expérience dans le SCA traité par angioplastie

Une utilisation basée sur des preuves cliniques et confortée par un niveau de recommandation élevé dans les recommandations européennes.
Efient® en association à l'acide acétylsalicylique est indiqué dans la prévention des événements athérothrombotiques chez les patients présentant un SCA :

- angor instable ;
- IDM sans sus-décalage du segment ST ;
- IDM avec sus-décalage du segment ST,

traités par intervention coronaire percutanée primaire ou retardée.
Après les recommandations 2011 de l'ESC qui ont évalué le prasugrel chez les patients SCA ST- traités par angioplastie avec une recommandation de classe IB, les recommandations 2012 de l'ESC ont attribué un même niveau (classe IB) pour le prasugrel dans le SCA ST+ traité par angioplastie.

A ce jour, plus de 50 000 patients sont traités par Efient® en France et plus de 500 000 dans le monde. Efient® est prescrit en première intention dans la prise en charge des SCA traités par angioplastie en France : près de 2 patients SCA ST+ sur 3 et près d'un patient SCA ST- sur deux sont traités par Efient®.

Une analyse du registre FAST-MI 2010 a été réalisée pour évaluer dans les conditions réelles d'utilisation de la bithérapie antiagrégante à l'admission et à la sortie du patient en France en octobre 2010, soit 10 mois seulement après la commercialisation d'Efient®. Parmi les 4 115 patients présentant un IDM (ST+ ou ST-) traités par thiénopyridines, 31 % ont reçu du prasugrel (n = 1 259). Un tiers des patients étaient initiés directement sous prasugrel (36 %), tandis que le passage du clopidogrel au prasugrel a concerné près des deux tiers des patients (64 %).

Hypertension

Une très faible proportion de patients serait éligible à une dénervation rénale

Seule une très faible proportion de patients souffrant d'hypertension serait éligible à un traitement interventionnel par dénervation rénale, si l'on applique des critères stricts de définition de l'hypertension résistante et de caractéristiques des patients, selon une estimation faite par des chercheurs français.

L'équipe de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP, AP-HP, Paris), qui est impliquée dans l'évaluation de cette nouvelle technique, a présenté cette estimation le 20 décembre dernier.

Réservée aux HTA résistantes, la dénervation rénale utilise la voie endovasculaire pour détruire par radiofréquence les fibres nerveuses sympathiques cheminant dans l'artère rénale, rappelle-t-on.

L'équipe de l'HEGP a voulu voir, parmi les patients qui étaient adressés à ce centre de référence de l'HTA, combien de patients seraient éligibles. L'ensemble des patients de 2011 âgés de 18 à 80 ans, sans grossesse et avec un bilan étiologique de l'HTA, ont été étudiés, soit 1034 patients.

L'HTA résistante était définie comme une pression artérielle qui se maintenait au-dessus de 140/90 mmHg (ou 130/80 mmHg chez les diabétiques) malgré la prise de trois antihypertenseurs dont un diurétique à dose maximale tolérée. Cela correspondait à 19,3 % des patients adressés à ce service. Un peu plus de la moitié d'entre eux avaient une HTA secondaire et relevaient donc d'un autre traitement.

Pour les 85 patients restants, si l'on applique les critères d'éligibilité à la dénervation rénale que sont une pression systolique supérieure à 160 mmHg (150 mmHg en cas de diabète), une pression artérielle en mesure ambulatoire ou en automesure supérieure à 135/85 mmHg et un débit de filtration glomérulaire supérieur à 45 mL/mn/1,73 m^2, il n'y avait plus que 24 candidats potentiels.

Et parmi ceux-ci, seuls les deux tiers avaient une anatomie rénale compatible avec une telle intervention (présence d'une artère rénale unique de diamètre supérieur à 4 mm, d'au moins 20 mm de longueur, sans sténose ni intervention antérieure…).

Il ne restait donc in fine que 15 patients éligibles, soit seulement 17,2 % des patients résistants, et 1,5 % de l'ensemble des patients vus en consultation dans le service de l'HEGP.

Or, les patients consultant pour une HTA dans un service hospitalier sont déjà sélectionnés par rapport aux hypertendus tout-venants. Dans la population de l'ensemble des hypertendus, la proportion de patients qui pourraient être concernés par une dénervation rénale devrait donc être encore plus faible.

Dans une autre présentation, cette équipe a décrit ses premiers résultats avec cette technique. Sur 14 patients traités, une baisse de la pression artérielle a été observée, passant en moyenne de 168/102 mmHg au départ à 150/94 mmHg à six mois, 156/94 mmHg à 12 mois et 142/86 mmHg à 18 mois. Mais seuls cinq patients étaient contrôlés (moins de 140/90 mmHg) à leur dernière visite.

De plus, les valeurs de pression ambulatoire ou en automesure étaient « *comparables aux valeurs de pré-dénervation rénale* », constatent-ils.

Sur 14 patients traités, il y a eu une dissection de l'artère rénale, nécessitant la pose d'un stent, et une hypotension aiguë en fin de procédure. L'incidence des complications était donc considérée comme faible, selon les chercheurs.

Lors d'une autre session où il a rappelé les recommandations d'un groupe d'experts français sur la dénervation rénale, qui a établi des indications très strictes, Michel Azizi de l'HEGP a insisté sur le fait qu'on avait encore une expérience très limitée avec ce traitement.

Les données publiées portent sur quelques centaines de patients, avec des suivis relativement courts, ce qui est peu comparé aux dossiers d'évaluation des médicaments antihypertenseurs qui portent sur plusieurs milliers de patients avec, dans le cas des études de morbi-mortalité, des suivis longs.

Pour toutes ces raisons, des études sont nécessaires. En France, une étude randomisée, DENER-HTN, financée par le programme ministériel de soutien aux technologies innovantes coûteuses (Stic), a débuté.

De plus, un registre qui inclura les données de tous les patients traités en France va être mis en place au premier trimestre 2013.

Par ailleurs, Michel Azizi s'est inquiété du risque de sténose de l'artère rénale qui pourrait constituer une complication, rare, de la dénervation rénale, un cas ayant été rapporté dans la littérature scientifique.

Il faudrait donc que les patients ayant eu une dénervation rénale bénéficient d'un suivi radiologique, a-t-il estimé.

Choc anaphylactique

Deux stylos injecteurs d'adrénaline commercialisés en France en 2013

Deux nouveaux stylos injecteurs d'adrénaline pour le traitement du choc anaphylactique doivent être commercialisés en France en 2013, ce qui permettre aux patients allergiques de disposer d'alternatives au seul traitement actuellement disponible, Anapen.

La mise à disposition de ces deux spécialités devrait rassurer l'Association française de prévention des allergies (Afpral) représentant les patients allergiques qui restent « dans le doute » concernant la fiabilité d'Anapen (Bioprojet).

Un nouveau stylo d'adrénaline, Jext (Alk-Abello) a été inscrit au remboursement mi-novembre et devrait être disponible à la mi-janvier 2013.

Associations et cessions

AC-358-1 - 53 – Cabinet de 2 cardiologues au sein d'une clinique chirurgicale recherche remplaçant ou associé. Pas d'astreinte. Pas de garde. A 1 h 30 de Paris en TGV. Tél 02 43 59 28 00.

AC-357-1 - LA FLECHE (72). Cause retraite cède clientèle cardiologie secteur 1, plateau technique non invasif complet récent. Pas de garde. Conditions intéressantes. Tél 06 80 67 57 02.

AC-357-2 - HOSSEGOR (40). Cause départ juillet 2013, cardiologue recherche successeur pour cabinet (toutes explorations non invasives). Possibilité d'EE, écho dobu/eeffort en clinique. Astreinte une semaine/5 à l'hôpital de Bayonne (USIC et urgences). Astreinte coronarographie et rythmologie en association avec cardiologues de deux cliniques privées et de l'hôpital de Bayonne. Contact cardio.goudot@orange.fr ou 06 64 28 85 88.

AC-357-3 - ORLEANS (45). Cause retraite cède cabinet dans SCM 3 cardiologues, installée dans clinique, grosse patientèle, toutes activités non invasives. Tél 06 70 75 32 05.

AC-356-1 - PROVENCE (83). Cardiologue dans SCP 6 praticiens recherche un replaçant régulier en vue d'une succession envisagée dans les 2 ans. Importante activité, consultations, écho, tests d'effort et échos de stress, hospitalisation en clinique, liens solides avec de gros centres environnants.Tél 06 48 78 40 94, latour.f@orange.fr.

AC-356-2 - SARCELLES (95). Cardiologue cède, cause départ retraite mars 2013, activité dans SCM 9 cardios exerçant au sein structure privée comprenant CS, écho cœur et vasculaire, Holter ECG et TA, E Effort, scintigraphie, PM, coronarographie, service cardio 15 lits, réadaptation ambulatoire. Tél 01 39 90 33 34.

AC-356-3 - FOUGERES (35). Départ retraite juin 2013, cardiologue cherche succdesseur dans cabinet groupe consultant. Explorations non invasives. Tél 06 08 48 06 76 le soir ou jeanclaudedries@yahoo.fr

AC-356-4 - NICE Centre (06). Cède Cabinet dans SCM de six cardiologues, le 30 juin 2013. Très bonnes conditions de travail. Toutes techniques non invasives. Accès clinique possible. Tél 06 86 93 10 62.

AC-356-5 - CHATELLERAULT (86). Paris 1 h 30 TGV. Cabt 3 cardiologues cherche successeur, cause retraite 31/03/2013. Plateau technique complet cœur et vaisseaux au cabinet. Temps partiel hospitalier assuré permettant activité PM, IRM cardiaque, écho dobu. Tél 05 49 21 20 03.

AC-356-6 - Proche TOULOUSE (31). Cause retraite, groupe de six cardiologues recherche deux cardiologues dont un ayant des compétences interventionnelles dans clinique proche Toulouse avec plateau technique complet. Contact 05 62 13 31 81.

AC-356-7 - REGION OUEST – ville proximité 3 CHU. Cause retraite en 2013, cardiologue libéral recherche successeur exercice en association avec 1 confrère en SCM. Tél 06 70 41 01 31.

AC-355-1 - RÉGION TOULOUSAINE. Cardiologue recherche associé. Possibilité toutes techniques échographie effort et dobutamine. Pas de garde de nuit. Gros chiffre d'affaire et gros potentiel. Tél 05 61 92 50 06.

Vente matériel

VM-356-1 - Cardio/angéio. vend SONOSITE MMX juin 2005. Logiciels mis à jour 2011 avec 3 sondes vasculaire linéaire L 38 e 10/5 MHZ, cardio P17 5/1 MHZ, abdominale courbe 60 e 5/2 MHZ ; chariot 3 connecteurs sondes chargeur connecteur imprimante. 7 000 euros. Tél 06 07 04 10 74.

VM-356-2 - Vends sonde d'écho KONTRON IMMAGIC et pièces détachées. Tél 06 82 39 11 72.

Recherche remplaçants

RR-358-1 - 53 – Cabinet de 2 cardiologues au sein d'une clinique chirurgicale **recherche remplaçant ou associé**. Pas d'astreinte. Pas de garde. A 1 h 30 de Paris en TGV. Tél 02 43 59 28 00.

Vous êtes intéressé par une petite annonce ?

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 ». Il est aussi possible de joindre directement l'auteur de l'annonce grâce au contact précisé.

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.

Une ligne = 30 caractères (signes et espaces)

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

❍ Je suis abonné/adhérent

❍ Je joins un chèque de I_____I euros à l'ordre de Cardiologue Presse.

❍ Je désire une facture.

Coupon à renvoyer à Le Cardiologue – 13 rue Niepce - 75014 Paris

Les petites annonces du Cardiologue sont réservées aux cardiologues à titre personnel. 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.

	Non-adhérent Non-abonné	Adhérent Abonné
Forfait jusqu'à 6 lignes	140 € TTC	Offert
La ligne supplémentaire	20 € TTC	Offert
Domiciliation à la revue	40 € TTC	40 € TTC
Encadré de l'annonce	40 € TTC	40 € TTC

Vos petites annonces doivent nous parvenir avant le 20 du mois pour une parution le mois suivant

le Cardiologue

La revue du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux