

FICHE MÉTHODE

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

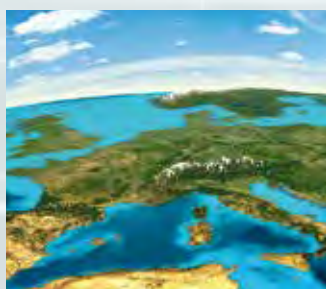
LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°451 – MARS-AVRIL 2023

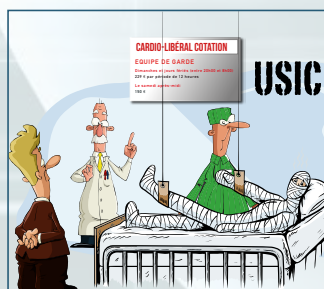
LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

LES RELATIONS MÉDECINS - INDUSTRIES DE SANTÉ



ACTU DÉCODÉE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU SNC : LA DYNAMIQUE
EST POSITIVE



NOMENCLATURE

LES COTATIONS DU
CARDIOLOGUE LIBÉRAL
EN ÉTABLISSEMENT DE
SANTÉ... (2^E PARTIE)



SYNDICATS REPRÉSENTATIFS

FICHE 1 :
AVENIR SPÉ - LE BLOC



LA PAGE DU CNCF

BASES DU BILAN PRÉ-OP
EN CHIRURGIE PROGRAMMÉE
(2^E PARTIE)

NOUVELLE INDICATION

ASSOCIÉS POUR GAGNER



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

1^{re} association fixe* Rosuvastatine - Ezétimibe

■ **Prévention des événements cardiovasculaires**

Liporosa[®] est indiqué chez les patients adultes ayant une maladie coronaire avec un antécédent de syndrome coronarien aigu (SCA), en traitement de substitution chez les patients contrôlés de manière adéquate par les deux substances actives individuelles administrées simultanément à la même posologie.

En complément de l'indication :

■ **Hypercholestérolémie primaire**

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



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

■ **Prévention des événements cardiovasculaires : Non agréé collectivités. Non remboursé par la Sécurité Sociale.**

■ **Hypercholestérolémie primaire : Agréé collectivités. Remboursement Sécurité Sociale 65%. Liste I**

* AMM en date du 2 Septembre 2014.

SERVIER



Rawpixel - Ded Mazay - Sergej Nivens - EverythingPics - Depositphotos

CARDIOLOGUE PRESSE

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

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

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

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

ABONNEMENT

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

TARIF 2022 – 1 an, 6 numéros

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

Adhérent au SPEPS.
Mensuel réservé au corps médical

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

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

Lors des dernières Journées européennes de la Société française de cardiologie, un petit panneau sur le stand d'une firme pharmaceutique – dont j'ai oublié le nom –, a attiré mon attention. Il y était dit que « *les laboratoires pharmaceutiques ne peuvent octroyer aucune hospitalité à un interne et plus généralement à un étudiant se destinant à une profession de santé* ».

Le café, c'est donc officiel, est devenu un puissant instrument de corruption des esprits dont il faut protéger les internes !

Au-delà du caractère tragicomique de l'affiche, cela pose évidemment nombre de questions :

- La diabolisation de toute forme de contact industrie-médecins fait-elle avancer l'amélioration de la prise en charge des patients ?
- Pourquoi ne pas interdire complètement la publicité et la promotion dans le domaine de la santé ?



LE CAFÉ, LE VICE ET LA VERTU

Vincent Pradeau

Président du Syndicat national des cardiologues

- Suis-je un praticien irrémédiablement corrompu ? #me too dénonce ton médecin, [#www.transparence.sante.gouv.fr](https://www.transparence.sante.gouv.fr)
- Quel modèle de financement des congrès, de la formation ?
- Quid de l'innovation en santé, du financement de nombreuses équipes de recherche ?
- Ceux qui édictent ces règles n'ont-ils aucun lien ou conflit d'intérêts ?
- Et d'ailleurs toute prise de parole, toute interaction sociale, n'est-elle pas un conflit d'intérêts ?

Chacun pourra se faire son opinion à la lecture du dossier que nous consacrons aux liens médecins-industrie de santé dans ce numéro de printemps.

Restons optimistes entre Saint-Just et Stavisky, il existe sûrement une voie médiane.

Cardiologiquement vôtre !

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

Assemblée générale du SNC : la dynamique est positive

10 NOMENCLATURE

Les cotations du cardiologue libéral en établissement de santé...
(2^e partie)

12 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS...

Fiche 1 : Avenir Spé - Le Bloc

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

Cahier central
détaché

LES RELATIONS MÉDECINS-INDUSTRIES DE SANTÉ

1. LA LOI ANTI-CADEAUX FIXE LE CADRE DES RELATIONS ENTRE LES ENTREPRISES ET LES ACTEURS DE SANTÉ

- Qu'est-ce qu'un avantage ? II
- Trois types de dérogations possibles II

2. LES CONVENTIONS

- Informations publiées II

3. RÔLE DU CONSEIL DE L'ORDRE

- III

4. PUBLICITÉ DES LIENS D'INTÉRÊTS

- Le dispositif « Transparence-Santé » III
- Modalités de déclaration IV

5. AGENTS PUBLICS ET EXPERTS

- Zoom sur la notion d'expertise IV

6. L'INFORMATION SUR LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS : LA PROMOTION PAR DÉMARCHAGE

- Qu'en dit la littérature ? V

7. CHARTE DE LA VISITE MÉDICALE ET CERTIFICATION

- VII

13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale

9^e partie : L'effet-médecin et l'effet-patient dans l'effet placebo

14 LA PAGE DU CNCF

Bases du bilan pré-op en chirurgie programmée - 2^e partie

16 MAGAZINE



HIGHTECH 16

GPT : La désorganisation humaine ?



ART&CULTURE 20

La Mélancolie d'Albrecht Dürer



CULTURELIVRE 18

- Barbarossa. 1941, la guerre absolue
- La splendeur et l'infamie



ESPACEVIN 22

Fleurie La Madone 2018
Domaine Chamonard

23 LES PETITES ANNONCES



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE LA DYNAMIQUE



Denis Ismagilov

L'Assemblée générale du SNC s'est tenue le 28 janvier dernier. Les différentes présentations ont permis de faire le point sur les actions menées en 2022, la communication générale du syndicat, les actions du CNPCV et du CNCF, les actualités politiques et syndicales, la politique des centrales, et enfin la vie des commissions et des régions. Le compte-rendu détaillé et ses annexes sont disponibles sur le site internet du syndicat.

UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE FINANCIER

Les chiffres confirment un retour à l'équilibre financier, dans la continuité de l'année 2021. Le nombre d'adhérents a augmenté et quatre régions dépassent maintenant les cent adhérents. L'objectif est de poursuivre cette tendance pour maintenir la bonne santé financière du syndicat et lui permettre de mener à bien ses actions en faveur des cardiologues libéraux.

DU CÔTÉ DU CNPCV

B. lung

Les différentes instances de la cardiologie poursuivent leur rapprochement. Des points de convergence existent entre la cardiologie hospitalière et libérale : la délégation des tâches, la maîtrise de stage des internes, la formation médicale continue (FMC) et le développement professionnel continu (DPC), la nécessité d'élaborer des propositions concrètes sur l'imagerie de coupe, la télésur-

veillance et enfin les travaux sur le TAVI.

Concernant le TAVI et compte-tenu de son développement lié à l'extension de son indication vers les patients à plus faible risque, la HAS poursuit la révision des critères d'autorisation des centres. A sa demande, le CNPCV proposera des pistes de réflexion au plus tard le 1^{er} avril 2023.

Le Haut-conseil de la Nomenclature, créé en 2021 et intégrant dix médecins dont cinq libéraux, accueille notamment Frédéric Fossati.

Piloté par Arnaud Lazarus, le comité cardiologique est constitué de douze experts dans le respect de la parité public/privé. Il est chargé de réviser les 172 actes de cardiologie inscrits à la CCAM (description et hiérarchisation ; la partie valorisation / tarification fera l'objet de discussions entre les partenaires conventionnels.

Les actes dits « obsolètes » et les nouveaux actes (qui ne sont pas des actes « innovants ») feront l'objet d'une suppression ou

d'un ajout dont la décision passera par une proposition collective cosignée par le CNPCV et le comité cardiologique.

ACTUALITÉ DU COLLÈGE NATIONAL DES CARDIOLOGUES FRANÇAIS

Dominique Guedj-Meyer

Le CNCF et le syndicat travaillent en synergie sur de nombreux dossiers : enquêtes communes, revue *Le Cardiologue*, DPC communs... Le retour du SNC au sein de l'ODP2C permet d'envisager de nouveaux projets.

COMMISSIONS

Commission numérique

Dimitri Stepowski succède à Thierry Garban à la tête de cette commission qui se réunit tous les trois mois pour évaluer différents dispositifs numériques en lien avec la médecine : logiciels, applications, dispositifs, agendas, etc. La commission s'est notam-



LE DU SYNDICAT EST POSITIVE

ment intéressée à la téléexpertise dont l'importance va croître avec le développement des ESS Parmi les dispositifs évalués, il faut noter l'importante évolution des montres connectées, ce qui pose un certain nombre de problèmes, notamment dans la gestion des données numériques.

Dans les autres dispositifs, ont été évalués les bracelets d'hypertension (marque Aktiia notamment) mais ce matériel n'a pas été validé chez les + 65 ans, les diabétiques et insuffisants rénaux.

Commission « Imagerie de coupe »

Jean-Baptiste Caillard rappelle que cette commission a été mise en place en février 2022 pour rassembler des cardiologues réalisant de l'imagerie en coupe. L'accès des cardiologues aux machines est limité même si la relation avec les établissements se passe plutôt bien. L'ambition de la commission est d'aider les cardiologues à être davantage maître d'œuvre dans leur pratique du fait de la place importante de l'imagerie en coupe dans celle-ci.

Commission « Jeunes »

Présidée par Cyril Zakine elle rassemble jusqu'à dix médecins de moins de 35 ans. La commission a notamment collaboré avec le cabinet Ethicare pour mettre en place la plateforme Cardiolink et le pack d'installation, dont l'accès est possible grâce au site internet.

Commission « Interventionnel »

Patrick Joly rappelle la nécessité de travailler en groupe dans un établissement pour avoir plus de poids face aux directions d'établissement lors de la négociation des contrats, l'idéal étant de garder un contrat d'exclusivité lorsque cela est possible.

Commission « Humanitaire »

Cette commission est en cours de formation. Les adhérents intéressés doivent se rapprocher de Patrick Joly ou Marc Villacèque.

CARDIOHEBDO & LE CARDIOLOGUE

Jean-Pierre Binon

L'association *Cardiologue presse* assure la communication du syndicat au travers de la revue *Le Cardiologue* (6 numéros/an) et la lettre d'information hebdomadaire *CardioHebdo*. La revue propose des contenus axés sur le socioprofessionnel mais la page du CNCF présente l'actualité plus scientifique et permet de garder le lien SNC/ CNCF.

Lancée en 2022, la lettre d'information hebdomadaire *CardioHebdo* permet de réagir plus rapidement à l'actualité. En 2023, nous avons ajouté une rubrique « carton rouge ». Après une année, on constate un taux d'ouverture de 36 % et un taux de clic de presque 4 % ce qui est très satisfaisant. Les retours des lecteurs sont positifs.

Les recettes 2022 sont légèrement en baisse de même que les dépenses, mais l'association reste bénéficiaire. L'objectif principal est d'augmenter les abonnements (seulement 85 % des cotisants au syndicat sont abonnés à la revue).

UFCV - FORMATCŒUR

A travers son portail FormatCœur, l'UFCV propose de nombreuses formules de très grande qualité pour accompagner les cardiologues dans leurs besoins de FMC : GAP, staffs, FAF, DPC, sessions en webinaires, à distance, en présentiel... Les GAP constituent une formidable opportunité pour renforcer ses connaissances et évaluer sa pratique. Ce dispositif très complet, efficace et convivial se déroule en présentiel sur un territoire donné. Il existe treize GAP aujourd'hui en métropole.

Les membres du conseil d'administration de l'UFCV (Union nationale de formation continue et d'évaluation en médecine cardiovasculaire) seront renouvelés le 29 janvier pour 3 années. La présidence de l'UFCV sera assurée par le président 2023-2026 du SNC.

A noter : DPC

Une nouvelle période d'obligation triennale démarre : tous les programmes doivent être mis à jour et redéposés. Des programmes plus courts de trois heures par demi-journée sont maintenant proposés, uniquement en présentiel. Les règles fiscales évoluant, l'UFCV devra reverser la TVA perçue sur les actions de DPC ce qui entraînera des conséquences pour les recettes de l'association.

Certification Qualiopi

L'UFCV a obtenu sa certification Qualiopi, référentiel qualité pour les organismes de formation professionnelle continue.

ACTUALITÉS POLITIQUES ET SYNDICALES

Marc Villacèque, Vincent Pradeau et Thierry Garban

On compte 6 279 cardiologues en 2023 dont deux-tiers de libéraux. Ce nombre est en diminution et d'après le ministère, nous retrouvons les mêmes effectifs en 2033 mais avec moins de libéraux qui doivent se structurer davantage pour attirer les cardiologues qui quittent l'hôpital.

Ce mouvement démographique survient alors que l'on constate une augmentation des maladies cardiovasculaires (2,5 %/an) et une financiarisation du secteur de la santé. Dans ce contexte, le SNC promeut activement les équipes de soins spécialisés (ESS) qui permettent plus particulièrement d'améliorer l'accès aux soins de spécialités et de coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique de parcours. Le SNC est partie prenante d'une expérimentation article 51 dans quatre régions pour évaluer l'intérêt des ESS en cardiologie, avec notamment le recours à la télé-médecine. L'ensemble des composantes de la cardiologie participe à cette expérimentation : SFC, CNCF et CNCH, en collaboration avec le cabinet Ethicare et avec le soutien du CNPCV.

En parallèle, les négociations sont en cours entre les syndicats représentatifs et l'assu-



rance maladie afin de signer une nouvelle Convention médicale. En cas d'échec, un règlement arbitral sera proposé par l'arbitre désigné par les pouvoirs publics avec l'accord des syndicats.

POLITIQUE DES CENTRALES

Le SNC maintient ses adhésions à Avenir Spé et à la CSMF. Deux versements seront effectués en 2023.

ÇA S'EST PASSÉ DANS LES RÉGIONS ...

Auvergne

On note une tension accrue chez les spécialistes sans constater d'amélioration au niveau des médecins généralistes et des hôpitaux régionaux. Le nombre des cardiologues libéraux est stable mais les délais de RDV sont toujours de 8 à 12 mois.

Charentes Poitou

Le syndicat enregistre 132 adhérents, soit 10 % de plus qu'en 2022. La région affiche une démographie préoccupante sauf dans les zones attractives (Bordeaux, Pau, la côte basque ou la Rochelle). Des ESS ont été créées, notamment pour prendre en charge les urgences. Malgré ces difficultés, les hospitaliers refusent que leurs internes puissent faire des stages en libéral et des cardiologues libéraux se sont installés au CHU et au CHG. Certaines activités restent l'apanage du secteur public : rythmologie, TAVI.

Pays de la Loire

Les nouveaux cardiologues sont attirés par Nantes et peu par les autres territoires (dans le 44) et privilégient un rythme de travail tranquille. On note également des difficultés pour recruter et garder les IDE au sein des cliniques. Le Maine-et-Loire participe à une expérimentation article 51 pour Cardio +.

Haute-Savoie

Un nouveau bureau a été élu en juin 2022. Le département rencontre un problème de désertification avec 10 cardiologues qui

partiront à la retraite dans les cinq ans (sur 39 installés actuellement). Des réunions d'information sont montées pour attirer des « jeunes » et stimuler les nouvelles pratiques, avec des thématiques sur le travail aidé : IPA et assistants médicaux. Un GAP sera monté en 2023 et la telexpertise sera développée. Lancement de l'ESS Cardio+ AuRA

Hauts de France

L'avenir de l'antenne est incertain en l'absence de relève syndicale.

Occitanie

La région affiche des adhésions stables et une trésorerie saine. Plusieurs activités sont organisées : GAP, réunions CHU/internes, délégation de tâches, URPS et CPTS. En 2023, une assemblée générale en présentiel permettra de renouveler le bureau et de redonner de la visibilité à l'antenne. La région a fait le choix de la parité pour être représenté en national.

Ouest

2022 a permis de consolider et d'animer la vie associative de l'antenne avec l'organisation de trois réunions, la mise en place d'un site associatif et d'un partenariat avec le syndicat des Pays de Loire et la réalisation d'une enquête auprès des cardiologues de Bretagne.

L'assemblée générale 2023 permettra d'optimiser la coordination avec les médecins généralistes et de les former en cardiologie, de développer le recours à la téléexpertise et d'améliorer l'adressage des patients. L'ordre du jour prévoit également un travail sur les consultations non programmées de cardiologie et la participation des cardiologues libéraux aux projets transversaux type parcours de soins.

Par ailleurs, l'équipe souhaite optimiser la coordination avec les centres de cardiologie publiques et privés ainsi que les équipements et pratiques cardiologiques. La démographie reste un enjeu pour lequel un travail est en cours avec la CPAM et l'ARS.

Alpes Maritimes

Plusieurs confrères libéraux sont partis à la retraite et une dizaine de cardiologues se sont installés dans le département. Les réunions présentielles ainsi que la FMC ont repris. Le groupe WhatsApp « Bibliographie cardio » est toujours actif et rassemble 80 inscrits, libéraux et hospitaliers. Il fait l'objet de messages quotidiens d'intérêt professionnel.

Normandie

Le bureau a été entièrement renouvelé et la région compte maintenant cinq départements au lieu des deux précédents. Un rapprochement a été opéré avec Caen et huit réunions ont été organisées à Rouen, rassemblant une trentaine de participants. Un séminaire de quatre jours est organisé en mars et une réunion est prévue avec les internes pour favoriser les remplacements et installations. Des discussions sont en cours autour de la chirurgie cardiaque et du TAVI, avec le soutien du SNC.

Champagne Ardennes

Le renouvellement démographique est correcte à Reims grâce au CHU même si les libéraux préfèrent exercer en clinique en tant que collaborateurs. En revanche des villes comme Troyes et Charleville sont sinistrées et les patients doivent attendre un an pour obtenir un rendez-vous. L'offre de soins a pu être renouvelée grâce au plateau technique de rééducation ambulatoire (succès de l'expérimentation puis article 51). L'antenne a recruté de nouveaux membres.

Loire

Un centre iZyCardio doit prochainement s'ouvrir à Roanne.

Région Parisienne

La région est le premier désert médical de France mais l'antenne compte 180 adhérents. L'ESS permet de proposer des consultations non programmées / télémedecine et d'optimiser le parcours du patient insuffisant cardiaque. ■

Rejoignez le seul syndicat de cardiologie libérale !

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

Pourquoi j'adhère ?

► Je contribue à la défense de la profession

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

► Je bénéficie d'un accompagnement professionnel unique et complet

- Vous accédez à :
 - une aide juridique et des conseils personnalisés : notre cellule juridique accessible à contact@sncardiologues.fr vous accompagne dans les litiges,
 - une plateforme unique qui vous aide à préparer votre retraite et à améliorer votre prévoyance au 06 14 71 15 62.
- Nous vous aidons à mettre en place de nouveaux modes d'exercice grâce à des « solutions clés en mains » : 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^{er} avril 2022, l'APC + ECG passe à 69,26 € (secteur 1) et l'APC passe de 50 € à 55 €.

► CARDIO'LINK

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

► HONORAIRES

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

► INNOVATION

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

Les engagements de votre Syndicat

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

Rejoignez-nous sur sncardiologues.fr

LES COTATIONS DU CARDIOLOGUE LIBERAL EN ETABLISSEMENT DE SANTE...

(2^e PARTIE)

Dans le précédent numéro, nous avons abordé les règles de cotation des actes cliniques en établissement de santé en fonction de la situation du patient ; nous allons traiter cette fois-ci des actes techniques inscrits à la CCAM. En préambule, on rappellera la règle de non-cumul des actes techniques avec une consultation à l'exception de l'ECG (DEPQ003).

ACTES DE SURVEILLANCE MONITOREE

Deux codes sont proposés selon le secteur d'hospitalisation du patient dans l'établissement

En USIC : YYYY002

C'est un acte isolé correspondant au forfait de cardiologie de niveau 2, valorisé à 57,60 € et dont la note précise qu'il s'agit d'une « surveillance monitorée continue et traitement des malades hospitalisés au sein d'un centre de réanimation cardiaque par plusieurs médecins spécialistes dont l'un au moins présent de façon constante pour un max de 10 malades, par équipe, avec surveillance du tracé électrocardiographique, sur oscilloscope et du cardiofréquence-mètre y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrement et ce quelle que soit la technique ».

■ **Facturation** : par patient, par équipe, par 24 heures.

■ **Trois actes peuvent être associés (en supplément)** et donc, facturés à taux plein :

- le choc électrique externe quel qu'en soit le nombre, soit YYYY002 (57,60 €) + DERP004 (65,44 €) = 123,04 ;

- la pose ou changement de cathéter endocavitaire pour stimulation électrosystolique, soit YYYY002 + DELF011 (100,79 €) = 158,39 € ;

- la pose de cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites et du débit cardiaque, par voie veineuse transcutanée soit YYYY002 + EQLF004 (94,80 €) = 152,40 €.

Hors USIC : YYYY001

c'est également un acte isolé correspondant au forfait de cardiologie de niveau 1, valorisé à 26,88 € et dont la note précise qu'il s'agit d'une « surveillance monitorée continue et traitement d'un ou deux malades au maximum hospitalisés sous la responsabilité d'un médecin avec surveillance du tracé électrocardiographique, sur oscilloscope et du cardiofréquence-mètre y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrement et ce quelle que soit la technique ».

■ **Facturation** : par patient, par équipe, par 24 heures, 7 jours au plus peuvent être facturés

■ **Là aussi, les 3 actes précédemment cités peuvent être associés** et facturables à taux plein (choc électrique externe, pose ou changement de cathéter endocavitaire pour stimulation électrosystolique, pose de cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites et du débit cardiaque).

AUTRES ACTES

Si les forfaits de surveillance de niveau 1 ou 2 ne sont pas utilisés, il est tout à fait possible de coter en USIC d'autres actes, soit de manière isolée, soit en association dans le même temps pour le même patient et par le même médecin.

Il faut respecter les dispositions générales de la CCAM et vérifier qu'il n'existe pas d'incompatibilité (Art I-11 des DG de la CCAM) ; l'association des 2 actes est alors soumise à l'Art. III-3-b des DG de la CCAM : tarif à taux plein pour l'acte le plus élevé (n'oubliez de préciser le code association 1) et tarif à 50 % de la valeur du second acte (code association 2).

■ Deux exemples pour illustrer ce cas de figure :

- Vous pratiquez une échographie cardiaque chez un malade en soins intensifs alors que vous êtes de garde : DZQM005 + YYYY002 / 2.

- Vous pratiquez une échographie cardiaque chez un malade en soins intensifs avant ou après avoir réalisé un choc électrique externe : DZQM005 + DERP004 / 2.

Attention toutefois, le code d'association 5 (actes à taux plein pratiqués à des moments différents et discontinus de la même journée par le même médecin) n'est pas applicable en USIC (article III-3-B-2-h des DG CCAM).

LES MODIFICATEURS D'URGENCE

En CCAM, l'urgence se définit comme un acte non prévu plus de 8 heures auparavant, réalisé entre 20h00 et 8h00, ou les dimanches ou jours fériés, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

Trois modificateurs d'urgences peuvent être appliqués :

- **F** : Dimanche ou jours fériés de 8h00 à 20h00 valorisé à 19,06 €
- **U** : Nuit de 20h00 à 08h00 valorisé à 25,15 €
- **S** : Nuit de 24h00 à 8h00 pour les actes réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale valorisé à 40 €

Leur utilisation nécessite à la fois le caractère urgent de l'acte et leur réalisation dans la période indiquée ; en cas d'association de

plusieurs actes sur un même patient, ils ne s'appliquent que sur un seul acte.

Attention, ces modificateurs ne s'appliquent pas sur les forfaits YYY001 et YYY002 de patients déjà hospitalisés tout comme le « U » puisqu'ils sont censés couvrir les 24 heures (donc, YYY002 U ou YYY001 U non applicable mais YYY002 F possible).

A noter que certains actes – comme l'épreuve d'effort (DKRP004) ou le Holter ECG – n'acceptent pas les modificateurs d'urgence, contrairement aux échocardiographies transthoraciques au lit du patient en USIC ou en secteur d'urgence ou de réanimation (DZQM005) ou aux ETO au lit du patient (DZQJ006) pour lesquelles, il est possible d'appliquer les majorations « F » et « U ».

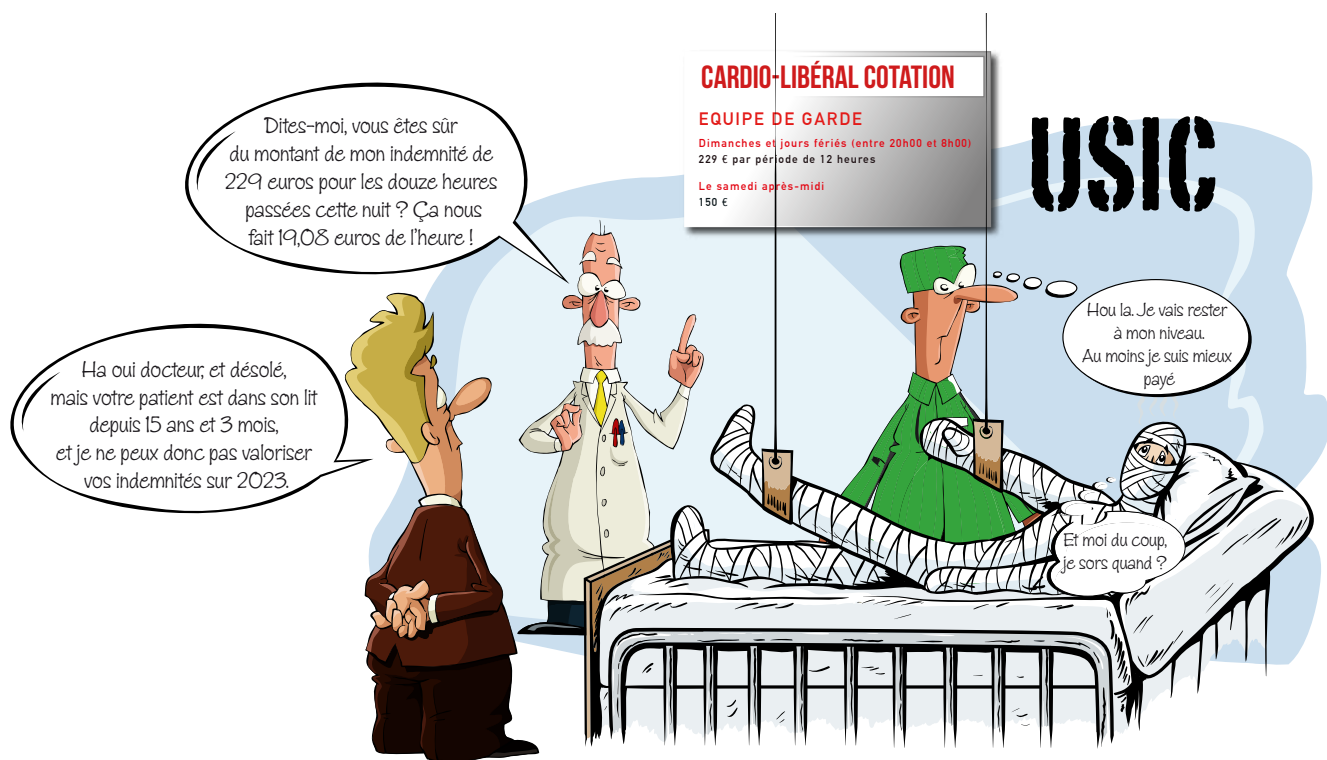
INDEMNISATION DE LA GARDE SUR PLACE

Pour les cardiologues qui participent à une équipe de garde sur place 24h/24 en USIC, une indemnisation dont le montant appartient au domaine réglementaire et fixé par arrêté ministériel leur est versé, indépendamment des actes pratiqués au cours de leur garde.

Concrètement, après avoir contractualisé entre l'établissement de santé, l'ARS et la caisse CPAM « pivot », cette indemnité est versée directement sur le compte du praticien après envoi à la caisse du ou

des tableaux de garde visés par le médecin responsable du service et du directeur d'établissement.

Son montant est fixé à 229 € par période de 12 heures (la nuit entre 20h00 et 8h00, les dimanches et jours fériés) ainsi que 150 € le samedi après-midi ; malheureusement, ces sommes n'ont jamais été revalorisées depuis leur mise en œuvre (il y a plus de 15 ans maintenant...). ■



FICHE 1 Avenir Spé - Le Bloc

- Une union syndicale constituée fin 2020 par les syndicats Avenir Spé et Le Bloc pour faire front commun lors des élections professionnelles de mars 2021.
- Une organisation monocatégorielle dédiée à la défense exclusive des spécialistes libéraux.
- Le premier syndicat des médecins spécialistes (40 % des suffrages aux URPS 2021).

LES SPÉCIALITÉS AU SEIN D'AVENIR SPÉ - LE BLOC

Avenir Spé - Le Bloc fédère des médecins spécialistes exerçant des spécialités médicales ou liées au travail en bloc chirurgical.

- **Avenir Spé** : spécialités de bloc (chirurgie pédiatrique, anesthésistes-réanimateurs et toutes les spécialités médicochirurgicales) et médicoteknique (cardiologue, pneumologie...) et autres spécialités de plateaux techniques lourds (radiologie, médecine nucléaire, anatomo-cyto-pathologie, médecins biologistes) ainsi que spécialités ayant une part importante, voire exclusive d'activité clinique.
- **Le Bloc** : syndicat de chirurgiens, syndicat de gynéco-obstétriciens, syndicat d'anesthésistes-réanimateurs, réunis par des thématiques liées à l'exercice au bloc : relation avec les établissements, personnel du bloc et CCAM. Il est très attaché à la liberté des honoraires.

FONCTIONNEMENT AU QUOTIDIEN

Avenir Spé et le Bloc ont chacun leur mode de fonctionnement propre. Un conseil d'administration commun leur permet de débattre des grands sujets de manière à parler d'une voix unie lors des échanges avec les pouvoirs publics.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES ET RÈGLEMENT ARBITRAL

Après quatre mois de négociations avec l'Assurance-maladie, l'assemblée générale de l'union Avenir Spé-Le Bloc a rejeté la convention proposée à l'unanimité considérant que les propositions faites par les pouvoirs publics ne permettraient pas de répondre aux besoins des patients. Après la

prise de fonction de l'arbitre désigné, l'union syndicale lui a envoyé ses propositions, rappelant également ses points d'accord et de désaccords. Les grandes lignes de ce courrier sont présentées ci-après :

I. Points de convergence avec la convention refusée

- Nécessité d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et la couverture territoriale.
- Nécessité de simplifier la réglementation et la tarification en un nombre limité de niveaux de consultations.
- Nécessité d'un rattrapage des spécialités cliniques : pédiatrie, psychiatrie, endocrinologie, rhumatologie, MPR, infectiologie, gériatrie.
- Importance de développer les équipes de soins spécialisés (ESS) comme outil de structuration de l'activité spécialisée pour mieux répondre à l'accès aux soins (urgences et consultations non programmées) et la couverture territoriale.
- Développer la délégation de tâches sous contrôle du médecin spécialiste dans des plateformes de prise en charge ambulatoire spécialisée et dans le cadre des ESS.

II. Points de divergence

- Recours à des mesures contraignantes pour renforcer l'attractivité de la profession.
- Conditionnement de la revalorisation des actes cliniques et techniques à un contrat d'engagement territorial (CET).

III. Propositions

- Un engagement dans une ESS pourrait remplacer le CET.
- Les mesures d'engagement doivent tenir compte de la situation personnelle des médecins (enfants en bas âge, > 60 ans et retraités actifs, médecins malades, engagement syndical ou professionnel).
- Des mesures d'assouplissement réglementaire doivent permettre d'optimiser l'activité médicale, encourager à élargir les files actives et la prise en charge de patients complexes.
- L'OPTAM doit être accessible à tous les médecins spécialistes et son attractivité de l'OPTAM passe par un plancher des actes à tarif opposable limité à 15 %.

ZOOM : RAPPEL - LES ENGAGEMENTS D'AVENIR SPÉ - LE BLOC LORS DES ÉLECTIONS URPS DE 2021

■ Pilier 1 : renforcer le secteur 2 et garantir un espace de liberté tarifaire pour le secteur 1.

- Engagement 1 : revaloriser les tarifs de sécurité sociale pour tous les secteurs d'exercice.
- Engagement 2 : garantir la pérennité du secteur 2 pour les futurs installés.
- Engagement 3 : défendre la valeur réelle de nos actes dans la réforme de la nomenclature.

■ Pilier 2 : défendre sans concession l'exercice libéral du spécialiste.

- Engagement 4 : garantir que les contrats d'exercice et les autorisations d'activités protègent nos intérêts et l'exercice libéral.
- Engagement 5 : résister à la pression des groupes en garantissant l'indépendance professionnelle et en imposant une redevance médicale juste et transparente.
- Engagement 6 : garantir l'accès rapide à l'innovation thérapeutique aux spécialistes libéraux.

■ Pilier 3 : affirmer l'accès direct aux spécialistes libéraux.

- Engagement 7 : imposer la place des médecins libéraux avec les URPS dans la gestion de la crise sanitaire.
- Engagement 8 : rendre le pouvoir aux spécialistes libéraux dans l'organisation des territoires de santé.
- Engagement 9 : affirmer la place du spécialiste libéral dans le parcours de soins du patient.

Membres du bureau du SNC également adhérents d'Avenir Spé :

- **Vincent Pradeau**. Président du SNC et délégué régional Nouvelle Aquitaine d'Avenir Spé
- **Marc Villacèque**. Ancien président du SNC et délégué régional Occitanie d'Avenir Spé.

PLUS D'INFOS...

- **Avenir Spe**. syndicatavenirspe.fr
- **avenir Spe - Le Bloc**. avenirspelebloc.fr

LES RELATIONS MÉDECINS INDUSTRIES DE SANTÉ

Les interactions entre les professionnels de santé et les industriels permettent notamment de faire avancer la recherche. Afin de prévenir les conflits d'intérêts, elles sont soumises à un cadre réglementaire strict, contrôlées par les instances ordinales et transparentes vis-à-vis du public.

Dans un rapport adopté en décembre 2022 et rendu public en février 2023, la HAS présente les conclusions d'une revue de littérature portant sur les interactions entre les médecins (y compris les étudiants) et les représentants des entreprises de santé dans le cadre de la promotion des médicaments par démarchage.



**Ce cahier pratique rappelle les règles encadrant les relations médecins-industrie :
publication des liens d'intérêts et loi anti-cadeaux
et présente une synthèse de la revue de littérature effectuée par la HAS.**

1. LA LOI ANTI-CADEAUX FIXE LE CADRE DES RELATIONS ENTRE LES ENTREPRISES ET LES ACTEURS DE SANTÉ II	5. AGENTS PUBLICS ET EXPERTS IV
■ Qu'est-ce qu'un avantage ?..... II	■ Zoom sur la notion d'expertise IV
■ Trois types de dérogations possibles..... II	
2. LES CONVENTIONS II	6. L'INFORMATION SUR LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS : LA PROMOTION PAR DÉMARCHAGE V
■ Informations publiées..... II	■ Qu'en dit la littérature ?..... V
3. RÔLE DU CONSEIL DE L'ORDRE III	7. CHARTE DE LA VISITE MÉDICALE ET CERTIFICATION VII
4. PUBLICITÉ DES LIENS D'INTÉRÊTS III	
■ Le dispositif « Transparence-Santé »..... III	
■ Modalités de déclaration..... IV	



1. LA LOI ANTI-CADEAUX FIXE LE CADRE DES RELATIONS ENTRE LES ENTREPRISES ET LES ACTEURS DE SANTÉ

La loi anti-cadeaux (ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé) établit un dispositif réglementaire pour éviter les conflits d'intérêts entre professionnels de santé et industriels.

Elle interdit aux entreprises de santé de proposer ou procurer des avantages aux professionnels de santé, mais aussi aux fonctionnaires et agents des administrations de l'Etat, aux collectivités territoriales et leurs établissements publics ou à toute autre autorité administrative élaborant ou participant à l'élaboration d'une politique publique en matière de santé ou d'Assurance-maladie, ou étant titulaires de pouvoirs de police administrative à caractère sanitaire.

QU'EST-CE QU'UN AVANTAGE ?

La notion d'avantage recouvre les cadeaux, la prise en charge des frais de repas, d'hébergement ou de transport, la mise à disposition gratuite de matériel, etc.

TROIS TYPES DE DÉROGATIONS POSSIBLES

Des dérogations sont autorisées à destination des professionnels de santé et des étudiants en médecine :

- la rémunération, l'indemnisation et le défraiement d'activités de recherche, de valorisation de la recherche, d'évaluation scientifique, de conseil, de prestation de services ou de promotion commerciale. La rémunération doit être proportionnée au service rendu et l'indemnisation ou le défraiement doivent correspondre aux dépenses réelles et faisant l'objet d'un justificatif ;
- les avantages perçus par les étudiants en médecine pour des activités de recherche dans le cadre de la préparation d'un diplôme. Cela peut être du don de matériel, ou encore la prise en charge de repas, de transport ou d'hébergement dans le cadre de ces activités ;
- l'hospitalité offerte à des médecins et à des étudiants lors de manifestations de promotion ou lors à caractère exclusivement professionnel et scientifique. Ces manifestations doivent être d'un niveau raisonnable, limitées à l'objectif professionnel et scientifique principal de la manifestation et non étendues à des personnes autres que les professionnels et les étudiants concernés.

Ils nécessitent la signature d'une convention entre le bénéficiaire et l'industriel et sa soumission pour approbation à l'Ordre des médecins.

2. LES CONVENTIONS

Les conventions impliquent des obligations de la part des signataires. Plusieurs configurations sont possibles. Un professionnel peut par exemple participer à un congrès en tant qu'orateur et l'entreprise prendra en charge son transport et son hébergement. Les activités de recherche, la participation à un essai clinique sur un produit de santé, la participation à un congrès scientifique, une action de formation, etc. font également l'objet de conventions.

Les informations relatives aux conventions et aux avantages prévus sont publiques et doivent être déclarées par les entreprises (site Transparence Santé piloté par le ministère de la Santé et des Solidarités). Les conventions liées à des recherches impliquant la personne humaine sont soumises à l'Ordre pour information et pour décision.



► **INFORMATIONS PUBLIÉES**

■ objet de la convention, sa date, les rémunérations versées à partir de 10 euros, les avantages prévus (repas, hospitalité, dons à des associations etc., avec leur date et leur montant à partir de 10€, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final des sommes versées dans le cadre de la convention.

Les informations contenues dans la base de données publique « *Transparence-Santé* » sont issues des déclarations réalisées par les entreprises deux fois par an. Ces dernières sont responsables des informations publiées. Celles-ci restent publiques pendant 5 ans à compter de leur mise en ligne (plus longtemps dans le cas de conventions de recherche supérieures à 5 ans).

3. RÔLE DU CONSEIL DE L'ORDRE

Le Conseil national de l'Ordre s'assure que les conventions signées entre l'industrie et les médecins sont conformes à la déontologie de ces derniers.

A noter qu'en cas de décision négative de l'Ordre (ou de l'ARS lorsqu'elle est sollicitée) concernant un événement, les entreprises doivent annuler l'opération ayant fait l'objet du refus (board, symposium).

4. PUBLICITÉ DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

LE DISPOSITIF « TRANSPARENCE-SANTÉ »

Il intervient en aval d'autres dispositifs encadrant les liens entre les acteurs de la santé (industriels et professionnels de santé notamment). Son objectif est de rendre public les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces acteurs. Chacun peut ainsi s'informer de manière objective sur ce sujet.

La publication des conflits d'intérêts concerne :

■ l'ensemble des entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé (médicaments ou dispositifs médicaux) humaine ou animale.

LES DATES CLÉS DE L'OBLIGATION DE TRANSPARENCE.

2011. Loi sur la sécurité sanitaire du médicament introduisant l'obligation pour les entreprises de publier leurs liens avec les différents acteurs de santé avec lesquels elles travaillent ;

2013. Décret fixant la nature des informations à publier par les entreprises ; première campagne de publication - les informations sont publiées sur les sites des entreprises.

2014. Les pouvoirs publics mettent en place un site public unique centralisant l'ensemble des informations émanant des entreprises.

2016. La loi « Santé » modifie le dispositif de publication et ajoute de nouvelles catégories d'informations dont le montant des rémunérations versées aux acteurs concernés.

2019. La loi « Ma santé 2022 » ajoute les influenceurs à la liste des bénéficiaires de conventions que les laboratoires sont tenus de rendre publics.



- ▶ ■ les entreprises produisant ou commercialisant des produits cosmétiques et de tatouage, ainsi que des lentilles non correctives ;
- les entreprises assurant des prestations en lien avec les produits de santé, par exemple les agences de communication et de marketing santé.

Tous les acteurs travaillant avec les entreprises du médicament doivent rendre publics leurs liens avec ces dernières :

- les professionnels de santé et leurs associations ;
- les étudiants se destinant aux professions de santé et leurs associations ;
- Les vétérinaires et leurs associations ;
- les étudiants se destinant à la profession de vétérinaire et leurs associations ;
- les établissements d'enseignement supérieur assurant la formation de vétérinaires et de pharmaciens ;
- les établissements de santé ;
- les associations d'usagers du système de santé (notamment associations de patients) ;
- les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance ;
- les académies, les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits ou prestations de santé ;
- les personnes morales éditrices de presse, de services de radio ou de télévision et de services de communication au public en ligne ;
- les influenceurs qui présentent un ou plusieurs produits de santé dans les médias ou sur les réseaux sociaux ;
- les personnes morales assurant la formation initiale ou continue des professionnels de santé et des vétérinaires, ou participant à cette formation.

MODALITÉS DE DÉCLARATION

Les entreprises concédant la rémunération, le service ou l'avantage effectuent les déclarations et les demandes d'autorisation sur la plateforme « IDAHE 2 » pour les médecins inscrits à l'Ordre et sur la plateforme « Ethique des professionnels de santé (ou « EPS ») pour les professionnels de santé relevant des autres ordres et les autres bénéficiaires potentiels.

5. AGENTS PUBLICS ET EXPERTS

La loi « Santé » de 2016 a étendu les modalités des déclarations publiques d'intérêt concernant les agents publics et les experts. Ceux-ci sont tenus de déclarer à l'autorité dont ils dépendent ou avec laquelle ils travaillent les activités (rémunérées ou non) réalisées avec des entreprises commercialisant des produits de santé et les montants perçus le cas échéant.

Ces déclarations publiques d'intérêt sont publiées sur le site « DPI » qui regroupe toutes les informations concernant les agents publics et les experts. Les déclarations antérieures à 2017 et ayant moins de cinq ans d'ancienneté peuvent être consultées sur les sites des agences concernées (ANSM, HAS, CEPS, etc.).

ZOOM SUR LA NOTION D'EXPERTISE

La notion d'expertise recouvre différentes réalités.

Il peut par exemple s'agir de l'expertise apportée par un professionnel à une entreprise du médicament dans le cadre de la réalisation d'essais cliniques. Cela peut également concerner l'expertise apportée par un professionnel de santé dans le cadre de la prise de décision publique en matière sanitaire (par exemples, experts auprès de la Haute Autorité de santé).

La transparence en Europe



- ▶ La Fédération professionnelle européenne de l'industrie pharmaceutique (EFPIA) a mis en place un code professionnel, appliqué par les entreprises du médicament : le Disclosure code. Celui-ci garantit que les liens entre industriels et professionnels de santé, hôpitaux et associations sont publiés dans tous les Etats membres de l'UE.



6. L'INFORMATION SUR LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS : LA PROMOTION PAR DÉMARCHAGE

Afin de mieux connaître les nouveaux médicaments et les produits de santé de demain, les professionnels de santé ont besoin de recevoir une information les concernant. Une partie de cette information est fournie par les industriels directement dans le cadre de la promotion par démarchage assurée par les délégués médicaux des laboratoires. Régulièrement pointée du doigt pour ses pratiques, elle fait l'objet d'une régulation.

QU'EN DIT LA LITTÉRATURE ?

Afin de nourrir la réflexion sur cette thématique et suggérer des évolutions, la HAS a procédé à une revue systématique de la littérature biomédicale publiée entre 2004 et 2018. Elle en a retenu 214 publications (sur les 2380 identifiées) publiées dans le monde et en France, portant sur 4 sujets :

- l'exposition des professionnels et des étudiants à la promotion des produits de santé, par démarchage ou prospection (sous toutes ses formes dont la visite médicale) ;
- la qualité des pratiques des industriels dans ce domaine et la perception qu'en ont les professionnels ;
- l'influence de ces pratiques sur les attitudes et les comportements de choix de traitement ;
- les effets des interventions pour gérer ou encadrer cette forme de publicité.

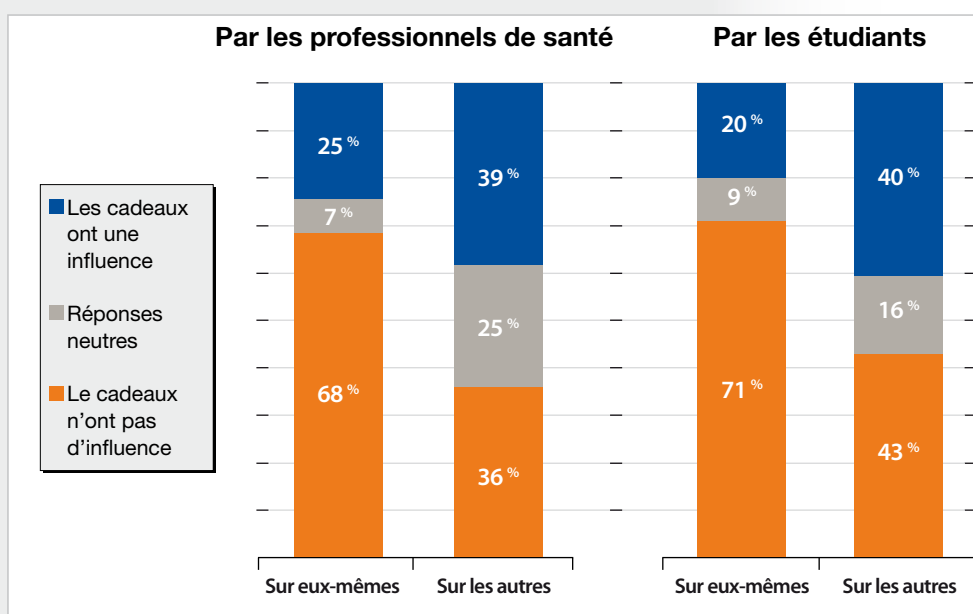
EFFETS OBSERVÉ DE LA PROMOTION PAR DÉMARCHAGE SUR LA PRESCRIPTION.

Contacts avec les représentants de l'industrie, symposiums, conférences parrainées	Avantages, cadeaux, repas	Échantillons
Effets sur la quantité : plus de prescriptions, plus de prescriptions des produits promus ou sous nom de marque, augmentation du montant total de prescription, intentions de prescrire le produit promu.	Effets sur la quantité : pas d'effet démontré	Effets sur la quantité : plus d'initiations de traitement avec le produit promu, de recommandations de traitement au patient avec le produit promu, plus de prescriptions.
Effets sur la qualité : moindre conformité aux indications validées, à des objectifs quantifiés par catégories de produits, orientation des prescriptions vers les produits nouveaux et sous nom de marque.	Effets sur la qualité : attitude implicite des prescripteurs en faveur du produit promu, orientation des prescriptions vers les produits nouveaux et sous nom de marque.	Effets sur la qualité : orientation des prescriptions vers les médicaments sous nom de marque.

► **Les conclusions de cette étude sont les suivantes :**

- l'exposition des professionnels de santé à la promotion par démarchage est une problématique internationale ;
- l'influence de cette forme de publicité sur les attitudes et les comportements des professionnels et des étudiants n'est plus à démontrer ;
- cette influence est sous-estimée depuis plus de vingt ans par les professionnels et les étudiants, alors même qu'ils la reconnaissent chez leurs pairs ;

PERCEPTION COMPARÉE DE L'INFLUENCE DES CADEAUX SUR SOI ET SUR LES AUTRES.



COMMENT LA PROMOTION PAR DÉMARCHAGE EST-ELLE RÉGULÉE EN FRANCE ?

■ **Une réglementation multidimensionnelle**

- des pratiques commerciales, de la publicité, des fabricants ;
- des avantages (interdictions, limites, transparence) ;
- des échantillons (limitation).

■ **Une charte des pratiques de promotion par démarchage assortie d'une certification obligatoire**

- en application depuis 2004 pour les entreprises du médicament ;
- mise en œuvre prévue pour les autres produits de santé.

- les actions les plus efficaces pour lutter contre les effets négatifs de la promotion sont les lois de restrictions des avantages et les politiques hospitalières et universitaires de gestion des relations avec l'industrie (organisation des contacts, limitation des avantages...), à la condition qu'elles soient exigeantes, complètes et assorties d'un suivi et de sanctions ;
- les formations sur cette thématique, même courtes, ont une efficacité sur les attitudes des étudiants, leur esprit critique vis-à-vis de la promotion et la conscience de son influence ;
- le système de régulation français n'apparaît pas plus efficace que les systèmes étrangers.



7. CHARTE DE LA VISITE MÉDICALE ET CERTIFICATION

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques visant à mieux encadrer les interactions entre l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) et le LEEM - Les Entreprises du Médicament ont cosigné en 2014 la « Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments ». En parallèle, la Haute Autorité de Santé a établi en 2017 une procédure de certification visant à garantir le respect des exigences de cette charte.

La charte couvre toutes les formes d'information, quel qu'en soit le support et les modalités dès lors qu'elles visent à promouvoir la prescription, la délivrance ou l'utilisation de spécialités pharmaceutiques. Au-delà de l'information des professionnels de santé, l'objectif de la charte est de favoriser la qualité du traitement, d'éviter le mésusage du médicament et d'éviter les dépenses inutiles à l'Assurance-maladie.

Elle rappelle notamment que la visité médicale a l'obligation d'informer les professionnels de santé sur l'ensemble des éléments concernant le médicament présenté :

- indications thérapeutiques de l'autorisation de mise sur le marché ;
- posologies (en particulier les posologies pédiatriques si elles existent) ;
- durées de traitement ;
- effets indésirables ;
- contre-indications ;
- interactions médicamenteuses et éléments de surveillance ;
- conditions de prescription ;
- prix et modalités de prise en charge (indications remboursées aux assurés sociaux et taux de remboursement) ;
- inscription sur les listes des médicaments coûteux hors groupes homogènes de séjours pour les médicaments à usage interne et des médicaments rétrocédables délivrés par la pharmacie de l'établissement de santé à des patients ambulatoires.

Au-delà des pratiques professionnelles, la charte aborde :

- les obligations des entreprises du médicament en matière de formation du délégué médical (formations initiale et continue) ;
- les caractéristiques des supports promotionnels ou informatifs (contenus et mentions obligatoires, révisions...);
- la déontologie du délégué médical vis-à-vis des patients et des professionnels de santé mais aussi de ses concurrents et de l'Assurance-maladie ;
- la responsabilité du pharmacien responsable du laboratoire sur l'ensemble de l'activité d'information et de promotion ;
- les procédures à respecter et les certification et audits destinés à garantir le respect des termes de la charte.

LES RELATIONS MÉDECINS INDUSTRIES DE SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN VOUS POUVEZ CONSULTER...

■ Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Pr Dominique Bertrand, président de la commission relations médecins-industrie au

Cnom : Questions-réponses : Les relations médecins-industrie

Cahier « Mon exercice » Médecins n°65, janvier-février 2020.

■ Haute autorité de santé (HAS)

Interactions des professionnels de santé avec les représentants de l'industrie, une revue systématique de la littérature.

Contenu mis en ligne le 6 février 2023.

■ Ministère de la santé et de la prévention

Transparence Santé – Tout comprendre du dispositif

<https://sante.gouv.fr/ministere/base-transparence-sante/article/base-transparence-sante/>

(contenu publié le 14.01.2022)

■ Les entreprises du médicament (LEEM)

Le nouveau dispositif « Encadrement des avantages » - Quelles obligations, quelles modalités de contrôle, quels impacts concrets pour les entreprises et leurs partenaires ?

Juin 2021.

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

9^e PARTIE : L'EFFET-MÉDECIN ET L'EFFET-PATIENT DANS L'EFFET PLACEBO

L'effet placebo est une réalité démontrée. Il peut se résumer à l'enregistrement d'un effet clinique après administration d'une substance dépourvue de principe pharmacologique ou après une action physique dénuée d'action thérapeutique telle une procédure simulée.

Une part de l'effet placebo est liée à ce qui est appelé « effet-médecin » ou façon dont le traitement est prescrit. Deux expériences ayant évalué cette part seront rapportées ici.

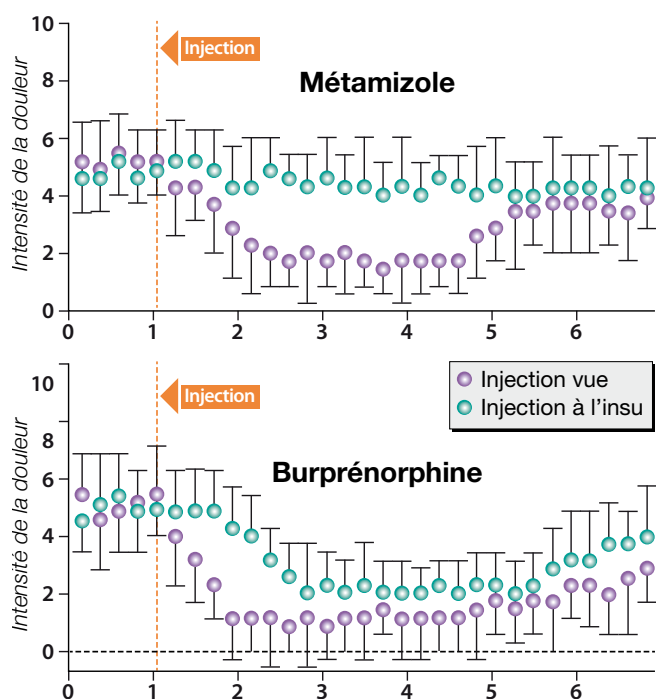
La douleur postopératoire

■ **Deux études ont reposé sur un même principe** : par randomisation, des patients, qui sont tous perfusés après une chirurgie, reçoivent un même antalgique à la même dose, soit à leur insu par une pompe automatique, soit par un médecin ou un personnel paramédical tout en leur disant qu'on leur injecte l'antalgique. La douleur est quantifiée à intervalle régulier dans les deux groupes par une échelle d'évaluation visuelle analogique (EVA).

Les deux études, l'une conduite avec le métamizole, l'autre avec la burprénorphine, ont des résultats similaires à quelques nuances près (figure ci-dessous). Dans les deux études, la douleur a diminué de façon plus ample et plus rapide lorsque l'injection d'antalgique a été faite au vu et su du patient que quand elle a été faite à son insu et les différences entre les groupes comparés sont significatives.

■ **Dans la première étude**, l'injection faite à l'insu du patient n'apporte aucun soulagement alors que, faite à sa vue, elle est efficace

Figure. Quantification de la douleur posopératoire chez des patients ayant vu qu'ils avaient eu une injection d'antalgiques et chez des patients ayant eu la même injection à leur insu.



de façon prolongée à diminuer la douleur. Cela démontre la réalité de l'effet-médecin ou effet-patient : la perception de l'efficacité d'un traitement par le patient est inscrite dans le rapport soignant-soigné.

■ **Dans la deuxième étude**, sous traitement injecté à l'insu du sujet, il y a une diminution progressive de la douleur, mais on ne sait si elle résulte de l'effet du traitement ou de l'effet-temps, c'est-à-dire de la diminution progressive et naturelle de la douleur avec le temps. Ici, pour quantifier l'effet réel du traitement, il aurait fallu un troisième groupe recevant un réel placebo. Quoiqu'il en soit, lorsque le traitement est administré au vu et su du patient, la diminution de la douleur est plus rapide et plus ample, rendant encore compte d'un effet-médecin ou effet-patient.

Dans l'expérience rapportée dans le numéro précédent du *Cardiologue*, il avait été utilisé un placebo dans tous les groupes comparés alors qu'ici, il est utilisé un principe actif équivalent dans les groupes comparés en ne modifiant qu'une variable, le fait que le patient sache ou non qu'il reçoit un traitement. Ainsi, ces études démontrent qu'il y a une part de la psychologie du patient qui entre en compte dans l'effet produit par un traitement... ou par un placebo. Si cela pose problème pour connaître l'effet réel d'un traitement, cela a une implication pratique pour le médecin.

L'effet-médecin à bon escient

Ainsi, des études contrôlées ont cherché à quantifier l'effet de la relation patient-médecin sur certaines variables objectives, telle l'évolution de la pression artérielle. Dans ces études, un groupe de médecin devait agir de façon usuelle et l'autre devait modifier sa relation avec le patient au terme d'un entraînement à une meilleure communication, une augmentation de l'empathie, une plus grande attention aux signes non-verbaux, un évitement de l'interruption de parole, une position assise, le regard dans les yeux...

Une méta-analyse de 13 études contrôlées de ce type est parue en 2014 [1]. Elle montre que quand le médecin regarde le patient dans les yeux, lui donne le temps de décrire ses symptômes sans l'interrompre, lui pose des questions ouvertes plutôt que fermées, il y a une plus grande diminution de la pression artérielle, du poids ou de scores d'intensité douloureuse qu'en l'absence d'un tel comportement, tous éléments de prise en charge pharmacologiques étant équivalents entre les groupes comparés. ■

[1] PLoS One 2014 ; 9 :e94207. doi: 10.1371/journal.pone.0094207.

BASES DU BILAN PRÉ-OP EN RECOMMANDATIONS ET LA PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE DEVANT AVOIR UNE CHIRURGIE NON-CARDIAQUE

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

Dans la première partie du compte-rendu de ces recommandations (voire *Le Cardiologue* numéro 450 ou sur notre site : lecardiologue.com/bases-du-bilan-pre-op-en-chirurgie-programmee/), les éléments de stratification du risque cardiovasculaire propre à la chirurgie et au patient ont été présentés. La démarche à suivre en fonction du risque CV de l'intervention et du risque CV du patient fait l'objet de cette deuxième partie.

NEUF CATÉGORIES ET TROIS STRATÉGIES

La démarche du bilan préopératoire repose sur la gradation du risque CV spécifique du patient en trois catégories : faible, intermédiaire, élevé. De même, le risque de la chirurgie est classé en trois catégories : faible,

intermédiaire, élevé. Ceci conduit à proposer un tableau à double entrée avec trois catégories par entrée définissant donc 9 situations cliniques (voir tableau). Mais, s'il y a neuf cas de figure, de fait, ce tableau conduit à trois types de stratégies.

- Celle pour laquelle un bilan cardiologique spécifique préopératoire n'est pas préconisé : il s'agit de tous les cas où la chirurgie est à faible risque CV dès lors que le patient est asymptomatique et n'a pas d'anomalie CV à l'examen clinique et du cas de la chirurgie à risque CV intermédiaire chez un patient à faible risque CV.

- Celle pour laquelle, un bilan préopératoire CV est préconisé avec

en sus, une évaluation de la capacité fonctionnelle et un dosage des biomarqueurs. Il s'agit des patients à risque CV intermédiaire à élevé devant avoir une chirurgie à risque intermédiaire et des patients à risque CV faible à intermédiaire devant avoir une chirurgie à risque CV élevé.

- Celle pour laquelle la décision doit faire l'objet d'une décision multidisciplinaire : il s'agit du patient à risque CV élevé devant avoir une chirurgie non-cardiaque à risque CV élevé.

- Enfin, au-delà de ces trois stratégies, il y a des cas où la chirurgie devrait être contre-indiquée pour raison CV.

Tableau. Bilan cardiovasculaire préopératoire en chirurgie non cardiaque. Quoi ? Chez qui ? En fonction de quelle chirurgie ?

	Patient à faible risque CV = < 65 ans sans facteur de risque ou maladie CV	Patient à risque CV intermédiaire - Au moins 65 ans ou un facteur de risque CV	Patient à risque CV élevé = Maladie CV présente
Chirurgie à bas risque CV	Rien	Rien	Rien
Chirurgie à risque CV intermédiaire	Rien	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle
Chirurgie à risque CV élevée	Si plus de 45 ans ECG, biomarqueurs	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle	ECG, biomarqueurs Capacité fonctionnelle + consultation cardiologique et décision multidisciplinaire

CHIRURGIE PROGRAMMÉE

POUR L'ÉVALUATION

CARDIOVASCULAIRE DES PATIENTS

CHIRURGIE NON-CARDIAQUE

BILAN PRÉ-OPÉRAIRE CARDIOLOGIQUE SPÉCIFIQUE NON PRÉCONISÉ

Si dans quatre situations cliniques, le bilan préopératoire cardiologique spécifique n'est pas préconisé, cela ne peut l'être qu'au terme d'un interrogatoire ayant éliminé un symptôme pouvant évoquer une maladie cardiovasculaire et d'un examen clinique ayant éliminé un signe clinique en faveur d'une maladie cardiaque ou vasculaire.

Toutefois, parmi ces patients, ceux ayant des antécédents familiaux de cardiomyopathie génétique (dilatée, hypertrophique, restrictive, arythmogène...) doivent avoir un bilan cardiologique spécifique comprenant un ECG et une échocardiographie, quel que soit leur âge.

Ainsi, avant de décider qu'il n'y aura pas de consultation cardiologique spécifique, tous les patients doivent avoir une évaluation de leur risque CV mais aussi un interrogatoire cardiovasculaire sur leurs symptômes et leurs antécédents CV familiaux et avoir un examen clinique cardiovasculaire.

Cet interrogatoire et cet examen clinique peuvent ne pas être faits par un cardiologue et ainsi, en l'absence d'anomalie à la consultation chirurgicale ou d'anesthésie, un avis cardiologique n'est pas préconisé.

EVALUATION DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE ET DOSAGE DES BIOMARQUEURS

Pour tous les autres patients que ceux des quatre catégories précédentes, il est préconisé d'effectuer une évaluation de la capacité fonctionnelle et un dosage de biomarqueurs biologiques.

Les auteurs reconnaissent l'importance d'évaluer la capacité fonctionnelle pour mieux prédire le risque CV peropératoire mais constatent aussi que les outils pour l'évaluer sont limités. Le risque CV est implicitement indiqué comme majoré lorsque la capacité fonctionnelle est inférieure à 4 METs.

Une capacité fonctionnelle supérieure à 4 METs correspond à un effort assimilé à la montée de deux étages d'escalier sans s'arrêter. En épreuve d'effort cela correspond à un effort autour de 40 watts (équivalence dépendant du sexe et de l'âge).

On comprend en lisant ces recommandations qu'une capacité d'effort inférieure à ces valeurs rend compte d'une augmentation du risque CV peropératoire spécifique du patient le faisant passer à la hausse de catégorie de risque.

Les auteurs indiquent que les dosages de la troponine-hs et du NT-proBNP avant la chirurgie permettent d'améliorer la prédiction du risque CV peropératoire. Des valeurs supérieures à la normale pour l'âge font passer le patient dans une catégorie de risque CV peropératoire supérieure.

Le dosage de la troponine-hs est particulièrement utile pour disposer d'une valeur de référence afin de pouvoir comparer les valeurs postopératoires à celle-ci et évaluer la probabilité qu'une valeur élevée en postopératoire corresponde à un infarctus postopératoire.

Le dosage du NT-proBNP a comme utilité de dépister des dysfonctions ventriculaires gauche avant la réalisation de la chirurgie. Aussi, des valeurs anormalement élevées doivent conduire à la réalisation d'une échocardiographie.

CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

Chez le patient à risque CV peropératoire élevé et devant avoir une chirurgie non cardiaque à risque CV élevé, il est préconisé que la prise en charge du risque CV peropératoire résulte d'une décision multidisciplinaire, mais ses caractéristiques ne sont pas précisées.

Comme cette stratégie fait suite aux deux précédentes, elle doit contenir un avis cardiologique, un électrocardiogramme, une évaluation de la capacité fonctionnelle et un dosage des biomarqueurs, troponine hs et NT-proBNP.

Il paraît évident que, dès lors qu'il est fait état d'une décision multidisciplinaire, il est nécessaire d'en posséder la trace notamment épistolaire, avec le courrier du chirurgien ou de l'anesthésiste précisant la nature du geste et le courrier du cardiologue précisant les mesures préventives à prendre sur le plan cardiovasculaire.

LES CONTRE-INDICATIONS

Les auteurs indiquent qu'il peut être difficile de contre-indiquer la chirurgie si une intervention est nécessaire, mais que certaines circonstances doivent conduire, si cela paraît possible à contre-indiquer ou tout au moins à différer la chirurgie jusqu'à ce que l'état du patient soit stable.

Il s'agit donc d'états CV instables ou sévères : insuffisance cardiaque en stade NYHA IV, choc cardiogénique, HTAP sévère, ou grande fragilité. Chez ces patients une chirurgie à risque CV spécifique élevé doit être évitée. Dans ces cas, la décision doit être multidisciplinaire, incluant souvent un gériatre mais aussi le patient et ses proches. ■

GPT

LA DÉSORGANISATION HUMAINE ?



WrightStudio

Les progrès des systèmes d'intelligence artificielle ont été considérables ces dernières années, et il devient de plus en plus difficile de savoir si des images vous montrant des scènes ont réellement eu lieu, si la voix que vous entendez est bien celle de la personne que vous connaissez ou si ce que vous lisez sur votre écran a bien été écrit par un humain. Quel changement nous offrent ces perspectives pour l'avenir ? Saurons-nous nous construire avec cette technologie et y voir un atout en termes d'aide et de formation ou supprimer l'humanité qui est en nous ?

Depuis la mise en ligne de ChatGPT en novembre 2022, ce chatbot, développé par OpenAI (1), qui est une combinaison d'outils issus de l'Intelligence artificielle générative, est capable d'imiter l'humain. Il en a également surpris plus d'un avec des résultats étonnants et parfois impressionnants, d'autant que cette technologie naissante s'offre à nous avec une facilité déconcertante.

GPT, TOUT D'ABORD, C'EST QUOI ?

GPT (pour "generative pre-trained model" ou « transformateur générique pré-entraîné ») est un agent conversationnel (chatbot (2)) utilisant des outils de l'intelligence artificielle spécialisé dans le dialogue. Il est issu d'un type d'algorithme entraîné pour prédire la probabilité d'une séquence de mots donnée à partir du contexte de mots précédents appelé LLM (large language models ou grands modèles de langage). Il peut engager une conversation ou fournir des réponses précises à des questions dans tous ses domaines de connaissances. La version actuelle de GPT (3.5) utilise un algorithme entraîné sur des

bases de données (Wikipédia, articles web, forum...) et un modèle créé par les ingénieurs d'OpenAI (instructGPT). Celui-ci permet d'affiner l'entraînement des modèles de langues en intégrant des jugements humains. L'IA dispose de 175 milliards de paramètres pour ses décisions textuelles et se performe grâce au machine learning (« apprentissage automatique ») en se corrigeant au fur et à mesure. Le chatbot traite donc votre demande en fonction des informations dont il dispose. Petite note amusante : ChatGPT ne travaille pas en temps réel car le contenu de ses données sont antérieures à 2021, ce qui peut poser un réel problème de recherche.

Nous avons posé une question simple : « *Quel a été la dernière équipe championne du monde de football ?* » Réponse de ChatGPT : « *La dernière championne du monde de football est l'équipe de France, qui a remporté la Coupe du Monde FIFA 2018 en Russie en battant en finale l'équipe de Croatie sur le score de 4-2.* »

LA CONTRE-OFFENSIVE DES TÉNORS

La venue de ChatGPT sur le net

date de 2015 avec la création de la société-mère OpenAI par Elon Musk et Sam Altman sous la forme d'une association « éthique ». L'ouverture en novembre 2022 de l'application ChatGPT a suscité un emballement médiatique et une accélération technologique tels que les annonces des ténors du net ne se sont pas fait attendre.

■ **Microsoft** a investi 10 milliards de dollars dans OpenAI avec une intégration de ChatGPT dans son moteur de recherche Bing. Une opération qui pourrait se faire en ce début d'année 2023.

■ **Google** avec le chat conversationnel dénommé Bard dévoilé le 6 février dernier. Il fonctionne de manière similaire à ChatGPT avec une différence fondamentale : il exploitera toutes les informations disponibles sur le web. Son lancement a été contrarié lors de sa première démonstration par une réponse inexacte, causant une chute du cours de bourse de l'entreprise.

■ **Alibaba**. Le géant chinois de l'e-commerce a déclaré début février travailler sur l'IA générative depuis 2017 sans autre précision.

■ **Baidu**. Le moteur de recherche chinois a récemment détaillé son chatbot conçu sur le modèle de ChatGPT : Ernie bot. Celui-ci devrait être intégré au moteur de recherche, à ses services cloud et à son assistant vocal. Il devra sans nul doute s'accommoder de la censure du régime chinois et compromettre fortement l'expérience utilisateur.

■ **Meta**. L'entreprise a fait une démonstration unique de son chatbot Galactica en novembre dernier puis retiré l'application trois jours à peine après sa mise en ligne suite au déluge de la communauté scientifique : dates incorrectes dans des faits scientifiques établis, faux noms d'animaux, invites racistes et religieux, propos complotistes... la liste est longue.

Dans un tweet publié le jour de la mise en ligne du projet, Papers With Code expliquait que Galactica était un grand mo-



dèle de langage pour la science qui « peut résumer la littérature académique, résoudre des problèmes de maths, générer des articles Wikipédia, écrire du code scientifique, annoter des molécules et des protéines, et plus encore ».

■ **Amazon** se sert de l'IA pour « écrire » des livres, c'est ce qu'a dévoilé Reuters. La boutique Kindle d'Amazon – dédiée à l'achat de livres électroniques – contient pas moins de 200 ouvrages pour lesquels ChatGPT est répertorié comme auteur ou coauteur. (3)

LA SANTÉ

La presse s'est déchaîné sur ChatGPT et son « pouvoir des réponses », mais qu'en est-il dans le domaine de la santé ? Car selon Sam Altman, le fondateur de ChatGPT, les utilisateurs pourraient être tentés de se faire soigner par des IA conseillères médicales capable d'adapter un traitement en fonction des symptômes donnés. Elles se révéleraient également d'une grande aide pour les médecins lorsqu'ils formulent des diagnostics et prescrivent des traitements. Certains entendrons par « Grande aide » ce qu'ils ont envie de comprendre.

Pour nombre de personnes, consulter le web suite à une maladie ou un traitement afin d'en savoir plus sur leur état et rechercher des informations est déjà courant. Pour certains, l'autodiagnostic de l'internet fait partie de leur protocole de santé. L'intelligence artificielle générative sera probablement plus largement utilisée pour rechercher des réponses rapides concernant le traitement et la gestion d'une maladie.

Il doit donc y avoir débat sur les problématiques posés par l'IA générative : délégation de certaines fonctions médicales, sources d'erreurs suivies à l'absence du dossier médical complet du patient intégré à l'application, risque de désinformation par la prise en compte de

données issues de robots malveillants, sources bibliographiques inconnues, plagiat dans l'enseignement et la littérature médicale, relation médecin-patient inexistante et pourtant capitale. Bref, la liste est longue, mais cela n'a pas empêché aux chercheurs de se pencher sur la question...

« Presque » diplômé de médecine aux Etats-Unis !

Des essais ont donc été réalisés dans différents pays, et bien sûr aux Etats-Unis où des chercheurs (4) ont soumis ChatGPT à l'examen de médecine américain USMLE (5) qui est requis pour l'obtention d'un permis médical. Cet examen est divisé en trois parties pour évaluer les connaissances des étudiants tout au long de leur parcours (biochimie, bioéthique, raisonnement diagnostique...). Sur les 376 questions posées, ChatGPT a répondu à 350 avec comme résultats des scores compris entre 52,4 % et 75 %, là où le niveau de réussite requis est de 60 % ainsi qu'une concordance de 94,6 % dans toutes ses réponses. ChatGPT a obtenu ce résultat sans bien sûr le concours de formateurs humains, et, selon les auteurs de l'étude, « en affichant un raisonnement compréhensible et des informations cliniques valides ».

Et en France ?

Le succès des examens de l'USMLE peut-il faire des émules en France ? Des spécialistes se sont portés sur la question, et notamment le Pr Gabriel Steg, cardiologue à l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, qui a posé treize questions à ChatGPT (issues des épreuves de cardiologie des ECN [épreuves classantes nationales]) que l'on peut retrouver sur le site Medscape. (6) L'IA a obtenu 4 bonnes réponses sur les 13 auxquelles il a répondu.

D'après l'analyse du Pr Steg, « le score relativement faible est à

nuancer car certaines questions peuvent être jugées ambiguës ou critiquables d'autant que les évolutions attendues dans un avenir proche vont considérablement améliorer la performance de ce type d'IA. On peut s'attendre à ce que, dans les années à venir, les nouvelles générations d'IA fassent bien mieux que les étudiants en médecine... A nous de nous organiser pour utiliser ce qui doit être vu comme un outil bien plus qu'un concurrent. »

CONCLUSION

Alors que les modèles d'IA « traditionnels » évoluent selon le deep learning, c'est-à-dire conçu pour apprendre et reconnaître des configurations de données, ChatGPT offre un tournant inévitable des sciences humaines que l'IA est susceptible de remplacer, ou tout au moins de compléter (dans un premier temps). A ce titre, il devrait être un sérieux signal d'alarme pour la communauté scientifique et médicale. Cette révolution dite anthropologique pour certains, devrait sérieusement nous faire réfléchir sur l'implication de l'homme dans sa manière de traiter son évolution. Que faisons-nous et dans quel but ?

« Enlever l'humanité des humains nous tuera tous », « opposer IA et savoir humain », « atouts en termes de formation et d'aide à la décision »... les réflexions vont bon train, mais le problème ne serait-il pas juste l'humain qui devrait apprendre à gérer cette technologie ? Après tout, c'est lui qui l'a inventé ! L'émergence de l'IA générative va entraîner de nouvelles considérations juridiques sur le droit d'auteur mais elle suscite également de vives inquiétudes quant à ses implications en matière de cybercriminalité. Prenons le scénario suivant : vous recevez un email de votre associé ou votre collègue vous demandant de lui transmettre des données très sensibles. Le message que vous lisez est familier dans son vocabulaire avec un sens de la plaisanterie qui vous est habituel. C'est persuasif, convaincant et vous en souriez. Le problème ? C'est juste qu'il a été conçu par une IA générative à partir d'informations découvertes sur les réseaux sociaux.

Enfin, ChatGPT n'est plus accessible en Italie depuis le 31 mars dernier. Bloqué par la Cnil italienne qui accuse la start-up Open AI de ne pas respecter la législation sur « la collecte et le stockage massifs de données personnelles dans le but d'entraîner les algorithmes sous-jacents au fonctionnement de la plateforme et d'une absence de filtre pour les moins de 13 ans ». Le début d'une prise de conscience ? ■

(1) OpenAi est une société américaine cocrée par Elon Musk et Sam Altman en 2015. Son but à l'époque était d'assurer le développement d'une intelligence artificielle pour le bénéfice de l'humanité avec une ouverture sur la recherche et la publication des chercheurs. Cette « humanisation » est valorisée aujourd'hui à près de 29 milliards de dollars, et la divulgation des codes sources n'est plus dans l'air du temps...

(2) Un chatbot est un programme conversationnel qui simule et traite une conversation humaine écrite ou parlée.

(3) capital.fr/entreprises-marches/

(4) Start-up AnsibleHealth (cabinet médical virtuel).

(5) United States Medical Licensing Exam.

(6) francais.medscape.com/voirarticle/3609683.



L'HORREUR ET LA RÉSILIE

Deux livres récents, dont l'un est une deuxième édition, ont eu pour thème les années 1940 et 1941 : d'un côté la préparation d'un dessein funeste et macabre, l'opération Barbarossa et son corollaire, la Shoah par balles, de l'autre la résilience d'un homme, Churchill, qui n'avait alors que trois armes à sa disposition face à la barbarie : sa clairvoyance, une extrême ténacité et la parole.

BARBAROSSA : UN LIVRE CHEF D'ŒUVRE

Heureux choix des éditions Passés Composés d'avoir proposé une deuxième édition du livre de référence sur l'invasion de l'URSS par les troupes d'Hitler en 1941, ou opération Barbarossa. Chaque chapitre de cette bible de près de 1 000 pages peut être considéré comme un livre à part entière.

Les opérations militaires, les forces en présence, leurs modalités de commandement tout y est décrit par le détail, notamment les buts de guerre différents entre Hitler (intérêts économiques comme le Donbass et Leningrad) et ses principaux généraux (intérêts militaires et symboliques comme Moscou).

Mais c'est surtout la trame qui fait frissonner : l'opposition de deux régimes totalitaires, de deux barbaries dont on ne sait laquelle est la pire. Petite leçon pour rappeur milliardaire idolâtre d'un psychopathe à qui il attribue l'invention du microphone.

LE GÉNOCIDE PROGRAMMÉ

Côté allemand, ce qui pourrait advenir est connu dès 1923, date de l'écriture de Mein Kampf. Un psychopathe pense que des personnes vivants sur un territoire géographiquement déterminé constituent un peuple issu d'une civilisation ancienne et supérieure et qu'il a besoin d'un espace vital, le Lebensraum. Ce territoire permettant d'assurer la survie et la croissance de ce peuple ne peut être que la partie occidentale de l'URSS avec ses matières premières.

Dans un délire empruntant au darwinisme social, il pense que ce peuple supérieur est menacé par des personnes pratiquant la religion juive et par ce qu'il juge être une perversion de cette religion, le bolchévisme, permettant de créer le terme fumeux de judéo-bolchévisme. Les circonstances de l'histoire ayant conduit ce sociopathe au pouvoir vont lui per-

mettre de rendre opérationnels ses délires en conquérant les territoires censés revenir de droit au peuple supérieur tout en gardant un peu de ce qui n'est pas juif ou bolchévique en esclavage pour extraire les matières utiles mais surtout en exterminant tout le reste.

Pour ce faire, une armée moderne et rapide devra conquérir le territoire, principalement les éléments économiquement utiles, et des troupes de sécurité spécialement dévolues à cette mission, les Einsatzgruppen et le SD, devront « nettoyer les arrières » afin que l'armée puisse continuer à progresser. C'est ainsi que fut programmé le massacre par fusillade de milliers de juifs (la Shoah par balle) mais aussi des commissaires du peuple bolchéviques, puis par famine des soldats russes prisonniers ou des habitants des régions conquises, l'armée prélevant tout ce qu'elle jugeait lui être utile. Et les ordres criminels établis préalablement à l'invasion ont si bien diffusés sur le terreau fertile préparé par la propagande que même la Wehrmacht a participé au massacre des civils. Et les morts se sont comptés par millions.

Ainsi, lors de la prise de Kiev, le rapport de son

commandant indique « Les 29 et 30 septembre, les Juifs de la ville ont été liquidés, au total (selon l'équipe opérationnelle de la SS) 35 000 personnes (le chiffre est arrondi), dont une moitié de femmes. La population a pris les choses calmement, souvent avec satisfaction.

Les appartements des Juifs ont été utilisés de manière centralisée pour alléger la situation de ceux qui ont besoin d'un logement. » Ainsi, entre le 22 juin 1941 et le printemps 1942, 4 millions de Soviétiques désarmés sont morts, non du fait des combats, mais de décisions des autorités allemandes, civiles et militaires. Plus de 2 millions de prisonniers de guerre... sont morts de faim, de froid, de maladies ou de mauvais traitements. Et cela, par idéologie et par calcul économique, et, pour la Wehrmacht, par « nécessité militaire ».

L'IMPOSSIBILITÉ D'ÉCHAPPER À STALINE, MAÎTRE SUPRÊME

En face, côté russe, il y a une armée mal préparée, désorganisée par des purges monstrueuses en 1937-1938 qui ont conduit à la mort la



BARBAROSSA. 1941, LA GUERRE ABSOLUE

Auteurs : Jean Lopez, Lasha Otkhmezuri

Editeur : Passés composés

Parution : Septembre 2022

Pagination : 956

Prix : Format broché : 23,77 euros,

Format relié : 35,00 euros

Format numérique : 19,90 euros

NCE

plupart de ses cadres dirigeants. Il en a entre autres résulté une mauvaise connaissance des forces adverses, une absence de communication entre les divers corps d'armées, des centres de décisions multiples répartis entre l'organe supérieur, les militaires et les agents de contrôle politique dont ont été flanqués tous les militaires de haut rang.

Alors comment résister à l'invasion ? En utilisant plusieurs moyens non classiquement militaires. Comme des réserves humaines importantes qui non aguerries ont dû aller au front servant alors de chair à canon pour ralentir transitoirement la progression ennemie. En utilisant l'importante profondeur

territoriale russe qui avait déjà contraint un autre envahisseur, Napoléon, à la défaite. En utilisant les conditions climatiques utiles face à une logistique allemande peinant à couvrir logiquement la profondeur territoriale conquise et plus encore les multiples vicissitudes liées au climat. En pratiquant la politique de la terre brûlée allant jusqu'à empoisonner les puits, délocaliser les usines, brûler et détruire les villes et les infrastructures. Mais plus encore, en utilisant la contrainte : si un soldat soviétique, quel que soit son grade, ne défend pas jusqu'à la mort sa position ou n'obéit pas, il sera fusillé sans aucune forme de procès et souvent devant

les troupes. Sur ordre direct de Staline ou parfois des militaires eux-mêmes, tel cet ordre du commandant du front, le général Joukov de la mi-octobre 1941 alors que le NKVD vient d'arrêter 23 064 militaires dont 2 164 officiers (on reconnaît la précision bureaucratique) au prétexte qu'ils ont abandonné la ligne Mojaïsk : « *Le commandant du Front ordonne au Conseil militaire de la 5^e armée de fusiller sans pitié tous les groupes de militaires qui ont abandonné la ligne de Mojaïsk sans permission. Il ne faut pas s'arrêter devant l'extermination jusqu'au dernier de ceux qui ont abandonné le front* ». ■

LA SPLENDEUR ET L'INFAMIE : LE ROMAN DE L'HISTOIRE

Et face à tout cela, un homme, alcoolique et fumeur invétéré, travaillant souvent dans son lit ou sa baignoire et à des heures avancées de la nuit, un homme particulier donc, mais d'une clairvoyance, d'une volonté et d'un humour à nul autre pareil, Winston Churchill.

C'est l'histoire de cet homme, entre le jour où il devint premier ministre en mai 1940 et le 31 décembre 1941, un des points tournant de l'opération Barbarossa qui est l'objet du livre d'Erik Larson. Une histoire vraie, quasiment contée au jour le jour avec de très nombreux détails car puisés à la source des journaux intimes de nombreux protagonistes de cette histoire, tels la fille de Churchill et plusieurs de ses proches collaborateurs. Le ton est celui d'un roman, mais un roman où tout est vrai et vérifiable. Un livre qu'il est difficile de lâcher dès lors qu'on l'a commencé.

Pour la petite histoire, Erik Larson est journaliste et a déjà écrit un autre roman historique, lui aussi difficile à lâcher, « *Le Diable dans la ville blanche* » qui décrit la mise en route de l'exposition universelle de 1893 à Chicago et l'histoire parallèle d'un tueur en série qui saura profiter de l'événement.

« *La splendeur et l'infamie* » est donc quasiment un livre intime sur Churchill,

ses analyses, ses doutes et sa façon de conduire la politique en période de crise ultime. On y vit au jour le jour sous les bombes allemandes écrasant Londres, on y voit un certain Rudolph Hess penser qu'il pourra conduire l'Angleterre à une paix séparée avec l'Allemagne, Churchill tout tenter dans la mesure de ses possibilités pour obtenir le soutien et l'aide américaine, persuadé que seuls l'entrée en guerre des Etats-Unis permettra de gagner la guerre et donc qu'il faut attendre jusque là, la façon dont il nomme un entrepreneur ayant

pouvoir au-dessus du gouvernement pour coordonner l'effort industriel de guerre avec les méthodes de l'entreprise et non les méthodes bureaucratiques ou les méthodes militaires usuelles...

Face à l'infamie allemande dont témoigne le journal de Goebbels (« *Quand ce maudit Churchill se rendra-t-il enfin ?... L'Angleterre ne pourra pas tenir éternellement !...* ») Les raids devront se poursuivre « *jusqu'à ce que l'Angleterre tombe à genoux et nous implore de faire la paix* », c'était méconnaître la splendeur de Churchill. ■



LA SPLENDEUR ET L'INFAMIE

Auteurs : Erik Larson

Editeur : Le Cherche midi

Parution : Août 2021 - Oct. 2022
(format poche)

Pagination : 688

Prix : Format broché : 24,90 euros

Format poche : 9,90 euros

Format numérique : 17,99 euros

LA MELANCOLIE D'ALBRECHT DÜRER (1471

La mélancolie, du grec melagkholia (bile noire), est une « sorte d'état flasque de l'âme » selon Gide (1869 - 1951) à rapprocher de ce que la médecine moderne dénomme la dépression mélancolique endogène, à composante psychotique, à distinguer de la dépression réactionnelle et de la dépression névrotique bien que les limites puissent être, parfois, assez ténues. C'est ce caractère endogène qui s'apparente à la théorie des humeurs d'Hippocrate (460 - 377 av. J.-C.) avec cette variété particulière de « bile noire et froide, source de mélancolie (qui) appartient à Saturne, maître du poids et de l'obscur »^[1-3] Cette bile noire (bilis atra), produite par la rate, « vient de tout le sang fait et rendu atrabilaire » nous dit Molière (1622- 1673), histoire de se faire du « mauvais sang » et responsable de la « mélancolie noire » de Victor Hugo (1802 -1885).^[4] En outre, il s'y associe, à des degrés divers, des troubles de l'humeur, de cette thymie (thumos) qui est le siège des passions allant du vague à l'âme mêlé de tristesse à une humeur plus farouche et sombre comme la neurasthénie.

La variabilité de l'humeur, dorénavant qualifiée de cyclothymique ou bipolaire, a pu correspondre pour Pascal (1623-1662) aux « mœurs ridicules et brutales d'un fou mélancolique » et Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), en proie à des périodes de grand abattement, relate qu'en étant « plus sédentaire », il fut pris « non de l'ennui mais de la mélancolie ».

C'est alors qu'intervient une autre composante de la mélancolie qu'est l'idée suicidaire qui a pu apparaître comme une délivrance au point que ce même Rousseau dira : « quelle douce mort si alors elle était venue », histoire de partir sans regret puisque, du moins pour Balzac (1799-1850), « chaque suicide est un poème sublime de mélancolie » (La Peau de chagrin).

Il peut arriver que l'idée de suicide s'impose dès la prime enfance comme chez Théophile Gautier (1811-1872) lorsqu'on le priva, à l'âge de trois ans, de ses « montagnes bleues » des Pyrénées : « chose singulière pour un enfant si jeune, le séjour de la capitale me causa une nostalgie assez intense pour m'amener à des idées de suicide ».

C'est ainsi qu'on voit apparaître la nostalgie, ce « mal du retour » de nostos : retour et algos : douleur. Pour Baudelaire (1821-1867) « la mélancolie est toujours inséparable du sentiment du beau » bien que cette valence esthétique puisse être subjective et subir la distorsion d'un esprit fragile.

Le peintre romantique Caspar David Friedrich (1774-1840) se confronte à la « tragédie du paysage » en « transcendant la mélancolie en expérience spirituelle », lui qui verra « le lent fleuve de la neurasthénie tarir progressivement ses dons de paysagiste et résorber ses élans mystiques » sur fond de mélancolie ancienne ; souffrant de délire de persécution, il terminera sa vie solitaire dans une « extrême indigence mentale ».

Pour Gérard de Nerval (1808 -1855), que la folie emportera, « El Desdichado » est « le ténébreux, le veuf, l'inconsolé » dont le luth « Porte le soleil noir de la Mélancolie ». La composante psychotique de la mélancolie peut s'exprimer, surtout dans des formes extrêmes telles que des convictions délirantes ou une exaltation de l'humeur aboutissant à un « virage maniaque » à rapprocher de la psychose maniaco-dépressive.

Si la mélancolie est endogène, elle n'en est pas pour autant insensible aux influences extérieures de nature neurosensorielle ou psycho-sociale. C'est alors que le Spleen de Baudelaire s'impose « quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle », ce Spleen de Paris apparemment en provenance d'outre-Manche puisque « tous les Anglais de ce temps-là (1770) avaient le spleen, et Paris possédait déjà, contre ce mal d'outre-Manche, des remèdes de tout premier ordre ».^[4]

Chez Balzac, s'imposent « des nuages gris, des bouffées de vent chargées de tristesse, une atmosphère lourde » au point que « la nature elle-même conspirait. » (La Peau de chagrin) On retrouve là un délire de persécution tel que celui qui pouvait affliger Rousseau. Dans Les souffrances du jeune Werther (1774), Goethe (1749-183) relate une violence sourde ressentie par le narrateur : « Ciel, terre, forces actives..., tout cela n'est qu'un monstre toujours dévorant et toujours ruminant ».

Alors que les influences atmosphériques

pernicieuses sont très fréquentes, certains comme Montaigne (1533-1592), sont indifférents aux couleurs du temps car « tout ciel m'est un » encore qu'il fait état de « cette vieille mélancolie qui tarade ma jovialité naturelle », lui qui disait « je n'ai rien si ennemi à ma santé que l'ennui & l'oisiveté » et que c'est « de melancholie qui est ma mort ».

C'est Montaigne qui apaise la mélancolie de Stefan Zweig (1881-1942) dans les derniers mois de son existence mais « il est tragique de penser qu'il se crut autorisé par Montaigne à se suicider car Montaigne ne préconisait pas le découragement » puisqu'il préférerait « qu'on allonge les offices de la vie tant qu'on peut ». ^[5] Plus proche de nous, Guy Béart (1930-2015) voudrait « changer les couleurs du temps, /changer les couleurs du monde » mais Stéphane Mallarmé (1842-1898) déplore « De l'éternel Azur la sereine ironie » en implorant alors l'aide des nuées : « Brouillards, montez ! Versez vos cendres monotones ».

En réalité, la mélancolie n'est pas tant dans le paysage que dans l'impression qui en résulte et telle qu'elle est ressentie avec plus ou moins d'acuité. C'est ainsi que le jeune peintre danois Johan Thomas Lundbye (1818 -1848) ayant reçu une bourse pour faire le Grand Tour jusqu'en Italie, eut le mal du pays : « ce que beaucoup d'artistes auraient considéré comme le voyage de leur vie s'avéra plutôt décevant pour le caractère mélancolique de l'artiste (...) qui restitue un ciel glacé et une lumière hivernale qu'il aurait aussi bien pu observer dans son Danemark natal ». ^[6]

Avec Eugénie Grandet (Balzac) dont la mélancolie semble s'apparenter à une dépression névrotique, le terme mélancolie apparaît huit fois dans cette ville de Saumur présentée comme « la quintessence de la petite ville de province » avec « la mélancolie qui s'en dégage ». Il arrive même que non seulement le paysage semble conspirer mais parfois de simples objets génèrent une certaine tristesse indépendamment de l'utilisation triviale qui en est faite au point que Lamartine (1790-1869) s'interroge : « Objets inanimés, avez-vous donc une âme qui s'attache à notre âme et la force d'aimer » et « Comment peut-on ne pas adorer les cloîtres ? (...) avec les lon-

-1528) À LUCAS CRANACH (1472–1553) – 1^{ère} PARTIE

Le dernier bain (1840) par Honoré Daumier (1808 -1879)

gues arcades mélancolique » se demandait Guy de Maupassant (1850-1893) dans *La Vie Errante*.

La mélancolie avec son cortège d'insomnie et les troubles psychosomatiques, peut altérer notablement l'état général ce qui n'avait pas échappé à Balzac qui relate que « l'extrême mélancolie à laquelle il paraissait être en proie était exprimée par l'attitude malade de son corps affaissé » (*La Peau de chagrin*). Il arrive même assez souvent que l'expression du visage en soit durablement affectée au point d'y voir figurer « l'omega mélancolique » comme chez Balzac avec Ursule

Mirouët dont le « front trahissait une pensée dévorante ». Avec Barbey d'Aurevilly (1808-1889), la jeune Lasthénie de Ferjol est marquée par des « rides d'eau douce qui se creusaient quelquefois sur ce front de rêveuse, aussi pur qu'un lac mélancolique » (Une histoire sans nom) et avec Xavier de Maistre (1763-1852) « la mélancolie vient de temps en temps jeter sur nous son crêpe solennel, et changer nos larmes en plaisirs » (*Voyage autour de ma chambre*). En définitive, la mélancolie apparaît comme étant un tempérament à la fois intrinsèque et influencé par une « ambiance mélancolique » dont la nature

est assez bien traduite par le terme anglais « moody » faisant référence à l'ambiance (mood) mais aussi au caractère maussade et à l'humeur changeante. La mélancolie peut même « s'épaissir » (Barbey d'Aurevilly) au point qu'à la fin de *La Peau de chagrin*, le cœur de Raphaël est le siège d'un « horrible poème de deuil et de mélancolie » généré par les « souhaits mélancoliques » de ses hôtes. La mélancolie peut aboutir à cette « langueur invincible, accompagnée d'un mortel dégoût pour toutes choses » (Barbey d'Aurevilly) et être plurielle comme « le triste Racine s'enfonça dans ses mélancolies, relisant Cicéron et pleurant au remords de ses amours d'antan ». [4] Dans *l'Anatomie de la mélancolie* (1621) Robert Burton (1577-1640) relate la place importante de la « mélancolie hypochondriaque » sans omettre « la créativité du génie mélancolique ». [2,3]

Le « regard faustien » reflétant non pas « une rêverie douloureuse et paralysante mais au contraire une inquiétude dynamique (...) n'est pas le privilège du Romantisme puisque nous le reconnaissons, déjà, comme un des signes caractéristiques de l'âme allemande, chez Dürer, chez Altdorfer (1480-1538), chez Baldung Grien (1484-1545) ». [7] A l'époque de Dürer (1471-1528), « les artistes représentaient le premier échelon de l'humeur mélancolique ». [8] Albrecht Dürer naît à Nuremberg d'un père « très habile » [10] maître orfèvre hongrois d'une « certaine réputation », [11] lui-même fils d'orfèvre [12] et, conformément à la tradition familiale, Albrecht « sut manier le burin bien avant le pinceau. » Il restera « marqué par la conception artisanale du premier métier qu'il a appris. » [1] C'est en 1514 que Dürer qui « reconnaît à la science des humeurs une valeur égale à celle de l'astrologie », [1] grave *Melencolia I* alors qu'il vient de perdre sa mère qui, avec son épouse, vendait les estampes sur les marchés. L'ambiance conjugale est morose [13] car le couple n'a pas d'enfants et ceci a pu susciter un certain opprobre social bien que l'artiste soit honoré par ses concitoyens. ■

Retrouvez les références et la bibliographie sur notre site lecardiologue.com



FLEURIE LA MADONE 2018 DOMAINE CHAMONARD

Tout commence à Villié-Morgon quand, sous l'impulsion de Marcel Lapiere guidé par les écrits de Jules Chauvet, pionnier des vins naturels, 4 mousquetaires : Jean-Paul Thévenet, Guy Breton, Jean Foillard et Jean-Claude Chanudet, dit le Chat, rejoints par Georges Descombes à Brouilly, excédés par la prolifération des vins industriels dans le Beaujolais, décident d'élaborer des vins digestes, authentiques, respectueux du terroir, bref des vins qu'ils avaient tout simplement envie de boire.

Ils pratiquent à peu près de la même façon : travail minutieux du sol, arrêt quasi-total du désherbage chimique, traitements par des produits naturels, absence de soufre, macération carbonique complète, fermentations lentes en refroidissant le raisin, extraction douce, élevage sur lies fines. A l'arrivée : des vins extrêmement soyeux en bouche, un fruité éclatant, une buvabilité incomparable.

Jean-Claude Chanudet, le Chat, fils de vigneron après une première vie dans l'embouteillage, reprend, en 1989, le domaine Chamonard qui appartenait à son beau-père. L'objectif est très clair : faire des vins d'artisan-vigneron, sans intrants chimiques. Dans ce contexte, Jean-Claude commence à produire des vins naturels (encore que le Chat déteste maintenant cette qualification). Sa sensibilité, son bon sens paysan lui permettent de valoriser les vieilles vignes de 60 à 90 ans sur un petit domaine de 4 ha à Morgon et 0,5 ha à Fleurie. La parcelle de Fleurie est plantée sur la colline de la Madone (qui tire son nom de la statue de la vierge au sommet de la chapelle qui surplombe cette colline) sur un terroir de granit rose et de schistes friables. Les vignes sont cultivées en agriculture biologique selon le respect de l'environnement, sans produits chimiques avec un léger labourage du sol, les parcelles légèrement pentues sont plantées dans des sols bien drainés orientés sud et sud-est, de manière à favoriser la maturation du raisin et des conditions sanitaires optimales. La vendange est manuelle (obligatoire dans le Beaujolais).

Fidèle à l'école de Marcel Lapiere, le Chat produit ses vins par macération carbonique complète : la vendange entière non égrappée est placée dans des cuves bétons fermées saturées de CO₂ qui augmentent la pression sur les grappes, pour libérer leur jus. Cela favorise, grâce à des levures autochtones, la fermentation alcoolique qui va être progressive et ralentie par le froid. Ce long proces-

sus de macération va permettre d'extraire le maximum de couleur et d'arômes. Ensuite, surviennent décuvage et pressurage grâce à un pressoir vertical rincé à l'eau de vie avant chaque presse. La fermentation alcoolique se termine après assemblage des jus de goutte et de presse. Elle est suivie par la fermentation malo-lactique qui assouplit le vin et le rend moins acide. L'élevage en vieux foudres et demi-muids s'étend sur 10 à 12 mois. Le sulfitage est minimal jusqu'à la mise en bouteille qui s'opère sans collage, ni filtration.

Robuste patriarche à l'abondante barbe blanche soyeuse, le Chat n'a rien perdu de son dynamisme, ni de sa vivacité d'esprit, mais a longtemps cru que son domaine ne resterait pas dans la famille. Mais son unique fille, Jeanne, a décidé de s'associer à son père qui peut maintenant envisager une retraite apaisée.

LE PLUS FIN ET LE PLUS ÉLÉGANT DES CRUS DU BEAUJOLAIS

Le Fleurie est considéré comme le plus fin et le plus élégant des crus du Beaujolais et cette cuvée La Madone 2018, parée d'une robe pourpre intense aux reflets violets, ne déroge pas à cette règle. Elle exhale des arômes floraux : iris, violette, pivoine, associés à des senteurs de fruits noirs : mûre, cassis, de griotte, d'épices : poivre blanc, réglisse et d'encens qui envahissent le nez et tapissent le palais. La bouche est dense, ronde, enveloppante. Les tanins soyeux, patinés établissent une structure et un équilibre très harmonieux. En finale, la Madone offre une salinité et une

bonne minéralité qui donnent l'impression de goûter le granit affleurant. Ce vin, doté d'une finesse remarquable, n'est pas dénué d'une certaine richesse et d'une franche gourmandise. C'est toute la quintessence du gamay qui est mise en valeur dans cette cuvée.

Comme tous les crus du Beaujolais, ce Fleurie escorte, sans heurt, toutes les cochonnailles : saucissons secs, jambons crus, salés ou persillés, terrines, de même les classiques de la cuisine lyonnaise : tablier de sapeur, pied de porc, sabonet à la vigneronne, gras double. Ce vin permet un accord tout en douceur avec l'andouillette grillée pommes pont-neuf. La finesse de Fleurie ne s'ac-

commode guère des viandes rouges, telles les pièces de bœuf, pour lesquelles on optera pour des vins plus puissants et charpentés, type Morgon vu Côtes du Rhône. Par-contre, le vin se marie très bien avec des viandes blanches fines comme un filet mignon de porc, une côte de veau grillée ou un quasi en cocotte, voire un poulet rôti. Sa fraîcheur et sa faible charge tannique équilibreront le gras d'un reblochon ou d'un vacherin, mais aussi des fromages à pâte dure : comté, gruyère suisse, cheddar anglais. Son côté fruité et onctueux en fait un allié des desserts à base de fruits rouges.

Les convictions de la famille Chanudet sont aussi solides que le granit, sur lequel poussent leurs vignes ; prendre des risques, garder patience, respecter le terroir, pour délivrer toute la force du gamay et produire des vins de caractère, fins, équilibrés, d'une étonnante longévité. Malgré sa qualité, ce vin reste, à l'instar de beaucoup de Beaujolais, à prix doux aux alentours de 25 €. ■

**Jeanne et Jean-Claude Chanudet
Le Clos Des Lys - 69910 Villié-Morgon**

“ L'odeur du vin, ô combien plus est friand, riant, priant, plus céleste et délicieux que d'huile ! ”

François Rabelais

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

ILS COMPTENT POUR MOI...

... JE COMPTE SUR LUI.

Cosimp[®]prel

Fumarate de

1^{re} association fixe* **BISOPROLOL PÉRINDOPRIL**

arginine

Sécable
pour une posologie de
2,5mg/2,5mg

Sécable
pour une posologie de
2,5mg/5mg

1 prise par
jour



COSIMPREL[®] 5/5, 5/10, 10/5 et 10/10 sont indiqués en substitution dans le traitement de l'**hypertension artérielle** et/ou de la **maladie coronaire stable** (chez les patients ayant un antécédent d'infarctus du myocarde et/ou de revascularisation), chez les patients adultes déjà contrôlés par périndopril et bisoprolol pris simultanément aux mêmes posologies.

COSIMPREL[®] 5/5 et 10/5 sont indiqués en substitution dans le traitement de l'**insuffisance cardiaque chronique stable avec réduction de la fonction ventriculaire systolique gauche**, chez les patients adultes déjà contrôlés par périndopril et bisoprolol pris simultanément aux mêmes posologies.

Il est recommandé de proposer des mesures hygiéno-diététiques à tous les patients hypertendus dès le diagnostic d'hypertension artérielle.

Si un traitement pharmacologique doit être débuté, privilégier une monothérapie par diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, bloqueur du système rénine-angiotensine. Les bêta-bloquants peuvent être utilisés comme antihypertenseurs mais ils semblent moins protecteurs que les autres classes thérapeutiques vis-à-vis du risque d'accident vasculaire cérébral. En cas de non contrôle après 1 mois, privilégier une bithérapie associant 2 produits parmi les 3 classes bloqueur du système rénine-angiotensine, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique, et en cas d'inefficacité, d'autres bithérapies peuvent être proposées. Si l'objectif tensionnel n'est toujours pas atteint, la trithérapie comportera idéalement l'association bloqueur du système rénine-angiotensine, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique, sauf indication préférentielle d'une autre classe thérapeutique, en cas de mauvaise tolérance et/ou de comorbidités, le choix préférentiel pour les patients coronariens étant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion/ bêta-bloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (sinon antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II)/bêta-bloquants (ayant cette indication)/diurétiques thiazidiques pour les insuffisants cardiaques.¹

Liste I / Agréé collectivités. Remboursement Sécurité Sociale 65 %.



Pour une information complète sur COSIMPREL[®] 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 en date du 06 septembre 2016 pour COSIMPREL 5mg/5mg et du 11 août 2016 pour COSIMPREL 5mg/10mg, COSIMPREL 10mg/5mg et COSIMPREL 10mg/10mg

¹ Fiche mémo HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Septembre 2016.

