

**FICHE MÉTHODE**

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

# LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°450 – JANVIER-FÉVRIER 2023

**LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL**



Syndicat National  
des **Cardiologues**  
Médecine cardiovasculaire

## 2020-2023 : LE BILAN DU SNC



### ACTU DÉCODÉE

PÉNURIE DE SOIGNANTS,  
UN DÉFI EUROPÉEN



### NOMENCLATURE

LES COTATIONS DU  
CARDIOLOGUE LIBÉRAL  
EN ÉTABLISSEMENT  
DE SANTÉ...



### ZOOM SUR

LE SYNDICAT NATIONAL  
DES CARDIOLOGUES



### LA PAGE DU CNCF

BASES DU BILAN PRÉ-OP  
EN CHIRURGIE PROGRAMMÉE

# Rejoignez le seul syndicat de cardiologie libérale !

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

## Pourquoi j'adhère ?

### ► Je contribue à la défense de la profession

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

### ► Je bénéficie d'un accompagnement professionnel unique et complet

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

### ► Je suis un acteur de la cardiologie de demain

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

## Des résultats concrets

### ► APC

Au 1<sup>er</sup> avril 2022, l'APC + ECG passe à 69,26 € (secteur 1) et l'APC passe de 50 € à 55 €.

### ► CARDIO'LINK

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

### ► HONORAIRES

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

### ► INNOVATION

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

## Les engagements de votre Syndicat

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

Rejoignez-nous sur [sncardiologues.fr](http://sncardiologues.fr)



Rawpixel - 1xpart - cled Mazay - depositphotos - Fotolia

### CARDIOLOGUE PRESSE

13 rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76

E-mail : [lecardiologue@lecardiologue.org](mailto:lecardiologue@lecardiologue.org)

**Directeur de la publication :** Dr Jean-Pierre Binon

**Rédacteur en chef :** Dr Frédéric Fossati

**Rubrique nomenclature :**

Responsable – Dr Frédéric Fossati

**Publicité :** François Bondu

Tél. : 01.45.23.96.27 – Port : 06.47.65.14.01

e-mail : [f.bondu@societeccc.fr](mailto:f.bondu@societeccc.fr)

Editions CCC – 24 rue Saint-Victor - 75005 Paris

**Direction artistique, secrétariat de rédaction :** Pascal Wolff

**Réalisation :** Tomcat

**Crédits photo :** Cardiologie Presse/Pascal Wolff/  
Fotolia/Phovoir/depositphotos

### ABONNEMENT

**Gestion des abonnements :**

Syndicat national des cardiologues

13, rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10

Email : [contact@sncardiologues.fr](mailto:contact@sncardiologues.fr)

### TARIF 2022 – 1 an, 6 numéros

France : 160 €

CEE (hors France) : 180 €

Tout autre pays : 275 €

Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de cotisation : 80 €

Prix unitaire : 20 €

Adhérent au SPEPS.

Mensuel réservé au corps médical

**Impression :** Imprimerie Tanghe

Boulevard Industriel 20

B-7780 Comines - Belgique

**Dépôt légal :** à parution

**Commission paritaire :** 0124 G 81182

ISSN : 0769-0819

### Recommandations importantes (dépôts des manuscrits)

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

Le prochain édito sera écrit par celle ou celui qui me succèdera à la présidence du syndicat. C'est l'heure du bilan du mandat passé à vos côtés.

Comme je m'y étais engagé en 2020, nous nous sommes attachés à défendre la cardiologie tant sur le plan collectif et national qu'à titre individuel pour les confrères en difficulté. Nous avons travaillé, rédigé et publié des documents sur les nouveaux modes d'organisation pour améliorer notre qualité de vie au travail : téléexpertise, télésurveillance, assistants médicaux, Infirmières en pratique avancée (IPA), CPTS et Equipes de soins spécialisés (ESS). Nous avons créé le Pack d'installation pour les jeunes et Cardio'Link, le site de mise en relation entre jeunes cardiologues et cardiologues installés. Nous avons initié une réflexion de toute la cardiologie privée et publique à travers le livre blanc du CNP cardiovasculaire, tout en se rapprochant du CNCF pour faire une cardiologie libérale plus forte. Nous nous sommes rapprochés de vous par la création de la newsletter hebdomadaire *Cardiohebd* pour mieux vous informer, et avons été les premiers à organiser des formations sur la covid tant en visioconférences que par de nombreuses circulaires, puis sur la retraite. Dans le même temps nous avons redressé les comptes du syndicat et de notre organisme de formation UFCV FormatCœur.

Malheureusement, et malgré toute l'énergie déployée, nous n'avons pas encore réussi à proposer un programme pour la Maîtrise de stage universitaire, nous permettant de recevoir les internes de cardiologie dans nos cabinets. La médecine libérale est régulièrement stigmatisée alors qu'elle n'a jamais été autant en souffrance. Au lieu de



## MERCI !

**Marc Villacèque**

Président du Syndicat national des cardiologues

nous offrir un bol d'air, la nouvelle convention veut nous asphyxier en nous demandant de travailler plus sans réelle contrepartie financière. Je me suis battu pour valoriser l'exercice des médecins libéraux pourtant nous restons constamment la variable d'ajustement financière et organisationnelle de la politique de santé.

Avec l'expérimentation de l'Equipes de soins spécialisés à l'échelle nationale, rendue possible grâce à l'article 51, et la promotion de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, le SNC est devenu un acteur crédible et sérieux pour la CNAM et le ministère, perçu comme l'initiateur de ce nouveau mode d'organisation pour les spécialistes en complémentarité des CPTS. Ancien président, mon rôle sera d'épauler le nouveau président du syndicat, notamment sur les dossiers importants comme l'accueil des internes en cardiologie dans les cabinets libéraux, l'ouverture du TAVI à des centres sans chirurgie, l'accès pérenne des cardiologues aux outils d'imagerie en coupe, enfin la modernisation de notre exercice.

Je remercie chaleureusement à travers ce journal tous les gens qui m'ont fait confiance : l'équipe qui a œuvré sans relâche, adhérentes et adhérents fidèles qui m'ont encouragé ou critiqué avec bienveillance. Je suis persuadé que notre richesse vient de nos différences, et les débats sans retenu sont l'ADN de notre syndicat.

Pendant trois ans, sous ma gouvernance, le SNC a travaillé et osé pour nous tous. A votre tour d'oser. Abattons les barrières et les plafonds de verres. Les solutions ne peuvent venir que de nous, hommes et femmes de terrain. Ma dernière citation en tant que président sera pour vous : « *Il faut toujours viser la lune, car même en cas d'échec, on atterrit dans les étoiles* ». Oscar Wilde



# CARDIO'LINK

La plateforme de mise en relation entre cardiologues

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

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

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



Pry Khodov

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

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

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

**cardiolink.fr**

## 6 L'ACTU DÉCODÉE

Pénurie de soignants, un défi européen

## 9 ZOOM SUR...

Le Syndicat national des cardiologues

## 11 NOMENCLATURE

Les cotations du cardiologue libéral en établissement de santé...

Cahier central  
détaché

# LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

## 2020-2023 : LE BILAN DU SNC

### GÉRER LE COVID

- L'impulsion de Marc Villacèque..... II

**JEUNES CARDIOLOGUES** - Une plus forte implication..... II

### LA CARDIOLOGIE DE DEMAIN

- Le cardiologue, la télésanté et les équipes de soins spécialisées ..... III

- Innovations organisationnelles : Innov'Cardio..... III

- Tous unis contre l'insuffisance cardiaque ..... III

### CARDIOLOGUE PRESSE

- Moderniser nos publications .....IV

### NOS STRUCTURES PARTENAIRES

- Les deux ailes de la cardiologie libérale .....IV

- Activité du CNPCV en 2022.....IV

- FormatCœur/UFCV : Trois années mouvementées mais un bilan solide.....V

### ORGANISER LE QUOTIDIEN

- Congrès, commissions, site internet.....VII

### A L'HEURE DU BILAN

- Bilan et prospective sanitaire.....VII

- Retour sur trois ans de présidence .....VIII

## 13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale

8<sup>e</sup> partie : L'effet placebo

## 14 LA PAGE DU CNCF

Bases du bilan pré-op en chirurgie programmée

## 16 MAGAZINE



VirginStudio

### HIGHTECH 16

GPT : la technologie s'humanise



DR

### CULTURE LIVRE 18

Russie : les faits : L'Etat mafia, les hommes de Poutine, Winter is coming



Musée d'art et d'archéologie du Périgord

### ART&CULTURE 20

Mater Dolorosa et la crucifixion de Jésus – 3<sup>e</sup> partie



Drappier

### ESPACE VIN 22

Champagne blanc de noirs drappier

## 23 LES PETITES ANNONCES



# PÉNURIE DE SOIGNANTS,



1.xpert - depositphotos

Dans un rapport publié en septembre 2022, l'Organisation Mondiale de la Santé dresse l'état des lieux des soignants de sa région Europe (médecins, infirmières, sage-femmes, dentistes, pharmaciens et physiothérapeutes) et fait 10 propositions pour remédier à la pénurie qui les touche.

La région Europe de l'OMS comprend 53 pays et couvre une vaste région géographique s'étendant de l'océan Atlantique à l'océan Pacifique. La pandémie de Covid-19 a exacerbé les difficultés rencontrées par ces pays en matière de santé. En parallèle, la crise économique impose d'introduire des approches pragmatiques, innovantes et efficaces. Ce rapport de plus de 200 pages présente ces approches ainsi que leurs avantages attendus et les modalités d'une mise en œuvre réussie.

Pour réaliser ce document, l'OMS s'est appuyée à la fois sur les données disponibles dans les pays concernés et sur des exemples

documentés de pratiques ayant démontré leur efficacité.

D'une manière générale, l'OMS invite ses membres à investir dans leurs soignants pour répondre aux besoins actuels et futurs en matière de santé, progresser vers une couverture sanitaire universelle (CSU) et générer des avantages économiques et sociaux.

## LES SOIGNANTS PAYENT UN LOURD TRIBUT À LA PANDÉMIE

De nombreux États sont entrés dans la crise du Covid avec trop peu de soignants, des compétences insuffisantes et une répartition

géographique déséquilibrée. Les soignants ont cependant constitué la principale défense de la population, se mettant eux-mêmes en danger. L'OMS estime qu'environ 50 000 d'entre eux pourraient avoir perdu la vie pendant la pandémie. D'une manière générale, tous ont dû également faire face au stress et à l'épuisement. Une fois la pandémie passée, la pression reste élevée afin de rattraper le retard accumulé qui s'ajoute à la charge habituelle dans un contexte de population vieillissante.

## UNE DÉMOGRAPHIE DISPARATE

Les données disponibles montrent que le

## DIX ACTIONS POUR RENFORCER LA POPULATION DES SOIGNANTS

L'OMS propose 10 actions prioritaires pour renforcer les populations de soignants. Toutes impliquent la collaboration des différents acteurs concernés.

- 1 Aligner la formation des soignants sur les besoins de la population ;
- 2 Renforcer le développement professionnel continu pour doter les soignants de nouvelles connaissances et compétences ;
- 3 Développer l'utilisation des outils numériques pour soutenir le personnel ;
- 4 Élaborer des stratégies pour attirer et retenir les professionnels de santé dans les zones rurales et éloignées ;
- 5 Créer des conditions de travail favorisant un équilibre sain

entre vie professionnelle et vie privée ;

- 6 Protéger la santé et le bien-être mental des soignants ;
- 7 Renforcer la capacité de leadership pour la gouvernance et la planification des effectifs ;
- 8 Renforcer les systèmes d'information sur la santé pour améliorer la collecte et l'analyse des données ;
- 9 Augmenter les investissements publics dans la formation, le développement et la protection des soignants ;
- 10 Optimiser l'utilisation des fonds grâce à des politiques innovantes.

**Vous pouvez consulter le rapport (en anglais) sur :** [who.int/europe/publications/i/item/9789289058339](https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339)



# UN DÉFI EUROPÉEN

FIGURE 1. Densité des médecins - comparaison avec la densité régionale moyenne (37 pour 10 000) - 2020

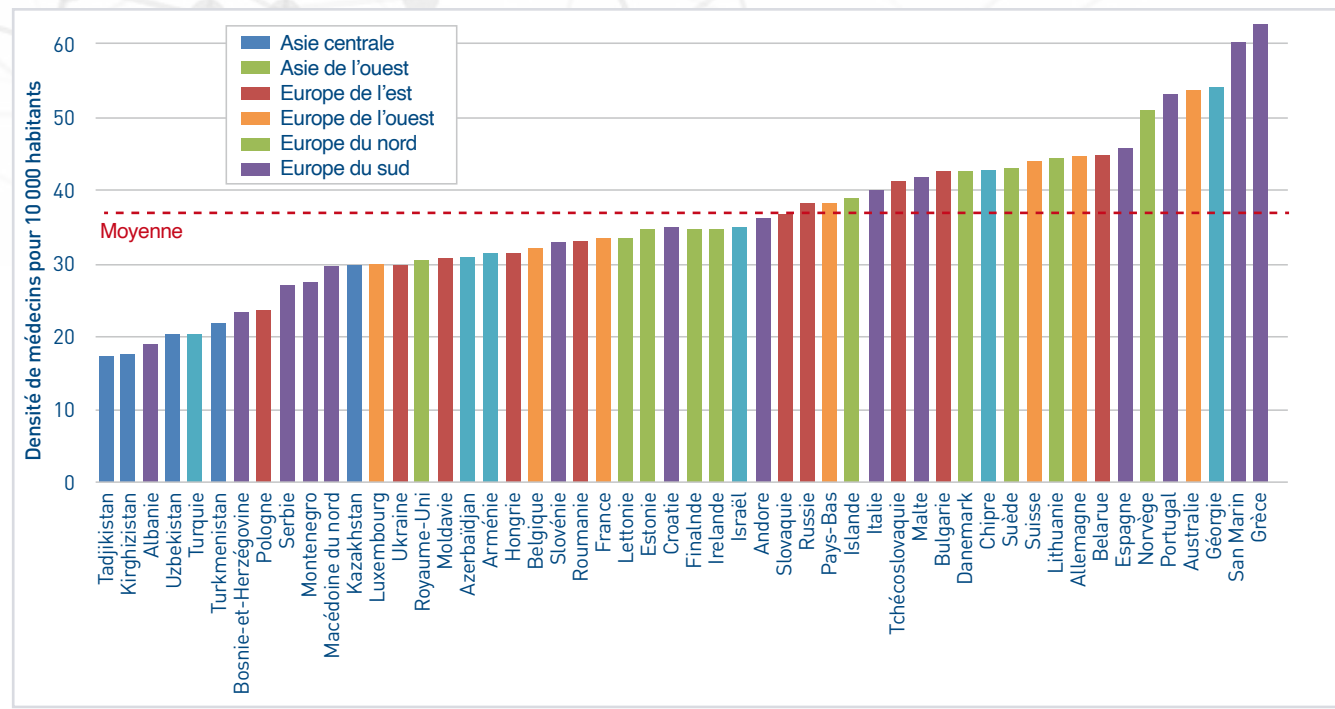
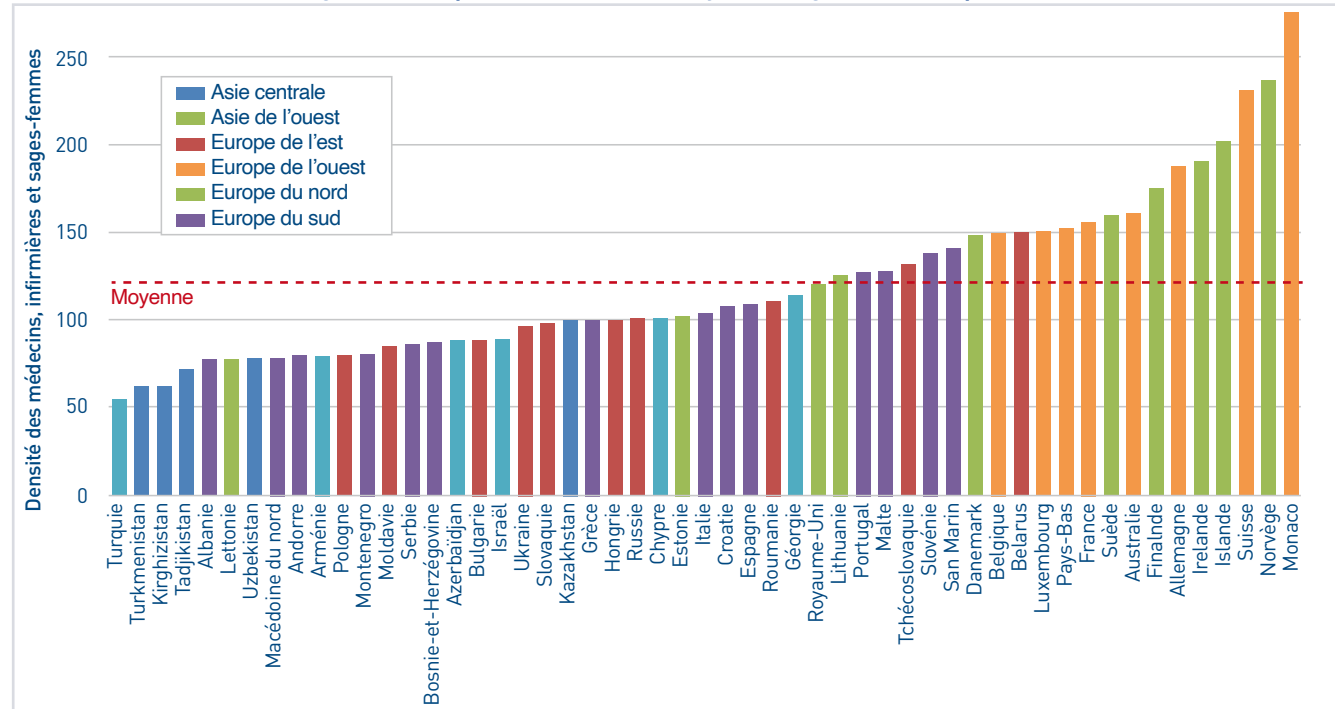


FIGURE 2. Densité des soignants comparée à la densité moyenne régionale (121 pour 10 000) - 2020



nombre de médecins, d'infirmières et de sage-femmes a augmenté de 10 % entre 2010 et 2020 en Europe. Cette tendance générale à la hausse est bienvenue dans un contexte de prévalence croissante des maladies non transmissibles, des handicaps et des maladies chroniques. Elle marque cependant de fortes disparités : une forte augmentation

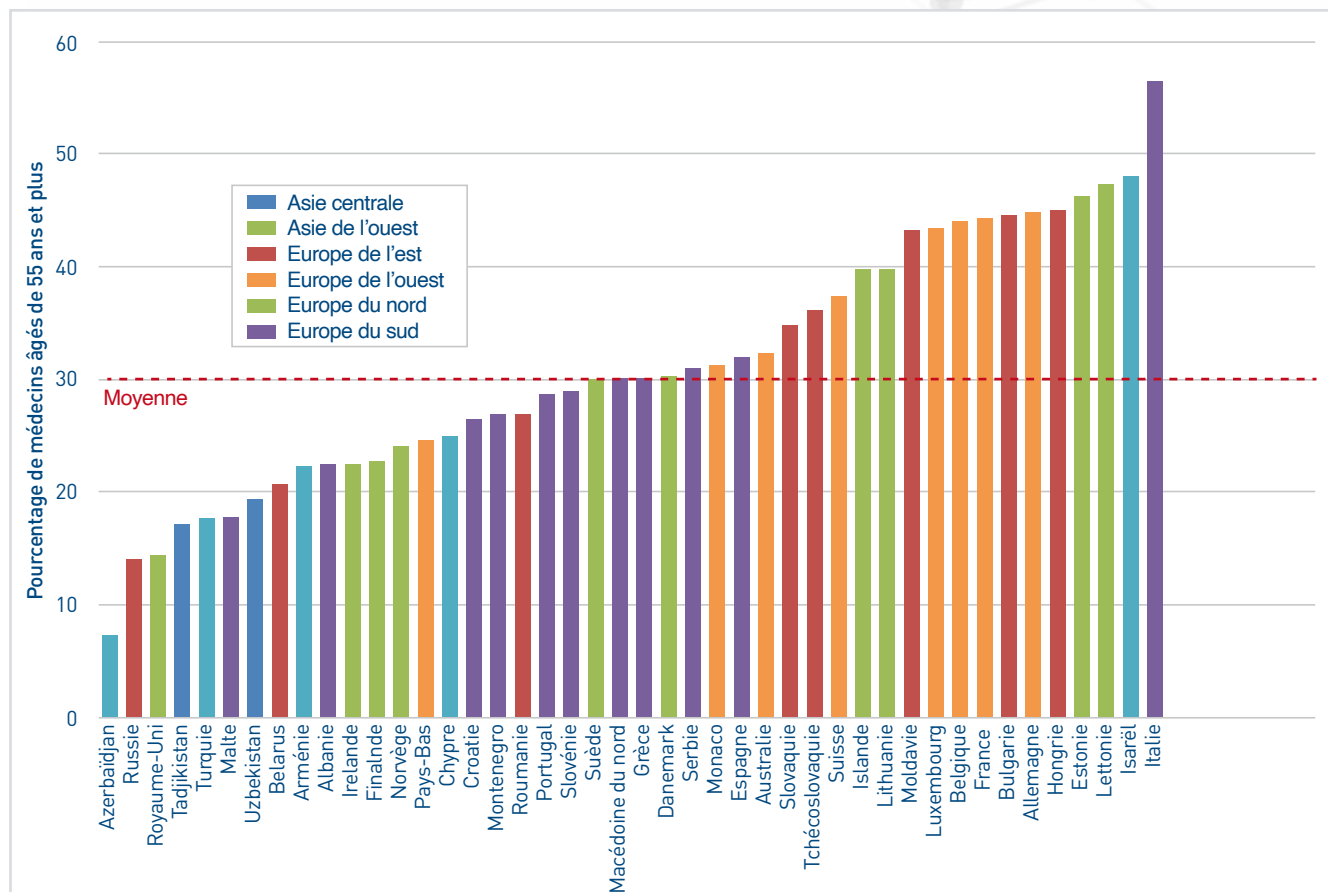
a été observée en Asie occidentale (36 %), en Europe occidentale (26 %) et en Europe méridionale (15 %). Des baisses ont été enregistrées en Asie centrale (-15 %) et en Europe orientale (6 %). La formation de personnel soignant varie considérablement d'un pays à l'autre et les pays ayant un nombre faible de diplômés ne

peuvent remplacer les professionnels partant à la retraite. Pour les médecins, le pourcentage de diplômés par rapport à la population varie selon les pays, de moins de 1 % à 15 %. Pour les infirmiers, il varie de moins de 1 % à près de 25 %. De plus, les professionnels de santé vieillissent. Ainsi, concernant par exemple les médecins, 13 des 44 pays ayant



## PÉNURIE DE SOIGNANTS, UN DÉFI EUROPÉEN

FIGURE 3. Pourcentage de médecins âgés de plus de 55 ans - 2020



communiqué des données indiquent que 40 % de leurs médecins sont âgés de 55 ans ou plus.

Enfin le rapport souligne que la proportion de femmes dans le corps médical a augmenté ces 10 dernières années, passant de 42 % à 48 %. Cependant les femmes restent majoritaires dans les professions moins rémunérées et de statut inférieur.

### UNE PÉNURIE DANS TOUS LES PAYS DE LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS

Pénurie de personnel, insuffisance du recrutement et de la rétention, migration des travailleurs qualifiés, conditions de travail peu attrayantes et accès faible et limité aux possibilités de développement professionnel continu sont autant de facteurs qui nuisent aux systèmes de santé des pays.

De plus, l'OMS note une insuffisance de données concernant la population des soignants, une capacité d'analyse limitée de ces données, une gouvernance et une gestion des ressources laissant à désirer, un manque de planification stratégique et des investissements insuffisants dans le développement et la formation des professionnels de santé.

### RÉUSSIR L'APRÈS PANDÉMIE EN PÉRENNISANT CE QUI A MARCHÉ PENDANT SA GESTION

Pour faire face à la pandémie, les Etats ont mobilisé davantage de soignants, par exemple en déployant des étudiants et des professionnels retraités ou inactifs dans des structures de soins, mais aussi en faisant appel à des volontaires et en accélérant le déploiement de professionnels formés à

l'étranger. Le recours accéléré au numérique a également contribué à répondre aux besoins. Des mesures urgentes ont été prises pour protéger les soignants en créant des environnements de travail sûrs, en soutenant leur santé mentale, en mettant en place des mesures de prévention et en leur fournissant une aide financière et pratique (par exemple pour les gardes d'enfants) pour leur permettre de continuer à travailler efficacement. De nombreuses stratégies adoptées au cours du COVID-19 pour protéger, retenir et faire revenir les soignants ne sont pas nouvelles mais elles ont nécessité des changements rapides, aussi bien dans les champs de la politique, de la réglementation, du financement et même en matière de méthodes de travail. L'OMS estime que s'inspirer de ces stratégies constitue l'une des pistes pour mieux accompagner nos soignants. ■



# LE SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

En 1949, le visionnaire Pr Camille Lian déposait les statuts du Syndicat national des médecins spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux (SNSMCV) alors que la spécialité n'existait pas encore... Près de 75 ans plus tard et avec plusieurs beaux succès à son actif, le Syndicat national des cardiologues est le seul syndicat à défendre uniquement les intérêts des cardiologues libéraux grâce à un projet structurant et porté vers l'avenir.



Rawpixel

## BIENTÔT 75 ANS !

Ce n'est qu'en janvier 1957 que la cardiologie est reconnue comme une spécialité à part entière, avec la publication au *Journal Officiel* de la liste des CES ouvrant droit à une qualification de spécialiste. Jusqu'alors, seules 11 spécialités médicales étaient reconnues : la chirurgie générale, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la biologie médicale, l'électroradiothérapie, la stomatologie, la gynécologie/obstétrique, la dermatovénérologie, la phthisiologie, la neurologie et la psychiatrie. Le dépôt des statuts du Syndicat national des médecins spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux par le professeur Camille Lian dès janvier 1949 revêt un caractère visionnaire à double titre dans la mesure où il fédérait les médecins spécialistes des maladies du cœur tout en élargissant leurs compétences aux maladies vasculaires. En octobre 1990, le syndicat se dote d'une filiale FMC par la création de l'Union nationale de formation continue et d'évaluation et médecine cardiovasculaire (UFCV). L'UFCV est aujourd'hui le principal organisme national de formation cardiovasculaire en France. En juin 2019, le syndicat change de nom et devient le Syndicat national des cardiologues (SNC).

## MISSIONS DU SNC

Le SNC regroupe les syndicats départementaux ou régionaux régulièrement constitués. Il peut également recevoir directement l'adhésion individuelle de cardiologues exerçant dans les départements où il n'existe pas de syndicat local.

Le SNC fédère les cardiologues libéraux (y compris ceux travaillant dans des établissements) français. Il a pour missions et objectifs :

- de défendre par tous les moyens appropriés les intérêts professionnels, matériels et moraux des médecins spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux ;
- de coordonner et susciter l'action des syndicats locaux et catégoriels ;
- de représenter les cardiologues auprès des centrales syndicales nationales ;
- éventuellement d'échanger directement avec les pouvoirs publics et les organismes de couverture sociale sur toutes les questions concernant les cardiologues ;
- de diffuser les informations auprès de ses adhérents ;
- d'être garant de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques en cardiologie.

Depuis sa création, le syndicat a remporté quelques belles victoires, par exemple la reconnaissance médicotéchnique de la spécia-

lité par la mise en place d'une nomenclature propre ou encore la création d'une cotation spécifique pour les cardiologues (la CSC). Il a également permis la diffusion de l'innovation technologique dans le secteur libéral en demandant à plusieurs reprises un changement des règles d'autorisations (coronarographie, défibrillateur automatique implantable...).



C'est en 1949 qu'est créé le Syndicat national des médecins spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux par le Pr Camille Lian.

## UN PROJET STRUCTURANT Tourné vers l'AVENIR

Le projet porté par le syndicat depuis 2020 repose sur 3 piliers :

### L'innovation technologique

Le suivi de l'innovation passe par une veille active portant sur tous les domaines impliquant la technologie :

- les progrès et les innovations techniques



## LE SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

pures, y compris ceux impliquant l'intelligence artificielle ;

- la coordination entre professionnels de santé et l'accès à des soins plus adaptés pour les patients (ex. : téléconsultation, téléexpertise) ;

- la formation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

### L'expertise scientifique et médicale

L'expertise passe par la formation initiale et continue sans oublier un certain « compagnonnage » : stage des internes de cardiologie en médecine libérale, programmes de formation de qualité et pertinents, échanges avec d'autres spécialités...

Le syndicat entend prendre toute sa place dans les domaines de la formation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment dans le cadre de la recertification. Le travail portant sur la pertinence des actes doit également être poursuivi et amplifié, car il constitue le principal garant du maintien d'une rémunération acceptable.

### La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle a pour objectif premier de faciliter l'accès aux soins en cardiologie sans remettre en cause la liberté d'installation ou l'accès au médecin traitant. Elle favorise pour cela la pertinence des soins et des parcours : consultations avancées pour mieux couvrir les territoires où l'installation de cardiologues est difficile, temps quotidien dédié aux soins non programmés afin d'éviter un recours inutile et coûteux aux urgences hospitalières.

La responsabilité populationnelle implique également de prendre en considération l'ensemble des habitants d'un territoire pour améliorer leur niveau de santé tout en respectant au mieux le cadre de vie de chacun. Elle nécessite la mise en place d'outils d'information et d'éducation thérapeutique.

L'organisation des soins sur un territoire doit s'adapter aux spécificités de celui-ci et évo-

## LES CLÉS D'UNE ORGANISATION SOCIOPROFESSIONNELLE OPTIMISÉE

- UNE AMÉLIORATION DE LA COORDINATION en lien avec les médecins généralistes ;
- UN TRANSFERT D'ACTIVITÉ, sous la responsabilité du médecin cardiologue, vers les infirmières en pratiques avancées ou les assistants médicaux techniques en y incorporant l'éducation thérapeutique ;
- UNE DÉLÉGATION DE TÂCHES.

luer vers un exercice regroupé, coordonné, en premier lieu avec le médecin généraliste mais pas seulement, pour contribuer à améliorer la prise en charge des patients. Elle peut s'appuyer sur des structures comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Équipes de soins spécialisés (ESS). La délégation de tâches sous la responsabilité du cardiologue doit aider à dégager du « temps médecin ».

### OUTILS ET PARTENARIATS

Le journal *Le Cardiologue* est l'organe officiel du Syndicat. Son premier numéro date

de mars 1965. Distribué à environ 3 500 cardiologues, il est proposé sur abonnement en versions papier et numérique. Les différents numéros sont accessibles depuis le site internet du syndicat.

Adhérent à la Fédération des spécialités médicales, le SNC est membre du Conseil national professionnel cardiovasculaire (CNPCV), créé dès 2007 avec la Société Française de Cardiologie (SFC). Ce conseil comprend également des membres du Collège national des cardiologues français (CNCF) et du Collège national des cardiologues des hôpitaux (CNCH). ■

## Les présidents du SNC depuis 1949

<b>Pr Camille Lian</b>	de janvier 1949 à mars 1967.
<b>Dr Henri Kaufmann</b>	de mars 1967 à janvier 1978.
<b>Dr Claude Bergogne</b>	de janvier 1978 à janvier 1984.
<b>Dr Henri Lafont</b>	de janvier 1984 à juin 1987.
<b>Dr Claude Bergogne</b>	de juin 1987 à mars 1990.
<b>Dr Yves Decalf</b>	de mars 1990 à janvier 1993.
<b>Dr Jean-Paul Letouzey</b>	de janvier 1993 à février 1996.
<b>Dr Bernard Dupont</b>	de février 1996 à janvier 1999.
<b>Dr Christian Aviéros</b>	de janvier 1999 à août 2006.
<b>Dr Jean-François Thébaut</b>	d'août 2006 à janvier 2011.
<b>Dr Christian Ziccarelli</b>	de janvier 2011 à janvier 2014.
<b>Dr Éric Perchicot</b>	de janvier 2014 à janvier 2017.
<b>Dr Jean-Pierre Binon</b>	de janvier 2017 à février 2020.
<b>Dr Marc Villacèque</b>	de janvier 2020 à février 2023
<b>Dr Vincent Pradeau</b>	depuis janvier 2023

# LES COTATIONS DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ...

La pratique cardiologique libérale ne se limite pas aux actes effectués en cabinet car beaucoup d'entre vous exercent également au sein d'une clinique qui constitue le prolongement de l'activité médicale du cabinet.

Plusieurs cas de figures peuvent se présenter selon que votre patient est de passage pour une consultation ou un examen ou qu'il est hospitalisé ; nous aborderons pour cette première partie les actes cliniques (cotés en NGAP) et dans un prochain numéro les actes techniques (CCAM).

## COMMENT COTER UNE CONSULTATION POUR UN PATIENT QUI VOUS EST ADRESSÉ ?

### 2 possibilités :

■ **Coter une Cs** : dans le cas où le patient n'est pas adressé par son médecin traitant, qu'il vienne de lui-même ou qu'il soit adressé par un autre médecin : la cotation reste la même qu'en cabinet : Cs + MPC + MCS + DEQP003 (= 44,26 €) pour les cardiologues en secteur 1 ou secteur 2 (avec OPTAM) ; la MCS (Majoration de coordination du spécialiste) implique que le patient soit en parcours de soins (médecin traitant déclaré et tenu informé). Une dérogation accordée aux partenaires conventionnels depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018 autorise les cardiologues en secteur 2, hors OPTAM à coter la MCS à condition de pratiquer les tarifs opposables, sinon, ce sera Cs + DEQP003 (= 36,52 €) + complément d'honoraires. On rappellera pour nos lecteurs la différence de tarification de l'ECG selon le secteur d'appartenance (14,26 € en S1 et 13,52 € en S2).

■ **Coter un APC (ex-C2)** : dans le cas où le patient est adressé par son médecin traitant (lettre ou appel téléphonique en cas d'urgence), qu'il n'ait pas été vu pour le même motif dans les 4 mois précédents, tout en laissant le soin à ce dernier d'assurer la surveillance du patient (sachant qu'il est possible de rédiger une ordonnance de mise en route du traitement ou pour demander des examens com-

plémentaires) : APC + DEQP003 (= 69,26 €) pour les cardiologues en secteur 1 et 2 avec OPTAM ou APC + DEQP003 (= 68,52 €) + complément d'honoraires.

La CsC (Consultation spécifique de cardiologie) n'est pas applicable car son libellé précise qu'il s'agit d'une consultation au cabinet du cardiologue. Les majorations U (nuits entre 20h00 et 8h00) et F (dimanche et jours fériés) sont applicables (cf. *Le Cardiologue n°447*) dans le respect de leur intitulé selon l'art. 14 des DG de la NGAP : « Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures ».

Attention, lorsqu'une urgence se présente la nuit d'un dimanche, seule la majoration de nuit U s'applique ! Enfin, la MCU (Majoration de coordination urgences) est applicable lorsque la consultation est réalisée dans les 48 heures qui suivent l'appel du médecin traitant.

## COMMENT COTER UNE CONSULTATION SUR UN PATIENT HOSPITALISÉ ?

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter selon qu'il s'agisse d'une consultation isolée, d'une consultation avec un ECG ou enfin d'un honoraire de surveillance.

■ **En cas de consultation isolée**, seule la Cs peut être utilisée puisque la CsC n'est pas autorisée sur un patient hospitalisé (art 15.1 des Dispositions Générales de la NGAP) comme l'APC qui nécessite la demande du médecin traitant. Le compte rendu de cette consultation sera notifié dans le dossier du patient. Les majorations MPC et

MCS peuvent également s'appliquer pour les cardiologues en S1 ou S2 avec OPTAM, à condition qu'il y ait un retour au médecin traitant pour la MCS.

■ **En cas d'association d'une Cs avec ECG**, on se référera à l'art. III-3 A) 3 des dispositions diverses de la CCAM qui stipule que « Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation... les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par dérogation à cette disposition,



## LES COTATIONS DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ...

sont autorisés : le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. » c'est en principe Cs 0,8 + DEQP003 qu'il conviendrait d'appliquer... Toutefois, dans son relevé de décision du 11 juillet 2019, la CNAM propose de supprimer la réduction à 80 % de la Cs dans son cumul avec l'ECG à la condition que l'acte soit réalisé « dans un autre service que celui où le malade est hospitalisé et exclusivement dans le cas où le personnel médical du service n'est pas en mesure d'effectuer lui-même la consultation » et dans ce cas, « la cotation attendue est CS ± MPC ± MCS (± ECG) »

■ **En cas de surveillance quotidienne d'un patient hospitalisé**, lorsque le cardiologue ne pratique pas d'acte technique, ce n'est pas une consultation mais un honoraire forfaitaire de surveillance qu'il faut coter (C x 0,8), dans la limite de 30 patients par jour et par médecin et ne peut pas être associé aux majorations U et F ni à la MPC ou la MCS ; sa facturation est dégressive au cours du temps :

- C x 0,8 du 1<sup>er</sup> au 20<sup>e</sup> jour
- C x 0,4 du 21<sup>e</sup> au 60<sup>e</sup> jour
- C x 0,2 ensuite

On rappellera la règle des 15 jours après un acte interventionnel, qui stipule que le médecin qui a réalisé l'acte ne peut effectuer de cotation ; c'est la notion d'acte global définie dans l'art. I-6 des DG de la CCAM qui précise : « Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte intervention-

nel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période per interventionnelle ;
- la période post interventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non. »

Est-il possible d'associer un honoraire de surveillance avec un ECG (DEQP003) ? En théorie non, si l'on se réfère à la règle de non-cumul de cet honoraire avec un acte CCAM le même jour par le même médecin selon l'art. 20 des DG de la LAP : « Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K de la nomenclature générale des actes professionnels ou avec ceux des actes de la CCAM, à l'exception des actes d'imagerie. » Cependant, dans son relevé de décision du 11 juillet 2019, la CNAM autorise cette association C 0,8 + DEQP003 (mais les majorations MPC et MCS ne s'appliquent pas bien entendu) considérant que le C de l'honoraire de surveillance s'apparente plutôt à une consultation lorsqu'il est associé à un ECG...

Qui a dit que la nomenclature était simple et accessible ? ■



## 2020-2023

LE BILAN DU SYNDICAT  
NATIONAL DES CARDIOLOGUES

Le 28 janvier, Marc Villacèque a cédé la place au nouveau président du Syndicat national des cardiologues (SNC), Vincent Pradeau. A cette occasion, nous revenons avec les acteurs essentiels sur les trois années de son mandat pour en dresser un bilan en quelques points.



Syndicat National  
des **Cardiologues**  
Médecine cardiovasculaire

**GÉRER LE COVID**

- L'impulsion de Marc Villacèque ..... II

**JEUNES CARDIOLOGUES**

- Une plus forte implication ..... II

**LA CARDIOLOGIE DE DEMAIN**

- Le cardiologue, la télésanté et les équipes de soins spécialisées ..... III
- Innovations organisationnelles :  
Innov'Cardio ..... III
- Tous unis contre l'insuffisance cardiaque III

**CARDIOLOGUE PRESSE**

- Moderniser nos publications ..... IV

**NOS STRUCTURES PARTENAIRES**

- Les deux ailes de la cardiologie libérale ... IV
- Activité du CNPCV en 2022 ..... IV
- FormatCœur/UFCV : Trois années  
mouvementées mais un bilan solide ..... V

**ORGANISER LE QUOTIDIEN**

- Congrès, commissions, site internet ..... VII

**A L'HEURE DU BILAN**

- Bilan et prospective sanitaire ..... VII
- Retour sur trois ans de présidence ..... VIII



## GÉRER LE COVID L'IMPULSION DE MARC VILLACÈQUE

PAR FRANÇOIS DIÉVART

La mémoire est souvent courte et la vie des soignants reprenant ses droits avec des emplois du temps conséquents, probablement peu d'entre eux se rappellent encore tout ce qui est arrivé en France (mais aussi dans le monde) à partir du premier trimestre 2020 : du jamais vu.

### UN PROBLÈME D'ORGANISATION

La pandémie et sa gestion ont surpris toute la population, y compris les médecins. Devant servir de réservoirs potentiels de lits en cas de débordement des hôpitaux, les cliniques ont eu trois jours pour se vider et cesser tous les soins. Puis le confinement a été décrété et les médecins de ville ont dû réduire leur activité au minimum nécessaire afin de diminuer la dissémination du virus. Les patients ne pouvaient circuler qu'avec un « laisser-passer ». Tout cela était légal et indemnisé pour partie au nom du « quoi qu'il en coûte ». De nouvelles options de soins ont été encouragées telles la téléconsultation.

### DES PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX

Face à ce changement radical et soudain, les médecins ont pu être désorientés : que devaient-ils faire ? Que pouvaient-ils faire ? Puis sont arrivés les premiers tests. Chez qui les pratiquer ? Quelle fiabilité ? Comment faire ? Puis sont arrivés les masques. Qui devait les porter ? Comment les porter ? Et quel masque porter ? Puis les vaccins. Qui vacciner ? Fallait-il participer à la campagne de vaccination ? Que dire aux patients rétifs et hostiles ? Qui pouvait-on et devait-on recevoir en cabinet médical parmi les non-vaccinés ?

### UN PROBLÈME MÉDICAL

Tout cela à cause d'un nouveau virus, puis ses variants, dans une ambiance de contagiosité mal appréciée ce qui avait conduit à faire porter des combinaisons étanches aux soignants lors des contacts avec les premiers patients... Apocalypse now... On ne parlait que des décès. Mais quel était donc ce virus ? Et, pour les cardiologues éloignés de leurs études médicales, qu'est-ce que c'est déjà, un virus ? Comment l'attrape-t-on ? Que risque-t-on vraiment ? Et l'histoire se modifiait presque chaque semaine.

### UN PROBLÈME DE COMMUNICATION

Si les non-professionnels de santé ont pu être désarmés, notamment en entendant certains médecins, certains médias et certaines personnalités politiques sans aucune compétence – et qui n'ont pas semblé particulièrement dignes – raconter n'importe quoi, le médecin devait rester le conseil logique du patient, son point d'appui. Et ce alors que les médecins se déchiraient dans les médias. Que devait dire le médecin de tous les jours à son patient face à une situation tellement évolutive, face à des polémiques hors d'âge, notamment sur les vertus supposées d'un prétendu traitement dont de nombreux médecins jugeaient qu'il était « honteux » sinon « criminel » de ne pas l'utiliser ?...

### LE SYNDICAT DES CARDIOLOGUES

Alors rappelez-vous cette époque : qui vous a aidé régulièrement à envisager cette actualité pour votre exercice, votre pratique, vos patients et votre santé ?

Votre syndicat... à travers plus de trente circulaires et communiqués adressés aux cardiologues, leur précisant ce qu'il était utile et nécessaire de faire, leur précisant les dernières données concernant la contagiosité du virus et les mesures à prendre au quotidien... mais pas que cela.

Comme l'écrivait Marc Villacèque dès le 11 mai 2020, lors de ce qui fut le premier déconfinement : « *Le Syndicat national des cardiologues continue de se battre pour vous. Après avoir multiplié les actions depuis le début de la crise et notamment, avoir obtenu des indemnités de la CNAM, produit des fiches techniques et répertorié les recommandations (gestes barrières, épreuves efforts...) sur [sncardiologues.fr/recommandation-c19](http://sncardiologues.fr/recommandation-c19), présenté des formations webinar sur le Covid-19, aujourd'hui, nous demandons toujours à la CARMF et aux assurances des gestes forts pour la survie de nos cabinets médicaux. Par ailleurs, nous préparons avec la Société française de cardiologie (SFC) un document portant sur les bonnes pratiques en cardiologie durant le déconfinement Covid-19. Cette période génère beaucoup d'incertitudes et de questionnements : comment reprendre mon activité professionnelle en assurant sécurité et qualité sans mettre en danger mes patients, mon cabinet, ma famille ? Comment maintenir mon équilibre financier ? Dans ce sens, et afin de vous accompagner sur le déconfinement et recueillir vos attentes et préoccupations, je poursuis mon tour de France des régions à votre rencontre.* »

Alors, oui, le syndicat a pleinement joué son rôle en vous défendant et même plus, sous l'impulsion d'un président jeune et dynamique. Il a renforcé mon envie d'en être acteur. ■



## JEUNES CARDIOLOGUES UNE PLUS FORTE IMPLICATION

PAR CYRIL ZAKINE

Le Syndicat national des cardiologues fait confiance aux jeunes et laisse la place aux jeunes cardiologues qui souhaitent participer à la vie syndicale. Dans cet état d'esprit

est née en 2021 la commission des jeunes. Présidée par Cyril Zakine, elle est composée de Sana Amraoui, Pascale Chemaly, Iris Ma et Philippe Taghji.

La commission des jeunes a œuvré en 2022 pour promouvoir et faciliter l'entrée dans le monde libéral des jeunes cardiologues souhaitant s'installer :



► ■ **Le pack d'installation** : la commission a fortement contribué à la rédaction du pack d'installation disponible en libre accès sur le site du SNC. La démarche consiste à mettre à la disposition des cardiologues toutes les informations pertinentes disponibles permettant de répondre à un maximum de questions sur l'installation en cardiologie libérale. Le

pack est construit autour de quatre thématiques : « Je m'interroge », « Je découvre », Je définis mon projet », « Je m'installe ».

■ **La plateforme Cardio'link** : lancée en 2022, cette plateforme disponible en libre accès met en relation les cardiologues installés et les cardiologues souhaitant effectuer des remplacements, désirant s'installer ou

cherchant à reprendre un cabinet. Très intuitif, facile d'utilisation et gratuit pour les jeunes et les syndiqués, cet outil facilite et fluidifie les échanges entre jeunes et moins jeunes.

Enfin, la commission collabore avec le collège des cardiologues en formation pour développer des projets et construire ensemble l'avenir de la cardiologie libérale et hospitalière. ■



## LA CARDIOLOGIE DE DEMAIN LE CARDIOLOGUE, LA TÉLÉSANTÉ ET LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉES

PAR THIERRY GARBAN

Définie en 2009 dans la loi HPST, la télé-médecine constitue une forme de pratique médicale à distance grâce au recours aux techniques de la communication et de l'information. On distingue 5 actes : la téléconsultation, la téléexpertise, la téléassistance, la télésurveillance et la régulation.

Fin 2022, le Syndicat national des cardiologues a utilisé le dispositif prévu par l'article 51 de la loi

de financement de la Sécurité sociale de 2018 pour lancer des expérimentations utilisant la télé-médecine avec comme objectif de permettre à des patients isolés ou non mobilisables d'avoir accès à une prise en charge cardiologique.

Ces expérimentations prévoient la mise en place d'une nouvelle organisation des soins grâce à une équipe mobile paramédicale dirigée par des cardiologues, ainsi que le recours

à un acte innovant : la télécardiologie augmentée. Concrètement, un professionnel de santé formé se rend chez le patient avec du matériel portable et y recueille toutes les données nécessaires aux cardiologues pour prendre une décision (ECG, Holter ECG, échographie cardiaque, polygraphie ventilatoire...). Le suivi du patient est ensuite organisé en respectant une logique de parcours et sur la durée. ■

## INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES : INNOV'CARDIO

Innov'Cardio est une publication du SNC réalisé en partenariat avec le cabinet Ethicare. Elle a pour ambition de mettre l'intelligence du terrain au service du collectif. Dans un environnement en constante évolution, elle propose aux cardiologues de partager les expériences innovantes et présente des recommandations de bonnes pratiques et des outils pour les aider à monter leurs projets.

Avec cet outil, l'objectif du SNC est d'accompagner et soutenir les cardiologues libéraux à la fois dans l'amélioration du service rendu aux patients et à leur entourage mais surtout dans le développement et la mise en œuvre opérationnelle de modèles organisationnels innovants tels que l'exercice coordonné au sein des territoires, le développement du numérique en santé et tout particulièrement

de la télécardiologie et l'exercice partagé et pluridisciplinaire.

Six numéros sont déjà parus : La téléexpertise cardiologique en psychiatrie, Les IPA, Les CPTS, Les assistants médicaux, L'éducation thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque et enfin, les ESS en cardiologie.

Innov'Cardio est disponible sur le site internet du syndicat et offert à tous les adhérents. ■



## TOUS UNIS CONTRE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

PAR THIBAUD DAMY

En tant que membre actif de la SFC, du GICC et universitaire-hospitalier, cela a été un plaisir de travailler avec le SNC et Marc Villacèque pendant son mandat de président du syndicat. Nos différences se sont avérées des complémentarités et nous avons pu construire ensemble de beaux projets dans l'intérêt des patients et de la profession, notamment dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Nous avons pu mener à bien le projet *Outil'IC* qui permettra de mettre en commun les meilleurs outils conçus par les uns et par les autres dans toute la France pour nous aider dans nos pratiques et surtout pour le plus grand bénéfice de nos patients. Nous avons également aidé l'Assurance-maladie dans sa campagne de sensibilisation des signes EPOF pour le grand public, les

médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Afin d'améliorer le parcours de l'insuffisant cardiaque tant à ville qu'à l'hôpital nous travaillons actuellement sur le passage en droit commun de la télésurveillance. Ensemble, privé et public, on va beaucoup plus loin et haut !

Vive la cardiologie ! ■



## CARDIOLOGUE PRESSE MODERNISER NOS PUBLICATIONS

PAR JEAN-PIERRE BINON

Commençons par un peu d'histoire... le 1<sup>er</sup> mars 1965, le syndicat publie le premier numéro de son journal officiel, la revue *Le Cardiologue*. Depuis, elle a continuellement paru, initialement à un rythme trimestriel puis mensuel et maintenant bimestriel. Vous tenez entre vos mains son 450<sup>e</sup> numéro ! Notre objectif est de simplifier la communication du syndicat, de la rendre plus lisible et de permettre à chaque cardiologue de trouver facilement l'information qu'il cherche.

Le nouveau Bureau de l'association instauré en janvier 2021 s'est donné plusieurs objectifs :

- Le retour à l'équilibre des comptes après plusieurs exercices déficitaires liés en grande partie à la baisse des recettes publicitaires.
- Centrer la revue sur la vie socioprofession-

nelle des cardiologues.

- Utiliser les nouveaux modes de communication pour mieux coller à l'actualité.

### LE BILAN

■ Les comptes sont de nouveau à l'équilibre depuis deux ans au prix d'une politique drastique de réduction des dépenses et des efforts de toute l'équipe rédactionnelle.

■ Le choix éditorial de centrer les articles sur la vie socioprofessionnelle des cardiologues nous a conduits à abandonner les cahiers FMC pour créer de nouvelles rubriques ainsi qu'un cahier pratique détachable. Nous avons conservé l'éditorial du Président, ainsi que la page du CNCF qui témoigne des liens étroits que nous avons noués avec cette autre instance de la médecine libérale, de même les

rubriques sur les nouvelles technologies, la culture et l'œnologique.

■ Pour mieux coller à l'actualité, nous avons créé *CardioHebdo*, notre lettre d'information hebdomadaire (tous les mercredis). Vous y trouvez également des renvois sur les rubriques ad'hoc du syndicat mais aussi pour adhérer au syndicat ou vous inscrire aux sessions de formation *FormatCœur* présentées chaque semaine.

Beaucoup de travail reste à faire, par exemple développer une plus forte présence sur les réseaux sociaux pour mieux nous adapter à vos besoins et à vos attentes. Pour cela nous avons besoin de votre confiance et votre abonnement à la revue *Le Cardiologue* en est la meilleure manifestation. ■



## NOS STRUCTURES PARTENAIRES LES DEUX AILES DE LA CARDIOLOGIE LIBÉRALE

PAR MAXIME GUENOUN

La synergie nécessaire entre le Syndicat national des cardiologues et le CNCF est à l'œuvre. Elle constitue une évidence dans l'esprit de leurs fondateurs avec une juste répartition des rôles pour permettre aux cardiologues libéraux de voler très haut dans l'espace cardiologique. Ces trois dernières années, la collaboration autour des DPC et l'ODP2C a permis de dynamiser le programme proposé par la cardiologie libérale. La fréquentation par les cardiologues de ces formations constitue un réel enjeu politique et de reconnaissance pour

nos deux institutions : nous vous engageons à nous suivre et à consolider ainsi notre place de leader. Concrètement :

- Les sessions communes lors des congrès du CNCF se sont enrichies d'ateliers sur différents aspects de notre pratique, au plus près de nos préoccupations.
- Des vidéos communes d'actualité ont été initiées avec des interviews des présidents respectifs. Cela apporte plus de clarté pour tous sur l'action de la cardiologie libérale.
- Des enquêtes de pratiques ont été réa-

lisées. Elles nous éclairent sur nos prises en charge en cardiologie ambulatoire.

Ces nouvelles initiatives concourent à donner une image dynamique de la cardiologie libérale, gage de notre avenir et de notre place dans un ciel pas toujours dégagé.

Le SNC et le CNCF sont les ailes de qui nous permettront de voler loin dans un exercice constamment renouvelé tant sur le plan médical que dans nos modes d'exercice. Rejoignez-nous pour que tous, nous puissions continuer de voler. ■



## ACTIVITÉ DU CNPCV EN 2022

PAR VINCENT PRADEAU

### LE LIVRE BLANC DE LA CARDIOLOGIE

L'année 2022 aura été celle du Livre Blanc de la cardiologie. Coordonné par Olivier Piot, Cet

exercice inédit fédérant pour la première fois les quatre composantes du CNPCV (SFC, SNC, CNCH et CNCF) a permis de poser 14 propositions fortes pour l'avenir de la spécialité à l'hor-

izon de 10 ans, articulées autour de cinq grands axes : offre de soins en cardiologie, implication des cardiologues dans les filières de soins non programmés, renforcement de l'attractivité de

► la cardiologie générale, évolution de la pratique et de la pertinence des actes, recherche.

### LE TAVI

Après une phase de gel, le dossier est à nouveau d'actualité. Dans l'optique de la réévaluation de l'encadrement des centres TAVI qui arrive à son terme en décembre 2023, la HAS a sollicité le CNPCV sur plusieurs points : actualisation des données de France-TAVI, identification des difficultés en terme de maillage territoriale, hétérogénéité des délais, proposition d'indicateurs spécifiques d'alerte.

Un premier groupe de travail autour de Guillaume Cayla et Hakim Benamer est d'ores et déjà à l'œuvre.

### LA TÉLÉSURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

C'est le dossier brûlant du moment. L'établissement des règles de financement pour le passage dans le droit commun à la suite de l'expérimentation ETAPES est depuis

six mois sujet à négociations difficiles tant pour les professionnels de santé que pour les industriels dont le leader du marché vient d'ailleurs de jeter l'éponge. Le transfert d'une partie des tâches sur les professionnels de santé impliqués sans abondement de la rémunération en conséquence est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase et conduit le CNPCV à envoyer une lettre ouverte aux plus hautes autorités de l'Etat pour tenter de débloquer une situation ubuesque.

### L'IMAGERIE DE COUPE

Elle constitue une autre thématique épineuse. Si la décision de l'Autorité de sûreté nucléaire du 8 octobre 2020 semblait ouvrir la porte aux cardiologues, les décrets de septembre 2022 concernant les autorisations d'exploitation d'IRM et Scanner sont venus rappeler que seule une équipe de radiologie pouvait être titulaire. C'est à l'aune de cette nouvelle donne que contact a été pris avec la DGOS fin décembre 2022. A suivre...

### LA DYNAMISATION DE L'ODP2C

La construction et le déploiement des DPC se feront de plus en plus commun entre les quatre structures constitutives du CNPCV. Cela traduisant notre volonté de renforcer une offre institutionnelle de formation de qualité, s'adaptant aux nouvelles orientations prioritaires du DPC pour les trois prochaines années et anticipant la mise en place de la certification périodique effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

### LE HAUT CONSEIL DE LA NOMENCLATURE ET LA NOMINATION DU COMITÉ CLINIQUE CARDIOLOGIQUE POUR LA RÉVISION DE CCAM

Le comité a été constitué avant l'été. Il est coordonné par le Dr Arnaud Lazarus et la première phase d'identification de 20 actes repères est achevée. L'évaluation analytique acte par acte est en cours pour créer une hiérarchisation. Le recensement des actes qui sont éventuellement à intégrer est engagé. ■



## FORMATCŒUR/UFCV : TROIS ANNÉES MOUVEMENTÉES MAIS UN BILAN SOLIDE

PAR PIERRE MARETTE

Au terme de ces trois années de mandature de Marc Villacèque au SNC et à FormatCœur/UFCV, revenons sur le bilan de notre organisme de formation et d'évaluation FormatCœur/UFCV.

Trois années de travail soutenu, souvent sous pression, car un organisme de formation est fragile par essence, soumis à la fois aux contraintes réglementaires et au succès indispensable de ses formations, à l'heure où la concurrence de l'information médicale foisonne sur internet.

Nous sommes restés fidèles à nos principes fondateurs : apporter à tous une formation de qualité, renouvelée, mise à jour, conviviale, le tout avec un budget équilibré. La reconnaissance de la qualité de notre organisme de formation est attestée par notre certification *Qualiopi* obtenue fin 2020, mais également par le succès (votre succès) de nos formations.

### LA PANDÉMIE : UNE OPPORTUNITÉ POUR DÉVELOPPER LES FORMATIONS À DISTANCE

Cette mandature 2020-2023 a débuté pour nous tous par un coup de tonnerre. Début 2020, tous nos projets ont été bouleversés par l'épidémie de Covid qui nous a obligés à mettre en œuvre d'importants changements dans l'urgence.

Conséquence directe de l'épidémie, la disparition de nos projets de formations présentiels aurait pu déclencher une crise sérieuse mais elle a finalement constitué une opportunité. En effet, nous étions prêts à développer une multitude de formations distantielles, les seules possibles pendant cette période. Vous nous avez accompagnés dans ce succès, avec des taux élevés de participation et des taux de satisfaction de très bon niveau.

Nous avons été l'un des rares organismes de

formation à maintenir une activité soutenue avec parfois jusqu'à deux sessions quotidiennes de formation. Puis en 2022, avec le retour progressif à la normale, vous avez manifesté votre attachement à ces formations à distance comme en témoigne un taux de participation resté élevé.

Beaucoup ont souhaité retrouver les formations présentiels, se rencontrer à nouveau, échanger en face à face sans écran : notre prochain défi sera de relancer plus activement nos formations présentiels sur tout le territoire et nous comptons sur vous tous, sur nos contacts régionaux, responsables d'amicales, responsables syndicaux, et toute autre collègue de bonne volonté.

C'est le moment de rappeler qu'un organisme tel que le nôtre n'est rien sans des confrères qui proposent, élaborent et organisent des projets de formations ; nous savons ce que cela signifie en termes de temps à y consacrer. ►



► crer, d'abnégation pour mener les projets à leur terme, mais finalement aussi de satisfaction de participer au bien commun qu'est la formation.

### DES CHOIX COLLECTIFS

La stratégie de FormatCœur/UFCV s'appuie sur les choix collectifs des cardiologues libéraux élus au conseil d'administration. Bien sûr, ils ne sont pas seuls : ce groupe de cardiologues intègre en grande partie vos remontées de terrain, les suggestions de nos experts, les données, l'actualité scientifique, les modalités réglementaires parfois complexes (cf. *les orientations nationales prioritaires du DPC*) et bien sûr les innovations pédagogiques.

### LE DPC, INCONTOURNABLE ET LÉGALEMENT OBLIGATOIRE

Deux méthodes sont nécessaires pour valider le DPC aussi nous avons proposé (1) nos sessions de formation continue que chacun connaît, et (2) l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Au sein de cette EPP, nous avons choisi de promouvoir les groupes d'analyse de pratique (GAP), auxquels nous sommes très attachés, et qui correspondent aux attentes des cardiologues libéraux. Nous avons doublé le nombre de GAP en 3 ans : c'est maintenant une dizaine de villes en France (Angers (2), Tours, Toulouse, Nîmes (2), Strasbourg, Marseille, Le Mans, Bordeaux et bientôt de nouveaux groupes en Bretagne et en Savoie) qui ont leur GAP, renouvelés pour la plupart d'une année sur l'autre, confirmant leur adhésion aux principes du GAP.

Vous ne connaissez pas encore l'EPP et les GAP ? Interrogez-vous ! Quoi de mieux pour progresser que d'évaluer et améliorer ses propres pratiques au sein d'un groupe local, qui plus est, en validant votre DPC ?

### LE FAF-PM, NOTRE SECOND FINANCEUR

A côté de l'ANDPC, il nous faut mentionner notre 2<sup>e</sup> organisme financeur : le fond d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM), organisme géré par les médecins à travers des représentants de ses syndicats, et auquel chacun d'entre nous cotise (environ 100 euros par an sur votre cotisation

URSSAF). Le FAF-PM nous a permis de gagner en flexibilité et de proposer des formations courtes, avec une certaine souplesse dans le choix des thèmes.

A côté des thématiques scientifiques médicales, nous avons ainsi pu développer des formations portant sur des thématiques socio-professionnelles, par exemple les assistants médicaux, les IPA, les cotations d'actes, la prévoyance et la retraite... Ces thèmes vous ont intéressés ce qui nous a conduits à vous proposer des webinaires hebdomadaires : les mardis socio-professionnels et les jeudis médicaux.

### LES PROJETS DES PROCHAINES ANNÉES

Le succès de nos formations est le fruit d'un travail de fond de longue haleine entamé depuis sa fondation en 1990, avec des équipes renouvelées au fil du temps, s'adaptant aux nouveaux défis qui se présentent à elles : ces trois années ont été celles du passage aux webinaires (accélééré par le Covid), mais aussi des restrictions des forfaits-organismes et donc de nos budgets qui ont dû s'adapter, du développement de formations socio-professionnelles en lien étroit avec le SNC, du développement de l'évaluation et amélioration de nos pratiques.

On peut d'ores et déjà anticiper quelques grandes étapes pour les années à venir, sur lesquelles nous travaillons déjà et notamment :

- la recertification, attendue par les citoyens et les médecins (en particulier les jeunes générations). Son contour est en cours d'élaboration et les organismes de formation seront des acteurs essentiels en proposant les programmes de formation correspondants.

- la maîtrise de stage des universités (MSU) qui permettra à ceux qui le voudront de se former pour accueillir des stagiaires de 2<sup>e</sup> et surtout de 3<sup>e</sup> cycle. Le programme de formation est en voie de finalisation et sera ensuite validé par l'agence du DPC (ANDPC). Nous vous tiendrons bien évidemment informés des évolutions sur ce sujet.

- le rapprochement des structures de formation pour proposer des projets communs de formation : elle est entamée depuis plusieurs années au travers de l'organisme de forma-

tion ODP2C qui rassemble le SNC (et donc FormatCœur/UFCV), la SFC, le CNCF et le CNCH.

### LE FINANCEMENT D'UN ORGANISME DE FORMATION

Pendant ces trois années, nous avons gardé un œil attentif sur notre budget. De nombreuses modifications tarifaires sont intervenues ces dernières années, en particulier pour le DPC, limitant notre capacité à établir des projections financières d'une année sur l'autre et donc à définir notre stratégie globale.

C'est au prix d'efforts incessants de notre équipe parvient à équilibrer notre budget et même à dégager un léger bénéfice année après année. Nous en sommes fiers, mais cette fierté traduit aussi la fragilité de la situation : notre marge de manœuvre est réduite et un incident de parcours, une nouvelle réglementation, un changement d'équipe, peuvent menacer cet équilibre.

C'est pourquoi toute la profession doit être partie prenante dans FormatCœur/UFCV. C'est votre organisme de formation : quand vous choisissez une formation, privilégiez FormatCœur/UFCV, développez un GAP dans votre région.

Souvenez-vous que vous ne disposez que de 21 heures de forfait de DPC par an et que vous nous aiderez en consacrant une bonne partie à nos formations ou à un GAP. Participez avec nous à l'élaboration des actions de formation, participez à nos réunions stratégiques : les bonnes volontés sont toujours bien accueillies !

Voilà ce qu'ont été ces trois ans : beaucoup de travail de toute l'équipe qui a manœuvré avec beaucoup de réactivité sans se décourager, de nos secrétaires Kassia et Dominique, jusqu'aux organisateurs régionaux, en passant par les cardiologues directement impliqués dans le fonctionnement de l'organisme.

Nous avons apporté notre pierre pour que la cardiologie reste une spécialité forte et écoutée avec un organisme de formation fort et reconnu. Pour que cela puisse continuer, il faut que tous y participent. Rejoignez-nous ! ■

## ORGANISER LE QUOTIDIEN

### CONGRÈS, COMMISSIONS, SITE INTERNET

Afin de répondre aux mieux à vos attentes et à vos besoins, nous nous sommes attachés à améliorer notre fonctionnement au quotidien et à rationaliser nos outils.

Concrètement, cela s'est manifesté au travers de 5 projets :

❶ L'organisation de notre présence lors des différents congrès de cardiologie sur le territoire métropolitain, notamment le congrès du CNCF et les JESFC. Nous y avons désormais un stand sur lequel les cardiologues peuvent nous rencontrer et nous participons à des ateliers et des tables-rondes pour échanger avec vous sur le métier de cardiologie, son évolution, mais aussi vos besoins, vos attentes et les outils que nous vous proposons au quotidien.

❷ La refonte de notre site internet nous a permis de donner plus de cohérence et de visibilité aux contenus que nous produisons. Nous avons notamment choisi de rapatrier la

revue *Le Cardiologue* sur le site du syndicat pour y faciliter l'accès. L'ensemble des numéros déjà publiés reste disponible et accessible.

❸ Nous avons développé notre présence sur les réseaux sociaux, en particulier sur LinkedIn. N'hésitez pas à suivre le syndicat ou ses membres actifs !

❹ Afin de mieux suivre les dossiers, d'anticiper davantage et de répondre plus rapidement aux exigences de l'actualité, le bureau et le conseil d'administration se sont réunis plus souvent, tout au long de l'année.

❺ Nous avons créé des commissions se réunissant plusieurs fois par an pour envisager l'exercice de demain :

a. La commission des jeunes avec Cyril Zakine (*voir plus haut*).

b. La commission numérique, présidée par Dimitri Stepowski, qui évalue et réfléchit aux outils de demain comme le holter ECG avec l'intelligence artificielle.

c. La commission interventionnelle présidée par Patrick Joly qui aborde les questions sur l'autorisation des soins intensifs, de l'angioplastie et du TAVI, le problème des gardes et surtout la concentration des cliniques au même propriétaire imposant de plus en plus de choses aux cardiologues.

d. La commission imagerie en coupe présidée par Jean-Baptiste Caillard dont le but est de permettre un meilleur accès des cardiologues aux plateaux d'imagerie.

Progressivement nous allons vers un syndicat de service, avec un site de mise en relations des médecins installés et des jeunes cardiologues, des visioconférences sur les sujets qui intéressent les cardiologues comme la retraite et la prévoyance, ou les e-rencontres qui ont réuni environ 150 personnes et enfin, des documents spécifiques adressés aux seuls adhérents. ■



## A L'HEURE DU BILAN

### BILAN ET PROSPECTIVE SANITAIRE

PAR ERIC PERCHICOT

Les trois années écoulées s'inscrivent dans un cycle de transformation profonde du monde de la santé. Le renouvellement des URPS a permis l'émergence d'une nouvelle structure syndicale et fédérative regroupant l'ensemble des spécialités d'expertise médico-chirurgicale. Cette nouvelle structure est la plus représentative des acteurs spécialisés de la médecine libérale.

Elle constitue enfin un contrepoids à MGFrance qui a structuré depuis 30 ans, quasiment à lui seul, les rapports entre l'Assurance-maladie et les médecins libéraux lors des discussions conventionnelles. Enfin, la médecine d'expertise libérale, par la coalition Avenir-Spé LE BLOC peut faire contrepoids aux exigences de la médecine générale.

Les études factuelles et sociologiques vont toutes le même sens : une inadéquation de plus en plus importante entre les demandes de

la population et l'offre de soins proposée par les acteurs tant publics que privés. Personne n'a anticipé une modification sociologique profonde, modification qui aboutit à une offre de soins discontinue (consultations sur rendez-vous, fermeture précoce des cabinets médicaux le soir et le week-end, faible appétence à la permanence des soins...) et une demande continue. Les acteurs de la santé ont collectivement oublié que l'activité de soins ne relève pas de la même logique que la plupart des autres secteurs économiques.

Essayer de déterminer la part de responsabilité de chacun n'a plus grand intérêt. Le constat est clair : il faut revoir en profondeur l'ensemble de l'organisation de la santé ainsi que les modes d'allocation des ressources, qui au fil des différentes réformes et conventions sont devenus une usine à gaz non réformable et où le lien entre intérêt pratique de la pres-

tation et le coût de celle-ci n'a plus rien de cohérent.

Dans ce contexte la négociation conventionnelle des médecins avec l'Assurance-maladie tous les cinq ans est devenue un outil totalement obsolète. Il ne faut pas chercher plus loin la rupture consommée entre l'assurance-maladie et tous les syndicats représentatifs fin janvier 2023.

Il faudrait, non il faut, reconstruire tout le système de santé en oubliant les prérequis du passé, ceux ayant présidé à la réforme Debré de la fin des années 1950 et de la première convention médicale nationale en 1971.

Cette reconstruction, impossible dans le cadre contraint d'une convention médicale doit être une priorité politique à condition qu'il y ait une volonté de sortir du marasme actuel dont souffrent certes les acteurs mais surtout toute la population. ■



## RETOUR SUR TROIS ANS DE PRÉSIDENTE

PAR MARC VILLACÈQUE

Le projet sur lequel j'ai été élu en 2020 comprenait la défense des intérêts des cardiologues tout en les accompagnant au quotidien, préparer la cardiologie de demain avec les nouveaux modes d'organisation, se tourner vers les jeunes, mieux travailler avec toutes les structures cardiologiques et retrouver l'équilibre financier.

### LES SUCCÈS DU SNC

■ Nous nous sommes attachés à défendre la cardiologie sur le plan national et à accompagner au quotidien les cardiologues à titre individuel, notamment nos confrères en difficulté.

■ Nous avons créé de nouveaux outils :

- des publications (Innov'cardio) sur les nouveaux modes d'organisation pour aider les cardiologues à améliorer leur qualité de vie au travail : téléexpertise, télésurveillance, assistants médicaux, infirmières en pratique avancée, CPTS et équipes de soins spécialisés (ESS) ;
- un pack d'installation pour les jeunes ;
- un site de mise en relation entre jeune cardiologue et cardiologue installé.

■ Nous avons travaillé avec le collègue de médecine générale pour permettre un meilleur adressage du médecin généraliste au cardiologue

■ Nous nous sommes rapprochés des autres acteurs institutionnels de la cardiologie :

- Lancement d'un groupe de travail rassemblant tous les acteurs institutionnels de la cardiologie (secteurs privé et public). Ce travail a abouti à la publication du Livre blanc du CNP de cardiologie ;

- Rapprochement avec le CNCF pour donner plus de force à la cardiologie libérale.

■ Nous avons amélioré nos outils pour être plus proches des cardiologues :

- création de la lettre d'information hebdomadaire *CardioHebdo* pour mieux vous informer ;
- modernisation de la revue *Le Cardiologue* ;
- organisation des e-rencontres en 2021 et 2022.

■ Notre organisme de formation a fortement innové :

- le premier organisme à avoir proposé des formations sur la Covid ;
- mise en place de rendez-vous socioprofes-

sionnels hebdomadaires en visioconférence (retraites, assistants médicaux, prévoyance...);

- augmentation du nombre de groupes d'analyse de pratiques (GAP) ;

- nouvel engagement avec l'ODP2C ;

- retour à un exercice financier bénéficiaire malgré des forfaits DPC en baisse.

Nous avons créé des commissions de réflexion pour les jeunes, sur le numérique, la cardiologie interventionnelle et l'imagerie en coupe. Tous sont de vraies boîtes à idées.

Tout en menant ces actions, nous avons ramené les comptes du syndicat et de la revue à des exercices bénéficiaires.

### LES ÉCHECS DU SNC

■ Maîtrise de stage : nous n'avons pas encore réussi à créer un programme de maîtrise de stage pour nous permettre de recevoir les internes de cardiologie dans nos cabinets. Le travail se poursuit.

■ Place de la médecine libérale dans le système de santé : en grande souffrance, la médecine libérale est de plus en plus stigmatisée ; au lieu de nous aider, la nouvelle convention va nous asphyxier.

■ Je me suis battu constamment pour valoriser l'exercice des médecins libéraux, mais nous sommes constamment la variable d'ajustement financière derrière les hôpitaux. De plus les décideurs ne comprennent pas que des cabinets de spécialistes commencent être achetés par des fonds privés et parfois étrangers.

■ Echanges avec le terrain : la pandémie de Covid-19 nous a empêchés d'aller dans toutes les régions rencontrer les acteurs de terrain.

### LES IMPRÉVUS

■ La crise covid : le CA et le bureau du SNC se sont mobilisés au-delà de toutes mes attentes ce qui a permis de tenir les cardiologues le mieux informés possible grâce à 30 circulaires et 10 communiqués de presse produits malgré le peu de données disponibles. Nous avons fait appel en grande partie à notre seul bon sens, avec parfois des réunions le dimanche soir de tous les membres du CA !

■ La naissance d'une nouvelle relation avec la

Cnam et le ministère de la Santé : le SNC est désormais reconnu comme un acteur incontournable de la cardiologie grâce au travail réalisé ces trois dernières années :

- pour créer les premières équipes de soins spécialisés nationales dans le cadre d'une expérimentation article 51 ;

- pour promouvoir la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sur le plan national (campagnes de sensibilisation de l'Assurance-maladie, création des trophées de l'insuffisance cardiaque pour rechercher des outils que chacun pourra adapter).

■ L'engagement spontané de jeunes cardiologues libéraux qui s'investissent dans le syndicat.

■ Le désengagement des médecins lors des élections aux URPS.

■ L'ascension d'Avenir spé, désormais premier syndicat représentant les spécialistes et qui nous a permis de gagner 5 euros pour l'APC.

### MA VISION POUR LE FUTUR

Les années qui viennent seront cruciales pour notre spécialité et son exercice en libéral. Pour sauver la cardiologie libérale, nous devons :

■ continuer le travail pour recevoir des internes en cardiologie dans nos cabinets libéraux ;

■ moderniser notre exercice et être encore plus pédagogue sur les IPA, assistants médicaux, équipe de soins spécialisés.

■ donner un meilleur accès aux cardiologues aux plateaux d'imagerie en coupe ;

■ ouvrir le TAVI à des centres sans chirurgie ;

Le cardiologue de demain devra faire face à un environnement transformé :

■ la prise en charge accrue de l'insuffisance cardiaque et des dyslipidémies avec des traitements de plus en plus complexes

■ la nécessité de s'investir de plus en plus dans la rééducation et la télésurveillance.

Il faudra casser les silos privé-public pour peut-être arriver un jour à un statut unique du médecin permettant de passer facilement du privé au public et vice-versa. Enfin, il reste essentiel d'affirmer et de valoriser l'exercice libéral qui est à la fois le pilier et le ciment de notre système de santé. ■

# SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

## 8<sup>e</sup> PARTIE : L'EFFET PLACEBO

Lorsqu'un traitement est pris, l'effet qui en résulte, lorsqu'il y en a un, peut être dû à l'effet thérapeutique propre du traitement, mais peut aussi avoir d'autres causes comme l'effet-temps, l'effet-médecin, l'effet-patient ou l'effet-placebo. C'est parce qu'il y a de nombreux effets qualifiés de parasites qu'il a été proposé d'effectuer des essais thérapeutiques contrôlés en double aveugle afin de quantifier l'effet thérapeutique d'un prétendu traitement, la méthode expérimentale de l'essai contrôlé en double aveugle permet ainsi de répartir à égalité dans les groupes comparés les effets parasites. Mais qu'est-ce que l'effet placebo ? Existe-t-il ? Quelle est son importance ?

### L'effet placebo

L'effet placebo pose de nombreux problèmes et notamment celui de sa définition, celui de sa quantification, celui de ses mécanismes et celui de son acceptation par ceux qui en sont l'objet, c'est-à-dire... par tout le monde.

Au sein des diverses définitions de l'effet placebo, il en est une qui a l'avantage de mettre en avant l'effet psychologique qui lui est propre : l'effet placebo est l'effet clinique d'une substance pharmacologiquement inerte – c'est-à-dire sans aucun principe actif susceptible d'avoir un effet thérapeutique – chez une personne persuadée d'avoir reçu un traitement actif. Cette définition a l'avantage de rendre compte qu'une prescription ou la prise d'un placebo (sans savoir *a priori* qu'il s'agit d'un placebo), répond à la demande inconsciente de satisfaction induite par l'attente d'une prescription efficace.

### Une expérience simple sur... les forces de l'esprit

En 2013, une équipe néo-zélandaise publie une étude illustrant les effets du placebo dont les intérêts pratiques seront discutés plus loin [1]. Le principe de l'étude est simple. L'équipe recrute des étudiants anxieux avant des examens, en leur faisant savoir qu'elle va leur dispenser un traitement, plus exactement un bêta-bloquant, afin de diminuer leur anxiété. Aux 66 personnes acceptant de recevoir le médicament, il est donc fourni du métoprolol conditionné sous la marque Betaprol en une boîte permettant un traitement d'une semaine. Il est précisé aux sujets que, si ce médicament va réduire leur anxiété, il peut aussi avoir certains autres effets comme par exemple, une baisse de fréquence cardiaque ou de la pression artérielle.

Au terme des 8 premiers jours, un questionnaire est rempli pour évaluer l'anxiété et la survenue éventuelle d'effets indésirables, et diverses mesures cliniques (pression artérielle, fréquence cardiaque...) sont faites. Les étudiants sont alors répartis aléatoirement en trois groupes : au premier, il est redonné du métoprolol sous forme de Betaprol, au deuxième, il est donné du métoprolol sous un autre nom commercial, le Novaprol (un peu comme si dans un groupe il était donné du Lopressor et dans l'autre du Seloken) et au troisième groupe, du métoprolol sous forme de générique. Aux deux derniers groupes il est précisé que c'est le même traitement, seul le nom a changé. Une semaine après, les sujets sont soumis aux mêmes questionnaires et examens.

Les auteurs constatent alors que dans le groupe ayant reçu tant en

première qu'en deuxième période le métoprolol sous la même forme de Betaprol, il y a une réduction significative de la pression artérielle systolique (PAS : -7,72 mmHg) tant par rapport à la randomisation que par rapport à ce qui est enregistré dans le groupe ayant reçu en deuxième période le métoprolol sous forme générique. De plus, sous générique, la variation de PAS n'a pas été significative par rapport à la randomisation. De même, dans le groupe sous Betaprol, il y a une diminution significative du score d'anxiété et il y a moins d'effets indésirables par rapport à ce qui est mesuré dans le groupe sous générique. On pourrait donc penser *a priori* que cette étude démontre que les médicaments génériques pourraient être moins efficaces et source de plus d'effets indésirables. Mais de fait, les résultats sont identiques lorsque sont comparés les groupes ayant reçu le métoprolol sous forme de Betaprol ou sous forme de Novaprol. Ce qui est constaté n'est donc pas un effet propre au générique, mais un effet lié au seul changement de marque d'un même médicament.

Mais, le pire dans l'histoire, c'est qu'à aucun moment, aucun sujet n'a reçu de substance pharmacologiquement active : quel que soit le nom du « médicament » proposé, à tout moment tant en première période de l'étude qu'en deuxième période, il n'y a eu que du placebo.

### Les avantages de cette étude simple

Cette étude rend donc bien compte de la demande inconsciente de satisfaction induite par l'attente d'une prescription efficace : conformément à l'annonce de recrutement des sujets de l'étude, cette satisfaction était espérée par le premier « traitement » reçu. En substituant ce premier traitement à un autre, même s'il est indiqué au sujet qu'il s'agit du même traitement, le prescripteur change les termes du contrat psychologique qui l'a lié au sujet et ce dernier ne reçoit donc plus le « nouveau traitement » comme étant celui qui devait satisfaire son besoin, voire même indique que ce « nouveau traitement » est source d'effets indésirables.

Cette étude permet par ailleurs de constater que les effets promis du Betaprol ont été tenu puisqu'il y a une diminution du score d'anxiété, une diminution significative de la pression artérielle systolique et peu d'effets indésirables... Et ce, alors qu'il n'y avait aucune substance active dans les comprimés de Betaprol. ■

[1] Psychosomatic Medicine 2013 ; 75: 90-96 ; DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182738826



# BASES DU BILAN PRÉ-OP EN RECOMMANDATIONS POUR L'ÉVALUATION ET DES PATIENTS DEVANT AVOIR UN

En 2022, la Société européenne de cardiologie (ESC) a émis de nouvelles recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque. Ces recommandations ont été approuvées par la Société européenne d'anesthésie et de soins intensifs (ESAIC). Elles comportent de nombreuses nouveautés qui doivent dorénavant servir de guide à la pratique clinique des cardiologues.

Pour la réalisation du « bilan pré-op » en chirurgie non-cardiaque programmée, les auteurs des recommandations ont indiqué qu'il ne fallait plus recourir aux grilles de risque telle celle de Lee proposée dans les recommandations précédentes. L'évaluation du risque per-opératoire repose sur deux éléments : la connaissance du risque cardiovasculaire associé à la chirurgie prévue et la

le pronostic vital du patient en dépend ;  
 ■ la chirurgie urgente, qui doit être effectuée rapidement pour, par exemple, sauver une vie, une jambe ou la fonction d'un organe ;  
 ■ la chirurgie pour laquelle la rapidité de prise en charge est importante mais moindre que dans le cas précédent, comme dans certains cancers ou lorsqu'il y a risque de perdre une jambe ou en cas de chirurgie de la caro-

partir de ces données quantifiées, les auteurs des recommandations ont qualifié la chirurgie non-cardiaque en trois niveaux de risque :  
 ■ chirurgie à risque cardiovasculaire faible : moins de 1 % de décès CV, IDM ou AVC à 30 jours ;  
 ■ chirurgie à risque cardiovasculaire intermédiaire : risque de décès CV, IDM ou AVC à 30 jours compris entre 1 et 5 % ;

Tableau. Risque cardiovasculaire en fonction du type d'intervention

Risque cardiovasculaire faible (< 1%)	Risque cardiovasculaire intermédiaire (1 à 5%)	Risque cardiovasculaire élevé (> 5%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mammaire</li> <li>■ Dentaire</li> <li>■ Thyroïdienne</li> <li>■ Oculaire</li> <li>■ Gynécologique mineure</li> <li>■ Orthopédique mineure (par ex. ménisectomie)</li> <li>■ Reconstructive</li> <li>■ Superficielle</li> <li>■ Urologique mineure (résection transurétrale de prostate)</li> <li>■ Thoracique vidéo-assistée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carotide asymptomatique</li> <li>■ Carotide symptomatique (angioplastie)</li> <li>■ Réparation endovasculaire d'anévrisme</li> <li>■ Chirurgie de la tête ou du cou</li> <li>■ Chirurgie intrapéritonéale: splénectomie, réparation d'hernie hiatale, cholécystectomie</li> <li>■ Chirurgie neurologique ou orthopédique majeure (hanche ou moelle épinière)</li> <li>■ Angioplastie artérielle périphérique</li> <li>■ Transplantation rénale</li> <li>■ Chirurgie urologique ou gynécologique majeure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Résection surrénalienne</li> <li>■ Chirurgie aortique ou vasculaire majeure</li> <li>■ Chirurgie de carotide symptomatique</li> <li>■ Chirurgie duodéno-pancréatique</li> <li>■ Résection hépatique, chirurgie des voies biliaires</li> <li>■ Oesophagectomie</li> <li>■ Revascularisation chirurgicale des jambes pour ischémie aiguë ou amputation</li> <li>■ Pneumonectomie (par chirurgie ou vidéo-assistée)</li> <li>■ Transplantation hépatique ou pulmonaire</li> <li>■ Chirurgie de perforation intestinale</li> <li>■ Cystectomie totale</li> </ul>

qualification du risque du patient. Chaque évaluation comporte 3 niveaux de risque et c'est en croisant ces niveaux que l'attitude à adopter sera définie.

## PRÉAMBULE

En préambule, les auteurs des recommandations distinguent 4 types de délais dans lesquels doivent être envisagées les modalités de l'appréciation du risque cardiovasculaire (CV) péri-opératoire :

■ la chirurgie immédiate c'est-à-dire celle qui ne peut absolument pas être différée car

afin de prévenir un AVC dans les cas des patients symptomatiques ;

■ et la chirurgie programmée.

Dans ce premier article ne sera abordée que la chirurgie programmée.

## LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE PROPRE À LA CHIRURGIE

De nombreux registres ont permis de quantifier le risque de décès CV, d'infarctus du myocarde (IDM) ou d'AVC survenant dans les 30 jours après une chirurgie non-cardiaque. A

■ chirurgie à risque cardiovasculaire élevé : plus de 5 % de décès CV, IDM ou AVC à 30 jours.

Le **tableau** indique à quelle catégorie de risque appartient la plupart des chirurgies non-cardiaques programmées courantes.

Quelques commentaires sont nécessaires :

■ il est impératif que la chirurgie envisagée soit indiquée sur la demande de bilan pré-opératoire, ce qui est encore trop rarement le cas, y compris dans les demandes émanant des centres dits de référence. De plus et

# CHIRURGIE PROGRAMMÉE

## ET LA PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE

### DE LA CHIRURGIE NON-CARDIAQUE

souvent, les patients ne peuvent donner les précisions nécessaires et c'est donc bien au chirurgien ou à l'anesthésiste de fournir par écrit les renseignements nécessaires ;

■ si le type de chirurgie est indiqué, encore faut-il que cela le soit précisément. Par exemple que veut dire « bilan cardiaque avant chirurgie urologique » lorsque l'on peut constater qu'une résection transurétrale de prostate est une chirurgie à bas risque, une chirurgie urologique majeure est une chirurgie à risque intermédiaire et une cystectomie totale est une chirurgie à haut risque ?

■ on remarque que dans cette classification, le mode d'anesthésie (locale, générale, péridurale...) n'est pas pris en compte. Toutefois, les auteurs précisent que le type d'anesthésie et les molécules anesthésiques utilisées auront une influence sur le risque de complications CV chez les patients à risque intermédiaire et à haut risque CV, justifiant alors une concertation pluridisciplinaire.

#### LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE PROPRE AU PATIENT

Là encore, les choses ont été simplifiées en trois catégories de risque CV concernant les patients :

■ patient à risque cardiovasculaire faible : c'est un patient de moins de 65 ans, quel que soit le sexe, et sans facteur de risque cardiovasculaire ou maladie cardiovasculaire présente ;

■ patient à risque cardiovasculaire élevé : c'est un patient qui a une maladie cardiovasculaire présente ;

■ patient à risque cardiovasculaire intermédiaire : ce sont tous les autres patients et donc ceux n'ayant pas de maladie cardiovasculaire mais ayant soit au moins 65 ans ou un autre facteur de risque cardiovasculaire. Ainsi, par exemple, un patient diabétique, quel que soit son âge est d'emblée à risque intermédiaire.

Quelques commentaires sont aussi nécessaires :

■ Parmi les facteurs de risque indiqués par les auteurs il y a le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, les antécédents CV familiaux ;

■ Si l'altération de la fonction rénale n'est pas clairement indiquée comme facteur de risque alors qu'elle l'est tant pour le pronostic CV que pour le risque périopératoire, les auteurs recommandent qu'elle soit évaluée (de même que le taux d'hémoglobine) et prise en compte chez les patients devant avoir une chirurgie à risque CV intermédiaire ou élevé ;

■ Les patients à bas risque CV doivent être considérés comme tel si de plus, ils n'ont pas de signes ou symptômes faisant envisager l'existence d'une maladie CV, ce qui dans ce cas justifie un bilan cardiologique spécifique ;

■ Chez les patients asymptomatiques et à bas risque mais ayant des antécédents familiaux de cardiomyopathie génétique, un électrocardiogramme et une échocardiographie doivent être pratiqués quel que soit l'âge ;

■ Les patients à haut risque CV sont ceux ayant une maladie CV avérée mais une définition stricte n'en est pas fournie. De ce fait et de toute évidence il existe une zone grise comme lorsque l'on tente de différencier prévention primaire et secondaire. Ainsi par exemple, un antécédent d'AIT (parfois mal défini) fait entrer d'emblée le patient en catégorie de haut risque alors qu'une sténose carotide pose la question du niveau de risque réel du patient : intermédiaire ou élevé ?

#### LA STRATÉGIE

Dès lors que le risque cardiovasculaire propre à la chirurgie est connu et qualifié en trois niveaux, dès lors que le risque cardiovasculaire propre au patient est connu et lui aussi qualifié en trois niveaux, il convient de croiser ces deux données dans un tableau à double entrée pour connaître la stratégie de prise en charge proposée par l'ESC (*tableau présenté dans le prochain numéro et sur le site internet*).

Quelques commentaires sont de nouveau nécessaires :

■ si un type de chirurgie est qualifié de chirurgie à bas risque parce que le risque d'événements CV majeurs à 30 jours est inférieur à 1 %, cela ne veut pas dire que ce risque est égal à 0 %, mais dans ce cas le bilan cardiologique pré-opératoire n'est pas jugé utile ;

■ on comprend donc que la colonne 1 de la qualification du risque cardiovasculaires de la chirurgie est la plus importante (*tableau*) car, quel que soit le niveau de risque CV d'un patient, s'il doit avoir une chirurgie faisant partie de cette colonne, il n'y a pas nécessité à ce qu'il soit vu par un cardiologue. On remarque que, dans cette colonne figure un motif fréquent de demande de bilan CV pré-opératoire, la résection transurétrale de prostate. A l'aune de ces recommandations, le cardiologue doit donc pouvoir refuser de voir en consultation pré-opératoire un patient devant avoir une telle chirurgie ;

■ ces remarques ne sont pas valables dès lors qu'il existe des signes ou symptômes évoquant une maladie cardiovasculaire évolutive, éléments qui justifient un avis cardiologique spécifique rapide. Si des signes évoquent une maladie cardiovasculaire présente et non évolutive, cela justifie un bilan cardiovasculaire spécifique, sans obligatoirement remettre en cause la possibilité d'opérer le patient en cas de chirurgie non-cardiaque à bas risque CV ;

■ même en cas de chirurgie à bas risque CV, dans certaines circonstances, l'avis du cardiologue reste nécessaire sinon indispensable comme par exemple pour les conseils et recommandations pour le maniement des antithrombotiques (anti-agrégants plaquetaires ou anticoagulants), comme lorsqu'il y a eu une décompensation cardiaque récente ou qu'il y a des symptômes évocateurs d'une maladie cardiaque évolutive, etc.

La conduite à tenir en cas de signes ou symptômes ou en cas de chirurgie à risque CV intermédiaire ou élevé fera l'objet des articles suivants. ■

# GPT

## LA TECHNOLOGIE S'HUMANISE

WrightStudio

Lancé en novembre 2022, chat GPT (1) est un prototype d'agent conversationnel utilisant l'intelligence artificielle. Développé par OpenAI, cet outil de communication en ligne permet à ses utilisateurs de dialoguer en temps réel avec un bot (robot). Il a été développé dans le but d'échanger facilement et de rendre les conversations « humaines ». Encore à l'état de prototype, le chat GPT attire l'attention par ses réponses développées, bien que ses explications factuelles soient parfois légères et critiques. Mais son avenir est extrêmement prometteur... et inquiétant tant les dérives peuvent être nombreuses.

Nous avons donc posé une multitude de questions à ce robot, et les réponses ont été claires et précises. Mais se posent des interrogations légitimes des sources bibliographiques et les risques de plagiat (dans le cadre de la littérature médicale par exemple), la désinformation, la transparence des bases de données utilisées, la responsabilité du texte de celui ou celle qui le rend public. On devrait donc commencer par « Cet article n'a pas été rédigé par une IA (intelligence artificielle), mais par une IH (intelligence humaine), journaliste en chair et en os. »

Voici la réponse de chat GPT et de son chatbot à l'une de nos questions : « Je veux réaliser un article de présentation de la pose d'un stent dans le futur »

La réponse est venue en 15 secondes chronomètre en main... « Bien sûr ! Je serais heureux de vous aider. La pose d'un stent est une procédure courante utilisée pour traiter les maladies coronariennes, qui sont

responsables de la plupart des crises cardiaques. Les stents sont des dispositifs médicaux qui sont insérés dans les artères pour maintenir leur ouverture et améliorer le flux sanguin vers le cœur.

Avec les avancées technologiques, la pose d'un stent est devenue de plus en plus précise et moins invasive. Les stents actuels sont fabriqués à partir de matériaux flexibles et résistants, tels que le polyéthylène téréphtalate, qui peuvent se plier et se déplier en fonction de la taille de l'artère. Les stents actuels sont également recouverts de médicaments qui réduisent le risque de récurrence de la maladie coronarienne. Dans un avenir proche, les stents pourraient devenir encore plus performants grâce à l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) et de la robotique. Les algorithmes d'IA pourraient aider les médecins à planifier les procédures de pose de stents en utilisant des images d'IRM et d'échographie pour déterminer la taille et la forme de l'ar-

tère. Les robots chirurgicaux pourraient également être utilisés pour poser les stents avec une précision accrue, réduisant les risques de complications pour les patients.

Il existe également des recherches en cours sur des stents à libération prolongée de médicaments, qui pourraient maintenir les artères ouvertes pendant des périodes plus longues. Cela pourrait réduire la nécessité de procédures de révision et améliorer les résultats à long terme pour les patients.

En résumé, la pose d'un stent est une procédure courante pour traiter les maladies coronariennes qui a considérablement évolué ces dernières années. Les stents actuels sont plus précis et moins invasifs que jamais, et les avancées technologiques telles que l'IA et la robotique pourraient encore améliorer les résultats pour les patients dans un avenir proche. Les stents à libération prolongée de médicaments pourraient également réduire les risques de complications à long terme. »

Ce petit résumé sur les stents n'est évidemment pas d'un haut niveau scientifique. Ce n'est d'ailleurs pas ce qu'on lui avait demandé. Mais rapides et précises, les réponses de Chat GPT sont plausibles et cohérentes, du moins en apparence, car elles peuvent également se révéler trompeuses ou mal interprétées. L'acquisition de l'IA se fait sur une connaissance des données qui lui ont été fournies ou apprises par des applications algorithmiques tel que le *machine learning* (voir nos articles sur l'IA en Santé sur le site [lecardiologue.com](http://lecardiologue.com)) ou l'interaction avec les utilisateurs.

L'application a été entraînée sur une très grande quantité de données (175 milliards de paramètres, à partir de plus de 500 milliards de textes provenant du web, d'encyclopédies et de livres).

### DETECTGPT CONTRE CHATGPT

Une équipe de chercheurs (3) a mis au point DetectGPT, un outil qui permet de déterminer si un texte a été généré par ChatGPT et destiné en particulier à la communauté éducative qui s'inquiète de son utilisation par les étudiants. Ce logiciel serait fiable à 95 %.

### UNE RÉVOLUTION MÉDICALE ?

Mais en tant que médecin, imaginez quel sera l'avenir de chat GPT dans les années à venir ? Une révolution médicale ou simplement une application supplémentaire façon Google évolué ? La réponse est finalement dans la question, car la



technologie de chat GPT va faire évoluer rapidement la façon dont travaillent les moteurs de recherche tels que Google ou Qwant.

Si certains professionnels de santé se sont déjà associés à cette technologie dans leur pratique médicale, des patients se sont emparés de Chat GPT pour avoir un diagnostic de leur maladie, et il leur a suffi d'appuyer sur le bouton pour avoir le résultat avec des réactions parfois étonnantes, mais non moins surprenantes : « *l'intelligence artificielle fait mieux que mon médecin, il a trouvé ce que j'avais en quelques secondes* ». On retrouve ici la boîte de pandore avec les conséquences qui pourraient être désastreuses : mauvais diagnostic, traitement inadapté...

Nombre de médecins ont déjà eu des discussions, voire des confrontations, avec des patients qui avaient fait des recherches sur internet pour poser eux-mêmes leur diagnostic. Mais Chat GPT change la donne, et l'IA pourra fournir une information diagnostique plus ou moins précise, mais ne remplace pas le vrai diagnostic médical ainsi que l'empathie et les soins apportés par un (véritable) professionnel de santé.

## CONCLUSION

Ce nouveau système d'IA issu directement de la recherche suscite un engouement tel qu'il va marquer une nouvelle étape dans le développement des technologies numériques.

Même Meta s'y était mis en donnant aux chercheurs la possibilité d'écrire des articles scientifiques (2), mais devant la polémique, l'entreprise avait été obligée de supprimer son application deux jours après sa mise en ligne. L'autre interrogation est de savoir si ChatGPT doit répondre à toutes les questions. OpenAI a déjà fait évoluer son modèle afin qu'il ne fournisse plus la recette pour créer des bombes à la demande.

Alors GPT, dangereux ? Oui, sans doute si nous ne prêtons pas garde à ce que l'intelligence artificielle peut construire autour sans que l'on en prenne vraiment la mesure, d'autant que certains médias ont l'intention de se fournir sur GPT... ■

(1) Chat pour dialogue et generative pretrained transformer pour GPT.

(2) Un prompt est un court texte qui permet de diriger une intelligence artificielle pour qu'elle crée une image ou un texte.

(3) Université américaine Stanford.

## CES - LAS VEGAS

### LES DERNIÈRES NOUVEAUTÉS DU SALON MONDIAL DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Comme tous les ans, le CES de Las Vegas fait la part belle aux objets connectés avec une French Tech toujours aussi présente. Malgré l'apport conséquent des nouveautés technologiques, des remarques ont été lancées sur des atteintes à la vie privée ou à l'environnement. Certains des Gafam ont annulé leur présence à la dernière minute. Les produits santé, malgré les innovations apportées, ne sont guère légion. Tour d'horizon des dernières nouveautés.

#### Caducy, la mesure cardiaque de la téléconsultation

Caducy est une application sur smartphone donnant des informations de santé en temps réel au moment de la téléconsultation. Le patient pourra ainsi mesurer, grâce à la photopléthysmographie (1) le rythme cardiaque, la fréquence respiratoire, les données de niveau de stress et la tension artérielle.

#### U-Scan analyse votre urine

U-Scan est un appareil qui se fixe sur le bord de la cuvette des toilettes. Il analyse donc directement l'urine en s'apparentant à un laboratoire d'analyse connecté, une solution qui permet aux professionnels de santé d'accéder directement aux données d'analyse d'urine régulières et précises afin de suivre les patient(e)s afin de leur proposer des solutions et des programmes adaptés. La cartouche installée dans la cuvette est entièrement personnalisable afin de fournir des données pour la recherche médicale, les essais cliniques ou le suivi des patient(e)s à distance. A noter que l'U-Scan collecte les données personnelles sur un smartphone, et est donc facilement violable par définition, notamment dans certains pays où l'avortement est répréhensible, ou simplement lorsqu'un conjoint s'y intéresse. Disponibilité prévue au deuxième trimestre 2023.

#### Surgiverse®, le cockpit qui digitalise la chirurgie

La start-up rochelaise Abys Medical a lancé Surgiverse, une suite logicielle d'aide à la décision chirurgicale avant et pendant les interventions en bloc opératoire. Un cockpit digital et son application holographique Cysart permet aux équipes chirurgicales

de manipuler un jumeau numérique sous forme d'hologrammes et d'autoriser ainsi un partage collaboratif. Et puis il y a en complément Cysware, une plateforme de planification chirurgicale créant des dossiers patients afin de préparer la chirurgie à l'aide de jumeaux numériques, modélisés depuis l'imagerie médicale. Abys Medical a récemment obtenu l'autorisation de mise sur le marché par la FDA de Surgiverse. Cette suite logicielle sera présente en Europe au dernier trimestre 2023.

#### Blood'Up simplifie les gaz de sang

La startup normande Arterya a dévoilé Blood'Up, un appareil qui permet le prélèvement sanguin au niveau d'une artère grâce à un système de laser. 12 millions de patients sont concernés par le gaz de sang en France. Une phase de tests cliniques aura lieu au premier trimestre 2023 dans trois hôpitaux français.

#### eSight pour les personnes malvoyantes

eSight sont des lunettes intelligentes conçues pour accompagner les personnes malvoyantes au quotidien. Ce dispositif – grâce à une meilleure acuité visuelle – stimule l'activité synaptique en utilisant les fonctions photoréceptrices restantes des yeux et fourni ainsi au cerveau des informations amplifiées pour compenser les lacunes du champ de vision. ■

(1) technique optique non invasive permettant de détecter les variations du volume sanguin microvasculaire dans les tissus qui sont dues à la nature pulsatile du système circulatoire.





# RUSSIE : LES FAITS

Au risque de perturber certaines opinions, ce qu'est la Russie actuelle et son dictateur, Poutine, ont été décrit à grands traits dans la rubrique « Lire » précédente. Ici seront donc conseillés la lecture de trois livres, l'un récent, deux plus anciens mais encore disponibles, décrivant par le menu c'est-à-dire avec les détails, ce qu'est cette Russie.

## LES HOMMES DE POUTINE

Catherine Belton, journaliste, ancienne correspondante à Moscou, a mené un long travail de décryptage des réseaux financiers du clan Poutine et des services secrets d'abord soviétiques, le KGB, puis constituant l'état profond russe, le FSB. Le sous-titre de son livre est explicite : « *Comment le KGB s'est emparé de la Russie avant de s'attaquer à l'Ouest* ». La quatrième de couverture en synthétise parfaitement le résultat : « *Belton raconte comment cette ligue d'oligarques a mené sa saisie d'entreprises privées ; siphonné des milliards ; brouillé les frontières entre le crime organisé, le système judiciaire et le pouvoir politique ; enfermé les opposants puis utilisé leurs richesses et leurs réseaux pour étendre son influence en Occident* ».

Schématiquement, l'histoire est la suivante. A l'arrivée de Gorbatchev, le KGB sentant la fin possible de l'URSS décide de transférer son trésor de guerre financier à l'Ouest pour mener de futures luttes contre l'Occident honni. Pour cela, il va créer un vaste réseau de banques avec ses intermédiaires et permettre à des mil-

lions de dollars de quitter l'URSS puis la Russie. Arrive Eltsine et une espèce de chaos permettant à travers d'habiles manœuvres à divers membres de l'ex-Nomenklatura soviétique de faire main basse sur les richesses du pays et de devenir milliardaires en quelques mois. Ceux qui étaient aux premières loges étant les banquiers du système. Dans un régime ayant encore une justice efficiente, l'étau de la corruption se resserrant autour d'Eltsine, il fut décidé de placer au pouvoir ce qui était censé être un homme-paille du FSB, Poutine, afin de reprendre les rênes du pays. Mais si Poutine a agi au-delà des espérances du FSB, ce fut au profit d'un clan étroit qu'il avait formé à Saint-Petersbourg.

### POUTINE

Ce qui, entre autres, frappe dans cette histoire, c'est le changement d'échelle des détournements financiers dans l'entourage de Poutine : toute la partie concernant ses fonctions d'adjoint au maire de Saint-Petersbourg est

écrite en millions de dollars, parfois quelques centaines, mais, dès que Poutine accède à des fonctions de premier plan à Moscou, l'unité de compte passe aux milliards de dollars. Les chiffres donnent le vertige, les réseaux et montages sont complexes et parfois difficiles à suivre, ce d'autant que l'auteur ne peut avoir accès à toutes les sources. Mais elle a eu la chance ou la persévérance de pouvoir interroger de très nombreux membres, le plus souvent « repentis » de l'entourage de Poutine et d'Eltsine et d'avoir leurs commentaires sur les événements.

Parmi la multitude de renseignements passionnants fournis dans ce livre, vous trouverez la description des liens entre la mairie de Saint-Petersbourg, Poutine et la mafia qui tenait le port de la ville, quelques-uns des ressorts de l'exploitation de la guerre de Tchétchénie à des fins électoralistes, toute l'histoire de l'ascension et de la chute puis de la spoliation de la fortune de Mikhaïl Khodorkoski et l'aide apporté par la Russie et la mafia russe à maintenir Donald Trump financièrement à flot... ■

## RUSSIE ETAT MAFIA

Encore un livre écrit par un journaliste, Luke Harding, correspondant du *Gardian* à Moscou durant plusieurs années de la première ère Poutine. Harding est l'auteur de plusieurs autres livres passionnants tels « Julian Assange et la face cachée de Wikileaks : la fin du secret », « Collusion : comment la Russie a fait élire Trump à la Maison-Blanche » et « Le dossier Snowden : les services secrets au cœur d'un scandale planétaire ».

Dans « Russie Etat Mafia », il décrit sous forme de chronique son parcours en Russie. Les multiples détails sordides qu'il rapporte permettent de comprendre comment la Russie de Poutine n'est pas seulement un Etat-Mafia mais aussi un Etat aux mains des

services secrets, le FSB (Service fédéral de sécurité de la fédération de Russie).

Ainsi, par exemple, pour faire comprendre à ce journaliste qu'il est espionné en permanence, dans le double objectif de bien lui montrer qu'il n'a aucune liberté de manœuvre et de le faire « craquer » afin qu'il reparte dans son pays, lorsqu'après son travail, il revient à son appartement des modifications infimes de celui-ci sont destinées à lui faire comprendre qu'il a été « visité » : une fenêtre ouverte dans la chambre des enfants (menace indirecte), un cassette dans le magnétoscope (on regarde même ce que tu regardes), un livre sur la table de chevet avec un marque-page au chapitre « comment faire pour que sa femme ait du plaisir » (même

ta vie sexuelle nous est connue). Voire dans ses correspondances téléphoniques des interruptions ou bruits parasites posés à dessein pour bien faire comprendre qu'il est sur écoute. Tout est anodin, improuvable mais l'intention mal-faisante est bien là reposant sur les méthodes ancestrales du KGB.

Sont aussi décrits les assassinats de divers journalistes russes d'opposition et leurs circonstances et, concernant plus spécifiquement le caractère mafieux de l'Etat, le procès de Mikhaïl Khodorkoski et des éléments sur la manière dont « l'Etat » s'est accaparé la fortune de divers milliardaires qui n'étaient plus en cours comme par exemple, Sergei Magnitsky. Un livre édifiant et de lecture facile. ■



## WINTER IS COMING

Ce livre est pratiquement le plus terrible des trois, car il a été écrit de façon prémonitoire en 2015, peu après la première invasion d'Ukraine, et par un opposant du régime poutinien et ancien champion du monde d'échec, Garry Kasparov. Son sous-titre est « Stopper Vladimir Poutine et les ennemis du monde libre ». Et l'auteur sait de quoi il parle puisqu'il a connu le régime soviétique, le monde non soviétique puis les années Eltsine et Poutine. Il a subi la répression poutinienne dont il décrit les modalités en rappelant tous les crimes commis contre les opposants du régime.

Son analyse l'amène à comparer Obama à Chamberlain et à deviser « *qu'il n'y a pas le moindre Churchill à l'horizon. La guerre est une conséquence de la faiblesse, pas de la force* ».

Surtout, dès 2015, il écrit ce qui peut être considéré comme la leçon à retenir de l'évolution de la Russie des vingt dernières années « *Poutine exploite chaque ouverture – et en abuse – et ne se sent aucunement contraint d'obéir aux lois ou de respecter les droits de l'homme en Russie comme à l'étranger. Poutine est une cause perdue, et la Russie en restera une aussi tant qu'il sera au pouvoir. Ce fut dès le début une erreur de le traiter comme n'importe quel chef d'Etat, mais aujourd'hui personne n'a plus d'excuses. Il ne reculera et sera chassé d'Ukraine que le jour où des menaces crédibles sur son pouvoir diviseront ses élites et ses conseillers. Pour l'heure, rien ne les incite à parier contre lui. Il les protège, ainsi que leurs biens, tandis que le monde libre, dans lequel ils aiment tant profiter de la vie, n'a pas fait le moindre geste qui les forcerait en fin de compte à choisir entre leurs richesses et lui. Modifier cette vision des choses est la seule façon autre que militaire de protéger l'Ukraine – et les autres territoires auxquels il s'attaquera afin de nourrir la propagande qui le maintient au pouvoir en Russie* ». ■



### LES HOMMES DE POUTINE. Comment le KGB s'est emparé de la Russie avant de s'attaquer à l'ouest

Auteurs : Catherine Belton  
 Editeur : Alent Sport  
 Parution : Juillet 2022  
 Pagination : 592  
 Prix : Format broché : 23,90 euros  
 Format numérique : 14,99 euros



### RUSSIE ETAT MAFIA

Auteurs : Luke Harding  
 Editeur : Original Découverte  
 Parution : Mars 2012  
 Pagination : 336  
 Prix : Format broché : 18,50 euros,  
 Très variable selon les sites  
 (nombreuses occasions)



### WINTER IS COMING. Stopper Vladimir Poutine et les ennemis du monde libre

Auteurs : Garry Kasparov  
 Editeur : Michel Lafont  
 Parution : Janvier 2016  
 Pagination : 592  
 Prix : Format broché : 22,12 euros  
 Format numérique : 14,99 euros  
 Très variable car nombreuses occasions

# MATER DOLOROSA ET LA CRUCIFIX

Suite de notre précédent numéro

Voilà bientôt trois heures que Jésus a été crucifié et il a cruellement soif. Un légionnaire lui présente une éponge imbibée d'eau acidulée avec du vinaigre, dénommée posca que les soldats romains avaient réglementairement avec eux <sup>(6)</sup> et qu'il ne faut pas confondre avec le verre de vin mêlé de myrrhe qu'il avait refusé en arrivant sur le lieu du supplice.

Le fait que cette éponge ait été fixée à l'extrémité d'une petite branche d'arbrisseau (hysope) démontre que la croix ne devait pas être très élevée. <sup>(6)</sup> C'est alors que Jésus s'écrie : « Eli, Eli, lama, sabachtani ? » (Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ?) mais ces paroles sont en araméen de telle sorte que nombreux furent ceux qui ne le comprirent pas et crurent qu'il appelait le prophète Elie (900 av. J.-C.).

Le pieu vertical de la croix comportait la sedula qui était une espèce de corne fixée entre les cuisses du condamné et sur laquelle le corps pouvait prendre appui, mais qui était retiré lorsque le condamné était mis en croix, les pieds étant alors encloués l'un sur l'autre en traversant le talon. Les artistes y substituèrent un support en bois (suppedaneum) sur lequel prenaient appui les pieds en montrant le plus souvent le pied droit, le « bon » côté, sur le gauche. Tout cela était en réalité prévu pour « faire prolonger le supplice » (\*).

Cependant, si la mort tardait trop, les Romains brisaient les tibias empêchant ainsi définitivement de prendre appui sur les pieds. <sup>(11)</sup> Comme c'était la préparation de la Pâque et pour éviter que les corps restent en croix pendant le jour du Shabbat béni et sanctifié par l'Éternel, ce sont les Juifs qui demandèrent à Pilate qu'on brise les jambes des suppliciés pour hâter leur mort et qu'on les dépende (Jean).

Pour des raisons religieuses, il fallait absolument que les crucifiés soient morts et descendus de leur croix peu avant la tombée de la nuit. Cependant, contrairement aux deux larrons crucifiés près de lui, il ne fut pas nécessaire de briser les jambes de Jésus car il était déjà mort, très affaibli. Si l'on considère que l'agonie d'un crucifié pouvait durer deux à trois jours et



Christ en croix également dénommé "Le coup de lance" vers 1620 par Pierre Paul Rubens ((1577-1640) huile sur toile 429 cm x 311 cm Musée royal des Beaux-Arts d'Anvers

qu'on laissait ensuite le corps se décomposer, la crucifixion du Christ apparaît plutôt « hâtive » et Pilate lui-même « s'étonna qu'il fut déjà mort » au point de demander au centurion « s'il était mort depuis longtemps » (Marc). <sup>(8)</sup> Cette mort rapide apparaît opportune en cette veille de Shabbat et *a fortiori* avant Pâque, de telle sorte qu'on comprend que Pilate ait autorisé la déposition du corps, ce qu'il n'aurait pas forcément fait à une autre date.

Une telle rapidité peut poser question et c'est ainsi que certains historiens ont émis l'hypothèse que le Christ ne serait pas mort sur la croix <sup>(4)</sup> mais que, comateux, il n'aurait pas réagi au coup de lance du légionnaire qui n'était pas destiné à le tuer mais à tester la réactivité du supplicié. En effet, un légionnaire (qui sera plus tard dénommé Longinus -Longin- du grec louché : lance) lui perce avec sa lance le flanc droit d'où sort « du sang et de l'eau » tel que relaté à la manière grecque, c'est-à-dire selon l'importance décroissante mais qui ne correspond pas nécessairement à la chronologie de l'irruption des humeurs suggérant en l'occurrence l'évacuation de sang mais aussi d'une pleurésie mécanique.

Les artistes tels que Rubens (ibid.) prendront l'habitude de représenter Longin à cheval et

il deviendra ainsi le patron des cavaliers. Ce n'est qu'à partir du XI<sup>e</sup> siècle que Jésus est représenté mort, la tête retombant symboliquement du côté droit et cette représentation se généralisera, à partir du XIII<sup>e</sup> siècle, dans tout l'art occidental. <sup>(6)</sup>

Marie est dans un état extrême d'affliction (contritio) car, outre le fait d'avoir sous les yeux l'agonie de son fils, elle est aussi « confuse au-delà de toute mesure » en le voyant entièrement nu au point qu'elle s'efforça de l'envelopper dans la voile dont elle était coiffée. <sup>(6)</sup> En effet, et comme c'était la coutume, les soldats se sont partagés ses vêtements et ont tiré au sort sa tunique qui était d'une seule pièce et la nudité était en outre destinée à humilier le condamné. Cependant représenter le Christ nu, qu'il fut nouveau-né ou crucifié, n'était pas paru inconvenant à certains artistes qui estimèrent que le fils de Dieu s'étant fait chair (incarné), ceci pouvait justifier de le représenter tel quel. <sup>(6)</sup> C'est ainsi qu'on peut le voir avec le Christ en croix attribué à Donatello (v. 1386-1466) (vers 1450 San Pietro a Sieve, Convento di Bosco ai Frati) ou avec le Crucifix du couvent San Spirito par Michel-Ange (1475-1564) (vers 1492 Casa Buonarroti, Florence).

Néanmoins, peu d'artistes le représenteront totalement dénudé alors qu'on le verra recouvert d'une bande de toile enroulée autour de la taille et des cuisses (subligaculum) ou d'un pagne (perizonium), cette « création d'artiste n'ayant rien à voir avec la vérité historique ». <sup>(6)</sup> Rogier van der Weyden (v. 1399-1464) inventera même un perizonium voltigeant de la plus curieuse façon malgré l'absence de vent observé par ailleurs... et ce motif connu un grand succès parmi les artistes flamands et surtout allemands tels que Dürer (Crucifixion v. 1500 Gemäldegalerie Dresde) et Lucas Cranach (La Crucifixion ou Lamentation sous la croix 1503 Alte Pinakothek München).

Dans Le Christ mort avec la Vierge et Saint Jean (Pinacoteca du Brera Milan), Giovanni Bellini (v. 1430-1516) nous montre que « le dialogue muet entre la mère et le fils est d'une extrême efficacité et traduit une douleur intense et contenue ». <sup>(13)</sup>

Le Christ étant mort, c'est alors qu'intervient un personnage singulier, à l'historicité incer-



# ION DE JÉSUS 3<sup>e</sup> PARTIE



La Déposition de la croix ou La Déploration du Christ, v.1455-1460, par Dirk Bouts 1415-1475 (Musée du Louvre)

taine, nommé Joseph d'Arimathie qui est un notable juif, membre du Sanhédrin de surcroît. Nous n'en savons guère plus en l'absence de compte-rendu du Sanhédrin de l'époque mais l'Évangile fait référence à plusieurs reprises à la manière dont Joseph d'Arimathie « disciple de Jésus mais en secret », prend sa défense devant cette assemblée. (\*)

En outre, il est suffisamment aisé pour disposer d'un tombeau vacant et, bien qu'il s'expose aux critiques violentes des autres membres du Sanhédrin, il va demander à Ponce Pilate l'autorisation d'emporter le corps de Jésus pour le mettre dans son propre sépulcre. Sa demande est conforme au droit romain <sup>(9)</sup> car « le supplicé appartient à l'administration romaine et à ce titre échappe à sa famille » (\*)

De ce fait, il obtint la permission d'enlever le corps du Christ de telle sorte qu'avec l'aide de Nicodème, ils enveloppèrent le corps dans un linceul avant de le mettre dans le tombeau selon la manière des Juifs d'ensevelir les morts en Terre Sainte. Cette façon de procéder suscite l'étonnement des historiens car comment Pilate a-t-il pu acquiescer à cette demande alors que le condamné était voué à la fosse commune ? De toute façon, il faut faire vite puisque « l'ensevelissement doit être terminé avant qu'on ne puisse plus distinguer un fil blanc d'un fil noir du fait du coucher du soleil parce que le Shabbat aura commencé,

et quel Shabbat que celui-là ! A défaut il faudra suspendre les rites de l'ensevelissement et revenir le moment venu pour les reprendre et achever... ce qui sera la démarche de Marie-Madeleine au matin de Pâque. » (\*)

La chose n'a pas du être facile si l'on considère que « l'une de caractéristiques majeures de la mort par crucifixion est qu'elle comporte une rigidité cadavérique immédiate et non progressive », les bras étant en extension et les jambes se figeant en flexion. (\*) La Descente de croix a lieu vers 16 heures et c'est vers 18h00 (la neuvième heure) que le Christ est inhumé, c'est-à-dire peu avant samedi car pour les Juifs la journée commençait à la tombée de la nuit. <sup>(11)</sup> Le tombeau est scellé et surveillé par des gardes à la demande des prêtres du Temple qui craignent que des sympathisants s'emparent du corps.

C'est alors que la foi prend le relais de l'histoire car, malgré cette précaution (un ange aurait endormi les gardes) il s'avère que, le dimanche, la tombe est retrouvée vide alors qu'aurait déjà pu exister des signes de putréfaction sur le visage, les mains et les pieds, si l'on se réfère au réalisme cru de la représentation qu'en fit Hans Holbein le Jeune (vers 1497- 1543) avec Le Corps du Christ mort dans la tombe peint vers 1521 (Kunstmuseum Bâle).

Quoi qu'il en soit, le Christ apparaît ensuite à ses fidèles, en particulier à Marie-Madeleine le jour de Pâque en lui disant Noli me tangere

(ne me touche pas) et Caravage (1571-1610) peindra L'Incrédulité de saint Thomas vers 1603 (Palais de Sanssouci de Potsdam). Il en sera déduit que Jésus est ressuscité.

C'est ainsi que, même si la Pietà est une scène artistique qui n'a pu avoir lieu (\*), l'histoire sainte retiendra au décours immédiat de la Crucifixion, la Descente de Croix puis la Déposition avec le Christ mort au pied de la croix et la Lamentation avec, à chaque fois, l'immense douleur de celle qui, effondrée et en larmes, deviendra la Vierge des sept Douleurs que sont : la Prophétie de Siméon (ou la circoncision selon les auteurs), la Fuite en Egypte, la perte de l'Enfant Jésus resté au milieu des Docteurs de la Loi, le Portement de Croix, la Crucifixion, la Descente de Croix et la Mise au Tombeau. (1) <sup>(14)</sup>

On ne peut qu'être impressionné par la Vierge de douleurs de Dirk Bouts (1415-1475) (Musée du Louvre), dont les larmes coulent sur le visage après qu'elle ait vu son fils unique crucifié de la plus horrible façon et cette Mater dolorosa et lacrimosa en impose par sa dignité. ■

*Remerciements au Docteur Philippe Rouesnel pour sa documentation et je suis éminemment redevable à Monsieur Tugdual de Kermoyan, Aumônier des hôpitaux de Ploërmel et de Josselin (Morbihan) pour ses remarques très érudites. (\*)*

Retrouvez Les parties 1 et 2 ainsi que toutes les notes et la bibliographie sur notre site [lecardiologue.com](http://lecardiologue.com)

**Bien que la date exacte reste hypothétique, il semble que ce fut le vendredi 7 avril 30, en début de matinée, que commença à Jérusalem le procès de Jésus de Nazareth, Juif de Galilée, âgé d'environ 35 ans. Aux yeux de l'instance suprême locale, le Sanhédrin, il s'agissait d'un fauteur de troubles et d'un blasphémateur mais dont le grief d'insubordination relevait du droit de l'occupant romain qui, seul, pouvait infliger la peine capitale. C'est ainsi que Jésus fut jugé par le procureur Ponce-Pilate et condamné à la flagellation et à devoir porter la partie transversale de la croix jusqu'au Golgotha où il est crucifié vers 12h sous les yeux de sa mère Marie profondément affligée (dolorosa) et en pleurs (lacrimosa). La mort de Jésus ayant été constatée vers 15h, on procède à la descente de croix vers 16h suivie d'une inhumation dans un tombeau vers 18h, c'est-à-dire peu avant la tombée de la nuit qui est le début du Shabbat consacré à Dieu et de ce fait aucun supplicé ne doit être visible, d'autant que le dimanche qui suit inaugure la grande fête juive de Pâque. C'est justement ce dimanche qu'on constatera que, malgré les précautions prises, le tombeau est vide. Jésus ayant été revu ensuite par certains de ses fidèles, la foi prenant alors le relais du fait historique, d'aucuns considèrent que Jésus était ressuscité.**





# CHAMPAGNE BLANC DE NOIRS DRAPPIER

**Je viens de me découvrir un point commun avec le général De Gaulle : comme lui (avec un retard certain), je suis séduit par les cuvées de pinot noir du champagne Drappier. Cette maison se consacre à la production du vin effervescent depuis 1808.**

Implantée à Urville, village du nord de la Côte des Bars dans l'Aube distant d'à peine 20 km de Colombey-les-2-Eglises, la maison Drappier exploite presque 100 ha, dont 55 ha en propriété, la plus grande partie (70 %) en pinot noir, car ses terroirs calcaires du Jurassique Kimméridgien s'expriment avec une pureté unique dans ces champagnes. Drappier, avec le statut de négociant manipulateur, atteint une production de 1,6 millions de bouteilles/an.

## LE « PÈRE PINOT »

Au début des années 1930, Georges Collot, grand-père maternel de Michel Drappier, décide le premier de planter du pinot noir dans la région, ce qui lui valut le surnom de « Père Pinot ». Depuis 1979, Michel, succédant à son père André, maîtrise les vinifications et a permis un remarquable bond qualitatif en misant sur les cuvées à base de pinot noir. Le style Drappier est fondé sur des vins colorés, aromatiques, équilibrés d'une rondeur agréable et d'une vinosité terrienne. Les trois enfants de Michel (huitième génération) l'ont rejoint dans l'exploitation.

## UN CHAMPAGNE CARBONE NEUTRE

Depuis 2016, le domaine Drappier est le premier en champagne à être « carbone neutre » grâce à l'installation de panneaux photovoltaïques produisant 75 % de l'électricité nécessaire, l'utilisation de véhicules électriques, le recyclage des matériaux de la bouteille aux pupitres, et surtout à l'agriculture : aucun désherbant, ni insecticide, labourage du sol avec des chevaux, enherbement maîtrisé, biodiversité poussée, culture bio certifiée sur 27 ha.

Les vendanges sont manuelles, les raisins, selon la classique méthode champenoise, sont pressés lentement, seule la première presse

est utilisée. La fermentation, dans des cuves thermorégulées, nécessite des levures majoritairement choisies et élevées au domaine. L'élevage avec soutirages est effectué dans des fûts ou des foudres de chêne et quelques dames-jeannes. La mise en bouteille se fait sans collage, ni filtration pour la prise de mousse par ajout de la liqueur de tirage vieillie pendant plus de 15 ans. Cette seconde fermentation à basse température est particulièrement lente, pour générer une effervescence fine et subtile.

L'élevage sur lattes, dans de magnifiques galeries souterraines datant du XII<sup>e</sup> siècle creusées par les moines cisterciens, dure 36 mois, un remuage manuel sur pupitres en bois assure au vin sa limpidité en éliminant les impuretés formées durant la prise de mousse. Il est ensuite nécessaire d'évacuer le dépôt qui s'est accumulé dans le goulot par un dégorgement à la volée. La remise à niveau se fait sans liqueur d'expédition pour le blanc de noirs, brut nature qui n'est pas dosé. L'utilisation de soufre est minimal (moins de 30 mg/l), les plus faibles de toute la Champagne, ce qui procure au vin des couleurs plus naturelles et des arômes plus épanouis.

## UN PÉTILLEMENT BRILLANT

Habillé d'une robe or cuivrée tirant sur l'orange, ce blanc de noirs Drappier non dosé, non millésimé offre le spectacle d'un pétilllement brillant et scintillant de fines bulles formant une mousse crémeuse. Le nez capte d'agréables parfums de fruits rouges : framboise, fraise des bois, d'agrumes : citron, pamplemousse, de coing frais, de noisette, un

bouquet d'herbes aromatiques et une finale épiciée. En bouche, il est vineux et ample, mature et équilibré. Une certaine droiture prend la relève d'une touche presque moelleuse. Voilà un champagne fin, tendu, d'une grande pureté, avec une belle persistance au palais.

Ce champagne est un merveilleux vin d'apéritif, surtout si on l'accompagne de rillettes de thon ou colin, de saumon fumé avec crème fraîche et aneth, de sashimis. Ses arômes de fruits rouges propres au pinot noir lui permettent de s'épanouir le mieux avec une belle viande blanche plutôt qu'avec des poissons : carpaccio de veau huile d'olive et truffe blanche, médaillon de veau en grenadin

sauce foie gras, selle de veau Prince Orloff, croustillant de riz au curry. Une fricassée de volaille crémeuse et truffée, un poulet de Bresse à la crème et morilles épouseront avec grâce ce champagne. Évitez en fin de repas de l'abîmer en lui présentant un dessert sucré, mais accompagnez vos fromages à croûte fleurie : coulommiers, brie, camembert par ce vin effervescent plutôt qu'avec un rouge qui serait déshabillé.

Oui mon Général, vous ne vous êtes pas trompé en adoptant pour vos réceptions à la Boissierie, le champagne Drappier, car cette maison familiale réalise un travail épatant et ses vins n'en finissent pas de conquérir le monde : 70 % des ventes à l'export dans 97 pays.

Des flacons de cette qualité sont des remèdes à la morosité, ce dont nous avons bien besoin par les temps actuels. ■

**André et Michel Drappier  
10200 Urville**

“ Le champagne est obligatoire en cas de victoire, nécessaire en cas de défaite. ”  
Winston Churchill

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



# PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE

## Indications chez l'adulte <sup>(1)</sup> :

- Prévention secondaire de l'infarctus du myocarde, des accidents ischémiques transitoires et des accidents vasculaires cérébraux
- Prévention de la morbidité cardiovasculaire chez les patients atteints d'angor stable
- Prévention de la morbidité cardiovasculaire chez les patients ayant des antécédents d'angor instable, en dehors de la phase aiguë
- Prévention de l'occlusion du greffon après un pontage aorto-coronarien (PAC) ou un pontage infra-inguinal
- Angioplastie coronaire, en dehors de la phase aiguë

## Stratégie thérapeutique <sup>(2)</sup> :

Prévention secondaire en dehors de la prise en charge de la phase aiguë du fait de sa formulation gastro-résistante induisant une libération différée de l'aspirine



**RESITUNE® 75 mg**  
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

Le seul  
comprimé  
d'aspirine  
en 75 mg <sup>(1)\*</sup>

75 mg



Médicament non soumis à prescription médicale. Remb. Séc. Soc. à 65 % - Collect.

Pour plus d'information, reportez-vous au Résumé de Caractéristiques du Produit, ainsi qu'aux recommandations de bonne pratique de l'ANSM et de la HAS de juin 2012 sur le bon usage des agents antiplaquettaires (disponibles sur [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr) et sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).



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

\* AMM à la date du 28/04/2015.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit Résitune® en vigueur, 2. Avis de la Commission de la Transparence Résitune®, 4 novembre 2015.

