

**FIGHE MÉTHODE**

**SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE**

# LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°452 – MAI-JUIN 2023

**LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL**

## TOUT SAVOIR SUR LA CONVENTION MÉDICALE



### ACTU DÉCODÉE

LUTTE CONTRE  
LES DÉSERTS MÉDICAUX :  
FAIRE FEU DE TOUT BOIS



**NOMENCLATURE**  
LES ASSOCIATIONS D'ACTES  
EN CARDIOLOGIE...



**SYNDICATS  
REPRÉSENTATIFS**  
FICHE 2 : CSMF  
CONFÉDÉRATION  
DES SYNDICATS MÉDICAUX



**LA PAGE DU CNCF**  
RECOMMANDATIONS POUR  
L'ÉVALUATION  
ET LA PRISE EN CHARGE CV  
DES PATIENTS DEVANT  
AVOIR UNE CHIRURGIE  
NON-CARDIAQUE



# PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE

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

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

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

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



**RESITUNE® 75 mg**  
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE

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

75 mg



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

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



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

\* AMM à la date du 28/04/2015.

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







### CARDIOLOGUE PRESSE

13 rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76

E-mail : lecardiologue@lecardiologue.org

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

**Rédacteur en chef** : Dr Frédéric Fossati

**Rubrique nomenclature** :

Responsable – Dr Frédéric Fossati

**Publicité** : François Bondu

Tél. : 01.45.23.96.27 – Port : 06.47.65.14.01

e-mail : f.bondu@societeccc.fr

Editions CCC – 24 rue Saint-Victor - 75005 Paris

**Direction artistique,**

**secrétariat de rédaction** : Pascal Wolff

**Réalisation** : Tomcat

**Crédits photo** : Cardiologue 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.

Ce n'est évidemment pas le titre d'un court métrage écarté du récent palmarès cannois dans la catégorie « un certain regard » mais bien le titre du cahier principal de ce nouveau numéro de la revue *Le Cardiologue*.

Dans cette période où les conditions de reprise des négociations conventionnelles ne semblent toujours pas réunies, l'histoire des différentes conventions est éclairante en montrant que les problématiques et crispations actuelles font échos à celles du passé :

- contractualisation locale *versus* nationale,
- liberté tarifaire *versus* tarifs contrôlés avec prises en charge de cotisations sociales,
- convention séparée pour généralistes et spécialistes,
- rapport au tiers-payant,
- rémunération à l'acte *versus* forfait.

Vous allez enfin tout comprendre !



## FLASHBACK SUR LA CONVENTION MÉDICALE !

**Vincent Pradeau**

Président du Syndicat national des cardiologues

Vous pourrez compléter votre exploration archéologique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle des rapports entre les syndicats médicaux et le système de santé dans cet excellent article paru en 2008 dans les tribunes de la santé ([cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-1-page-21.htm](http://cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-1-page-21.htm)).

Pour terminer, voici quelques données chiffrées, vérifiées et contre-intuitives sur la période conventionnelle récente de 2005 à 2019. Selon les données publiées par la CARMF et concernant les BNC (pas les chiffres d'affaires) des cardiologues : ils ont augmenté de 33 % pour les médecins en secteur 1 et 38 % pour ceux exerçant en secteur 2 (soit respectivement + 12 % et + 17 % en euros constants). C'est à l'aune de ces chiffres qu'il faut analyser les effets des conventions médicales antérieures sur notre rémunération, dans un contexte où le débat sur le déconventionnement a été relancé.

La période post-Covid et le retour de l'inflation, impactent bien sûr les discussions à venir. Cela crée attentes et exigences vis-à-vis d'une nouvelle convention.

Le SNC est d'ores et déjà à pied d'œuvre pour porter la voix des cardiologues dans ces futures négociations.

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.**

Cardio'Link est une plateforme de mise en relation directe entre cardiologues, conçue par et pour les cardiologues.

Créée par le Syndicat National des Cardiologues, elle est très simple d'utilisation : quelques minutes suffisent pour créer votre profil et accéder à l'ensemble des offres disponibles et/ou déposer vos annonces !



Pry Khobov

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

Lutte contre les déserts médicaux : faire feu de tout bois

## 10 NOMENCLATURE

Les associations d'actes en cardiologie...

## 12 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS...

Fiche 2 : CSMF – Confédération des syndicats médicaux français

# LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

Cahier central  
détaché

## TOUT SAVOIR SUR LA CONVENTION MÉDICALE



QUELS SONT LES LIENS ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX ? .....	II
SECTEURS ET TARIFICATIONS .....	II
QUELS SYNDICATS MÉDICAUX NÉGOCIENT AVEC L'UNCAM ? .....	III

LES CONVENTIONS DEPUIS 1945 .....	III
LE RÈGLEMENT ARBITRAL PALLIE L'ABSENCE DE CONVENTION .....	VII
LE RÈGLEMENT ARBITRAL ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1 <sup>er</sup> MAI 2023 .....	VIII

## 13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale

10<sup>e</sup> partie : l'effet placebo, une réalité mieux connue

## 14 LA PAGE DU CNCF

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge CV des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque

## 16 MAGAZINE



**HIGHTECH 16**  
drgupta.ai :  
la génération sans médecin



**ART&CULTURE 20**  
La Mélancolie  
d'Albrecht Dürer



**CULTURELIVRE 18**  
Urgence climatique :  
les scénarios



**ESPACEVIN 22**  
Riesling « En paradis » 2021  
Domaine des Pothiers

## 23 LES PETITES ANNONCES



# LUTTE CONTRE LES DÉ FAIRE FEU DE T



Pascal Wolff / Sunnychicka

L'évolution du ratio « demande de soins/offre de soins » (souvent assimilé au ratio « nombre de médecins / nombre de patients ») génère des tensions sur le système de santé, en créant des zones qualifiées de « déserts médicaux ». Par ailleurs, les aspirations des jeunes générations rendent probable la baisse du temps de travail global des médecins libéraux dans les prochaines années, ce qui contribuerait à accroître les inégalités territoriales d'accès aux soins. La lutte contre les déserts médicaux est donc une priorité pour les pouvoirs publics.

## DÉSERTS MÉDICAUX : DÉFINITION, CONSÉQUENCES ET SOLUTIONS

En 2017, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiait un rapport dans lequel elle proposait des éléments permettant de définir et de mesurer les déserts médicaux :

Cette notion désigne un territoire caractérisé par une absence de médecins à proximité, cette situation engendrant une inégalité dans l'accès aux soins et pouvant être source de pertes de chances pour les patients et les usagers.

La notion de désert médical renvoie à une double dimension :

- une dimension spatiale, liée à l'éloignement géographique entre les patients et leur médecin ;
- une dimension temporelle, liée au temps que le médecin peut consacrer à chaque patient.

On constate ainsi :

- l'accroissement des délais d'attente, pouvant conduire à la dégradation de l'état de santé des patients ;
- le recours accru aux urgences médicales, soit en remplacement d'une consultation classique soit en raison de l'aggravation de la situation du patient ;
- des difficultés pour trouver un médecin traitant, ce qui peut entraîner la rupture du parcours de soins notamment en cas de maladie chronique.

### *Le zonage permet d'évaluer la répartition de l'offre de soins*

Le recours au zonage est prévu par l'article L1434-4 du code de la santé publique. Il tient compte de plusieurs critères :

- l'accessibilité à un professionnel de santé ;
- les caractéristiques de la population considérée (âge, taux d'ALD, nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, etc.) ;

- le nombre des professionnels de santé, leur âge, leur activité, etc.

En 2017, une nouvelle méthode a été mise en place, visant à :

- établir une définition harmonisée et prospective de la fragilité ;
- concentrer les aides au maintien et à l'installation des médecins sur les territoires les plus en difficulté ;
- favoriser un investissement plus important dans un plus grand nombre de territoires.

Le zonage s'appuie désormais sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin qui recouvre : l'activité de chaque médecin (nombre de ses consultations ou de ses visites, par an et par habitant), le temps d'accès au praticien et le recours aux soins des habitants. Celui-ci est établi par classe d'âge, pour tenir compte de leurs besoins spécifiques. L'âge des praticiens est également pris en compte, afin d'anticiper les futurs départs en retraite.



# DÉSERTS MÉDICAUX TOUT BOIS

Le zonage permet d'établir des territoires « vie-santé » regroupant plusieurs communes. L'indicateur APL est calculé en faisant la moyenne des indicateurs APL des communes de ce territoire, pondérée par la population de chaque commune. En plus de cet indicateur socle, l'ARS peut tenir compte d'autres critères pour décider d'un investissement supplémentaire.

## Plus d'informations :

■ Découvrir l'APL de votre territoire :

[drees.shinyapps.io/carto-apl/](https://drees.shinyapps.io/carto-apl/)

■ Documentation publique : « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? » Les Dossiers de la Drees n° 17, mai 2017.

## Une nouvelle approche des déserts médicaux

Selon la définition et la méthode retenue pour la mesure, il fut établi que 8 % de la population résidait dans une commune sous-dense en médecins généralistes (accessibilité < 2,5 consultations/an/habitant). Environ 0,5 % de la population cumulait alors des difficultés d'accès aux 3 points d'entrée du système de santé que constituent les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgences.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux services d'urgence ne se cumulaient que dans des cas minoritaires et concernaient respectivement 8 % et 6 % de la population.

Les zones sans accès à une offre de soins sont donc extrêmement réduites. En revanche, la DREES considère aujourd'hui que les délais d'attente constituent un indicateur plus précis pour mesurer l'accessibilité des soins et la corrélation entre l'offre et la demande de soins.

Or, selon un rapport sénatorial remis le 29 mars 2022, 30,2 % de la population française vit dans un désert médical (62,4 % en Ile-de-France). Le rapport présente également d'autres données :

■ 1,6 million de personnes renoncent chaque année à des soins ;

■ 11 % des 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant ;

■ les délais d'attente avant un rendez-vous s'allongent (jusqu'à 6 mois pour une consultation d'ophtalmologie), retardant la prise en charge ;

■ 45 % des généralistes sont en situation de burn-out ;

■ le nombre de généralistes a reculé de 1 % par an entre 2017 et 2021. Si rien n'est fait, il continuera à baisser jusqu'en 2024 et la densité médicale ne retrouvera son niveau actuel qu'en 2033.

■ la densité médicale est très variable selon les départements mais elle s'érode dans 75 % d'entre eux alors que l'augmentation et le vieillissement de la population accroissent les besoins en santé.

Pour conclure, le rapport sénatorial de 2022 proposait un certain nombre de mesures pour lutter contre les déserts médicaux, répartis sur trois axes : libérer du temps médical, favoriser l'exercice médical en zone sous-dense et former davantage de professionnels en veillant à leur bonne répartition territoriale.

## DIFFÉRENTS TEXTES ET MESURES POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

### Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Avant même la parution du rapport sénatorial de 2022, la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification avait déjà permis de pousser plusieurs mesures pour améliorer l'accès aux soins.

Parmi elles se trouvent notamment des dispositifs visant à étendre les champs d'intervention des professions paramédicales, avec

l'objectif de libérer du temps médical et permettre aux médecins de se concentrer sur des tâches à plus haute valeur ajoutée.

La loi élargit ainsi le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé et les capacités de prescription des sages-femmes (possibilité de prescrire des arrêts de travail de plus de 15 jours, dépistage et traitements pour les infections sexuellement transmissibles...), des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes.

D'autres dispositions portaient également sur le recrutement des praticiens hospitaliers.

Enfin, la loi de 2021 a entériné le passage dans le droit commun du service d'accès aux soins (SAS), qui existait jusque-là sous forme expérimentale dans certains territoires. Le SAS constitue un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé et permet la coopération entre la ville et l'hôpital dans l'accès aux SNP.

Enfin, dans le cadre du développement du projet « Mon Parcours Handicap », plateforme numérique d'information et de services pour les personnes handicapées et leurs proches aidants, il est prévu la désignation d'un référent handicap dans les services d'urgences, le service d'accès aux soins et les établissements de santé.

### Les mesures proposées par le règlement arbitral

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023, le règlement arbitral régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux. Arrêté pour cinq ans maximum, il cessera de s'appliquer dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention négociée par les partenaires conventionnels. Ceux-ci doivent se réunir d'ici 2025 pour entamer de nouvelles négociations.

Le règlement arbitral proroge les principales dispositions issues de la convention signée le 25 août 2016 et comporte de nouvelles mesures de nature à améliorer l'accès aux soins :

■ évolutions du dispositif d'aide à l'emploi



d'un assistant médical pour libérer du temps médical ;

- revalorisation de certains actes à hauteur de 1,5 euro à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2023 ;
- création d'une consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD ;
- revalorisation de la participation des médecins à la prise en charge des soins non programmés (SNP) ;
- revalorisation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients âgés de plus de 80 ans et pour les patients âgés de moins de 80 ans atteints d'une ALD ;
- évolutions techniques (évolutions du forfait structure, élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1, clarification de la prise en compte de l'année de Docteur Junior dans l'accès au secteur 2, procédure de facturation et utilisation de SCOR).

### **Loi du 10 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé**

Afin de lutter contre les déserts médicaux et d'améliorer l'accès aux soins, cette loi dite loi Rist introduit un accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA), aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Elle élargit également les compétences de plusieurs professions paramédicales et revoit la permanence des soins (PDS).

Ainsi, désormais les patients pourront accéder directement, sans passer par un médecin :

- **aux IPA et aux kinésithérapeutes** exerçant à l'hôpital, en clinique, dans un établissement social ou médico-social ou, en ville, dans une maison ou un centre de santé. Pour les kinésithérapeutes, l'accès direct est limité à huit séances ;
- **aux orthophonistes** qui exercent dans ces mêmes établissements ou, en ville, dans une structure de soins coordonnés, y compris dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CTPS) si le projet de santé le prévoit.

De plus, une expérimentation est mise en place pour 5 ans et dans 6 départements, qui

ouvre l'accès direct aux IPA et aux kinésithérapeutes au sein d'une CTPS.

Dans tous les cas, un compte rendu des soins réalisés devra être systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans son dossier médical partagé.

### **Outre l'accès direct décrit ci-dessus, la loi Rist élargit les compétences :**

- **des IPA** (primo-prescription de certains produits ou prestations soumis à ordonnance - décret en attente de parution) ;
- **des infirmiers** (prise en charge de la prévention et du traitement de plaies et prescription des examens complémentaires et des produits de santé) ;
- **des assistants dentaires** (création d'assistants dentaires plus qualifiés, dits de niveau II, pour assister les chirurgiens-dentistes dans davantage d'actes) ;
- **des pédicures-podologues, orthoprothésistes et opticiens-lunetiers.**

Enfin, les pharmaciens auront désormais le droit de renouveler trois fois, par délivrance d'un mois, une ordonnance expirée pour le traitement d'une maladie chronique.

Autre disposition de la loi Rist, un principe de responsabilité collective des professionnels de santé à la permanence des soins (PDS) est introduit, tant en établissement de santé qu'en ville : les établissements de santé et les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers sont « responsables collectivement » de la PDS. Il s'agit de garantir aux patients un accès aux soins non programmés (SNP) pendant les horaires de fermeture des hôpitaux et des cabinets médicaux, en répartissant cet effort entre toutes les structures et tous les médecins d'un territoire.

### **La proposition de loi Valletoux visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels**

Cette proposition de loi, déposée le 28 avril, fait l'objet d'une procédure accélérée. Cela implique qu'un délai minimal de 15 jours est prévu entre le dépôt du texte et sa discussion en séance (il est de 6 semaines en temps normal). Lors de son dépôt, la proposition de loi

a été renvoyée à la commission des affaires sociales (CAS), à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement de l'Assemblée nationale. La CAS a désigné Frédéric Valletoux comme rapporteur du texte le 9 mai. En principe, le rapporteur étudie le texte et rédige un rapport, éventuellement en proposant des modifications.

### **La proposition de loi Valletoux comporte onze articles**

■ **L'article 1** fait notamment du Territoire de santé l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé. Il prévoit que les professionnels de santé s'organisent entre eux pour répondre aux objectifs d'organisation des soins. Si ceux-ci ne sont pas atteints, l'ARS pourra mettre en œuvre des mesures pour améliorer l'accès aux soins.

■ **L'article 2** précise la composition du Conseil territorial de santé (CTS), organe de gouvernance du territoire de santé et organe de démocratie sanitaire du territoire.

■ **L'article 3** propose le rattachement de tous les professionnels de santé aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

■ **L'article 4** vise à rendre effective la participation obligatoire à la PDS pour tous.

■ **L'article 5** vise à ouvrir le Contrat d'Engagement de service public (CESP) pour tous les étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie, à l'issue de la 2<sup>e</sup> année du 1<sup>er</sup> cycle des études de santé.

■ **L'article 6** propose de :

- créer un droit d'option pour doter de la personnalité morale les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- donner au Conseil de surveillance la compétence du vote sur le budget des établissements publics de santé et impliquer davantage les parties prenantes dans la gouvernance hospitalière. Cet article propose aussi d'instaurer un débat annuel sur l'état de santé de la population et l'offre de soins du territoire dans lequel s'inscrit l'établissement.

■ **L'article 7** vise à interdire l'intérim médical à tous les professionnels, médicaux et



paramédicaux, en début de carrière, dans des conditions définies par décret.

■ **L'article 8** vise à permettre le contrôle, par les juridictions financières et les organismes de contrôle administratif, des cliniques privées et de leurs sociétés satellites ainsi que des sociétés qui exercent sur elles un contrôle direct ou indirect.

■ **L'article 9** propose de faciliter l'exercice des Praticiens diplômés hors de l'Union Européenne (PADHUE) sur le territoire national via la création d'une autorisation temporaire d'exercice ouvrant voie à la reconnaissance de leur diplôme.

■ **L'article 10** propose la création d'une nouvelle carte de séjour pluriannuelle

« talent-professions médicales et de la pharmacie », pour répondre au besoin de recrutement de ces personnels qualifiés dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux ainsi que les établissements sociaux, publics ou privés à but non lucratif.

■ **L'article 11** prévoit que la charge liée à ces mesures sera compensée pour l'Etat par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs et pour les organismes sociaux, par la majoration de l'accise sur les tabacs. ■

### COMMENTAIRE DU SNC

**Les mesures proposées s'adressent essentiellement aux médecins généralistes.** Par exemple, sous sa forme actuelle, le zonage ne concerne pas les spécialistes.

**Or les déserts médicaux les concernent également :** les délais d'attente sont de plus en plus longs et s'évaluent désormais en mois.

Par ailleurs, nombreux sont les patients qui ne retrouvent pas de spécialiste pour prendre le relais lorsque le leur prend sa retraite.

## ZOOM

### LA POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS DES VINGT DERNIÈRES ANNÉES

**2005** La loi relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités territoriales d'attribuer des aides à des professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous-médicalisées.

**2009** La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) crée le contrat d'engagement de service public (CESP). Les étudiants en médecine qui signent un CESP reçoivent une bourse pendant leurs études et en contrepartie, s'engagent à exercer dans les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles.

**2012** L'État définit le premier Pacte territoire santé, plan global de lutte contre les déserts médicaux. Objectifs : 1 500 CESP d'ici 2017 et 200 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (garantie d'un revenu minimum et d'une protection sociale améliorée pour les médecins s'installant en zone sous-médicalisée).

**2015** Adoption d'un nouveau Pacte territoire santé pour 2015-2017, avec comme objectifs +200 CESP à l'horizon 2017, 1000 médecins installés grâce aux contrats de praticien territorial et la création de 1000 maisons de santé d'ici 2017. Le Pacte prévoit également d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

**2018** Les pouvoirs publics encouragent le développement de la télémédecine avec la généralisation de la téléconsultation en France : tout médecin est autorisé à la pratiquer lorsqu'il l'estime adaptée.

Par ailleurs, la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » met en place de nouvelles mesures pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins :

- objectif de déploiement de 1000 CPTS ;
- libération du "temps médical" grâce à un soutien financier pour l'emploi d'assistants médicaux en échange d'un engagement pour une augmentation de patientèle ou la réduction des délais de rendez-vous ;
- suppression du numerus clausus et la réforme des études de médecine.

**2022** Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) prévoyant notamment :

- la création d'une 4ème année d'internat de médecine générale, consacrée à des stages en cabinet médical, en priorité dans les zones médicalement tendues ;
- l'organisation, à titre expérimental, par les agences régionales de santé (ARS) de consultations de médecins dans les déserts médicaux ;
- la possibilité jusqu'à fin 2035 pour les médecins et infirmiers de travailler jusqu'à 72 ans à l'hôpital ;
- l'exonération des cotisations vieillesse en 2023 pour les médecins retraités qui reprennent leur activité ;
- l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un désert médical.



## LES ASSOCIATIONS D'ACTES EN CARDIOLOGIE...

Sujet récurrent, faisant souvent l'objet de questions de la part de nos adhérents, quels sont les associations autorisées par la LAP (Liste des Actes et Prestations de la CNAM) entre les actes cliniques issus de la NGAP, les actes techniques inscrits à la CCAM voire les deux ?

Les réponses se trouvent dans les Dispositions Générales et les Dispositions Diverses de la CCAM que l'on peut télécharger sur le site « CCAM en ligne » de l'Assurance-maladie et dont la dernière version, toute récente, date du 15 mai 2023 et fait près de 190 pages...

### LES ASSOCIATIONS D'ACTES CLINIQUES

Ne sont concernées que les associations entre les actes cliniques et les majorations applicables à ces derniers ; les actes cliniques se répartissent entre la consultation ou la visite du spécialiste hors médecin spécialiste en médecine générale (Cs ou Vs), la consultation spécialisée

de cardiologie (CsC) et l'acte ponctuel de consultant (APC, APV ou APU). Les majorations applicables à ces différents niveaux de consultations ont déjà été détaillées dans un numéro précédent (n°449) en fonction du contexte et de la situation conventionnelle du praticien.

### LES ASSOCIATIONS D'ACTES TECHNIQUES

Cela ne concerne que les associations de plusieurs actes réalisés par le même médecin, dans le même temps et pour le même patient. Trois articles issus des dispositions générales et diverses de la CCAM régissent les différentes possibilités d'association :

- L'article I-6 du Livre I qui définit la notion d'acte global ;
- L'article I-12 du Livre I qui fixe les règles d'incompatibilité ;
- L'article III-3B du Livre III qui fixe les conditions tarifaires applicables.

#### La notion d'acte global

Elle recouvre l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen (conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte, qui ne peut être codé et facturé qu'une seule fois).

Lorsqu'il s'agit d'un acte interventionnel ou chirurgical, la tarification recouvre la période « pré-interventionnelle » (hors consultation à l'ori-





## QUIZZ D'ASSOCIATION D'ACTES...

	Possibilité d'association	OUI	NON
1	Cs + DEQP005		
2	CsC + DEQP003		
3	APC + DEQP003		
4	DZQM006 + DEQP005		
5	Cs + DEQP003		
6	CsC + DZQM006		
7	CsC + MCC		
8	APC + DZQM006		
9	CsC + MPC + MCS		
10	DZQM006 + DEQP003 / 2		
11	DZQM006 + EBQM001		
12	DZQM006 + MCU		

gine de l'acte), la période « per-interventionnelle » et la période « post-interventionnelle » qui s'étend jusqu'à 15 jours après la réalisation de l'acte (hors complication).

### Les règles d'incompatibilité

Il est impossible de tarifier dans le même temps des actes identiques ou l'association entre des actes composant une « procédure » (succession d'actes par exemple), un acte incluant un autre acte et ce dernier, des actes ayant la même finalité diagnostique ou thérapeutique sur un même site ou enfin un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte et ce dernier.

### Les conditions tarifaires applicables (annexe 2 de l'article III-3B du Livre III)

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à taux plein avec le code 1, le second acte étant tarifé à 50 % de sa valeur avec le code 2. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein ainsi que les suppléments qui peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein mais sans indiquer de code d'association.

Comme souvent, il existe des dérogations (essentiellement pour les actes de chirurgie) mais il en est deux qu'il faut connaître :

- la première concerne les actes d'échographie ; lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé ;
- l'autre concerne l'association ECG + échocardiographie (DZQM006 + DEQP003/2) qui ne peut être appliquée qu'en cas de bilan cardiologique entrant dans le cadre d'une chimiothérapie cardiotoxique (se référer alors au résumé des caractéristiques du produit).

Enfin, dans certaines situations médicales particulières ou dans l'intérêt du patient, il est possible de facturer à taux plein deux actes à des moments différents et discontinus de la même journée, sur un même patient (à condition de la justifier dans le dossier médical) ; dans ce

cas, le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est appliqué à taux plein. Si un troisième acte est réalisé, toujours dans les mêmes conditions, il sera facturé à 50 % de sa valeur et prendra le code « 2 ».

## LES ASSOCIATIONS D'ACTES CLINIQUES ET D'ACTES TECHNIQUES

A de très rares exceptions près, l'association entre un acte clinique et un acte technique est interdite par la LAP (Article III-3A du Livre III) ; il existe quelques dérogations dont notamment le cumul des honoraires entre l'ECG (DEQP003) et la consultation (APC, Cs, Vs ou Cs 0,8 en cas de patient hospitalisé), et c'est la seule autorisée ; il n'est donc pas possible d'associer d'autres actes techniques courants (comme l'échocardiographie, l'échodoppler vasculaire, l'épreuve d'effort, le holter ECG, etc.) avec une consultation.

Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modifications prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas non plus être appliqués aux actes relevant de la NGAP. ■

## RÉPONSES

1	NON	car seul l'ECG (DEQP003) peut être associé à une consultation
2	NON	car la CSC comprend déjà la réalisation d'un ECG
3	OUI	
4	NON	car le second acte doit être tarifé à 50 %
5	OUI	
6	NON	car seul l'ECG (DEQP003) peut être associé à une consultation
7	OUI	si le patient est dans un parcours de soin et que son médecin traitant est déclaré
8	NON	car seul l'ECG (DEQP003) peut être associé à une consultation
9	NON	car seule la majoration MCC peut être associée à la CSC
10	OUI	mais uniquement dans le cadre du bilan d'un traitement cardiotoxique
11	NON	car en matière d'échodoppler, un seul acte ne peut être tarifé
12	NON	car une majoration prévue à la NGAP ne peut être associée à un acte décrit à la CCAM

## FICHE 2 CSMF

## CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

- Une confédération polycatégorielle créée en 1928 pour représenter tous les médecins français exerçant en libéral
- Deux structures nationales : généralistes-CSMF (spécialistes en médecine générale) et Spécialistes-CSMF (autres médecins spécialistes).
- Résultats aux élections URPS 2021 : généralistes-CSMF : 17,3% ; spécialistes-CSMF : 22,36%

## LES ORGANISATIONS MEMBRES DE LA CSMF

Outre les deux structures nationales Généralistes-CSMF et Spécialistes-CSMF, la CSMF fédère 101 syndicats, présents sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer) :

- La CSMF jeunes-médecins (médecins de moins de 40 ans).
- L'UNAMEP pour les médecins à exercice particulier.
- Le SMCG-CSMF pour les médecins hospitaliers exerçant en libéral, les médecins coordonnateurs dans les EHPAD et autres structures médicosociales, généralistes ou gériatres.
- Le SMACMAC pour les médecins agréés pour la délivrance du permis de conduire.

## FONCTIONNEMENT AU QUOTIDIEN

Le Conseil National de la CSMF comprend 52 membres répartis dans 4 collèges :

- le collège 1 - Régions ;
  - le collège 2 - Les Généralistes CSMF ;
  - le collège 3 - Les Spécialistes CSMF ;
  - le Collège 4 - SNMCR (Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite).
- Il élit un bureau de 15 membres, tous médecins libéraux en activité.

Des Conseils régionaux pilotent l'action de la CSMF dans les territoires.

## NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES ET RÈGLEMENT ARBITRAL

Lors des dernières négociations conventionnelles, la CSMF a massivement rejeté les pro-

positions de la CNAM (86 % de votes contre), considérant que ces dernières conduisaient à une rupture d'égalité entre les différentes catégories de médecins libéraux. Après la prise de fonction de l'arbitre désigné, la confédération lui a rappelé ses propositions. Celles-ci visaient à mieux répondre au besoin de soins et à radicalement améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux.

## I. Points de convergence avec la convention refusée

- Nécessité d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et la couverture territoriale.
- Evolutions prévues pour les assistants médicaux.
- Améliorations pour les médecins en zone d'intervention prioritaire.

## II. Points de divergence

- Le PLFSS 2023 ne donnait pas davantage de moyens aux médecins libéraux et prévoyait même un sous ONDAM de ville de plus de 3,5% sous l'inflation.
- Le décalage entre les moyens accordés à l'hôpital public et à la médecine de ville alors que celle-ci prend en charge 4 patients sur 5.

## III. Propositions

- Mise en place d'une consultation «à haute valeur ajoutée» pour la prise en charge immédiate des 650 000 Français en ALD sans médecin traitant.
- hausse de la valeur des actes techniques ; hiérarchisation des consultations

## Zoom : Rappel : les propositions de la CSMF lors des élections URPS de 2021

- Obtenir une juste tarification des actes médicaux, aujourd'hui déconnectée de la valeur à l'échelon européen.
- Favoriser et valoriser la coordination entre le médecin généraliste et le médecin des autres spécialités puis avec les autres professionnels de santé pour évoluer vers de véritables établissements de soins libéraux aux mains des médecins.
- Défendre les fondements d'une médecine libérale, garantissant la liberté et l'indépen-

dance professionnelle et sociale, accessible à tous.

- Valoriser la compétence, la qualité, l'expertise médicale et développer une médecine efficiente, pertinente et valorisée à ce titre.
- Obtenir la reconnaissance, le respect et la sécurité dans l'exercice professionnel.
- Améliorer la protection sociale et la qualité de vie professionnelle.
- Améliorer la formation du médecin en l'ouvrant sur le monde libéral.
- Soutenir la réorganisation de la médecine libérale par le regroupement physique ou virtuel, pour aller vers de véritables entreprises médicales libérales.
- Intégrer le numérique dans l'exercice médical, pour l'adapter au monde d'aujourd'hui et de demain.
- Faire de la santé environnementale un objectif prioritaire de la formation, l'organisation et l'exercice quotidien du médecin.

## MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNC ÉGALEMENT ADHÉRENTS CSMF :

- **Patrick Assyag**, président région parisienne du SNC et membre du collège 3 – Spécialistes CSMF au sein du conseil national CSMF.
- **Jean-Pierre Binon**, ancien président du SNC et membre du collège 1 – Régions au sein du conseil national CSMF (délégué titulaire Auvergne-Rhône-Alpes).
- **Jean-Baptiste Caillard**, président région « Pays de la Loire » du SNC et membre du collège 1 – Régions au sein du conseil national CSMF (délégué titulaire Pays de la Loire).



## PLUS D'INFOS...

- [Csmf.csmf.org](http://Csmf.csmf.org)
- [Csmf.spécialistes.lespecialistescsmf](http://Csmf.spécialistes.lespecialistescsmf)



# TOUT SAVOIR SUR LA CONVENTION MÉDICALE

On appelle convention médicale l'ensemble des textes régissant les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance-maladie. Elle est négociée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. En cas d'échec des négociations, un règlement arbitral est établi, qui encadre les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.



## QUELS SONT LES LIENS ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX ? ..... II

### SECTEURS ET TARIFICATIONS ..... II

- Les secteurs conventionnés ..... II
- Le secteur 3 ..... II

## QUELS SYNDICATS MÉDICAUX NÉGOCIENT AVEC L'UNCAM ? ..... III

### LES CONVENTIONS DEPUIS 1945 ..... III

- 1945-1971 : des tarifs locaux puis régionaux ..... III
- Les conventions de 1971 et 1976 ..... IV
- Troisième convention (1980) ..... IV
- Quatrième convention (1985) ..... V
- Une 5<sup>e</sup> convention de courte durée (1990) ..... V
- La convention de 1993 ..... V
- 1997 : une convention annulée puis signée ..... VI

- 2005 : une convention suivie d'un règlement arbitral ..... VI
- La convention de 2011 ..... VI
- La convention de 2016 ..... VI

## LE RÈGLEMENT ARBITRAL PALLIE L'ABSENCE DE CONVENTION ..... VII

- Qu'est-ce qu'un règlement arbitral ? ..... VII
- A quoi sert le règlement arbitral ? ..... VII
- Quel est le rôle de l'arbitre ? ..... VII
- Qui est l'arbitre ? ..... VIII
- Un médecin peut-il refuser le règlement arbitral ? ..... VIII

## LE RÈGLEMENT ARBITRAL ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1<sup>er</sup> MAI 2023 ..... VIII

- Y avait-il eu des règlements arbitraux avant 2023 ? ..... VIII



## QUELS SONT LES LIENS ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

L'Assurance-maladie prend en charge une partie des charges et des cotisations sociales (Assurance-maladie, assurance vieillesse) des médecins libéraux. En contrepartie ceux-ci acceptent une régulation de leurs tarifs tant pour les actes techniques que pour les consultations.



## SECTEURS ET TARIFICATIONS

La convention médicale permet aux médecins d'exercer sous trois secteurs différents, chacun possédant une tarification propre.

### LES SECTEURS CONVENTIONNÉS

■ **Secteur 1 « conventionné »** : les médecins appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale, sans dépassement d'honoraire sauf en cas d'exigence exceptionnelle de la part du patient concernant l'horaire ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect du parcours de soins. Ces tarifs servent de base au remboursement du patient par la caisse d'Assurance-maladie.

■ **Secteur 2 « conventionné à honoraires libres »** : les médecins fixent librement le tarif de leurs consultations. Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale et sa complémentaire santé prend en charge le dépassement d'honoraires selon le taux défini dans son contrat. La facturation de dépassements d'honoraires est interdite pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

■ **Secteur 2 « OPTAM » (option de pratique tarifaire maîtrisée)** : les médecins fixent librement le tarif de leurs consultations mais ils s'engagent à modérer et stabiliser leurs honoraires afin de faciliter l'accès aux soins des patients. Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale et sa complémentaire santé prend en charge le dépassement d'honoraires selon le taux défini dans son contrat. La facturation de dépassements d'honoraires est interdite pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

### LE SECTEUR 3

Le secteur 3 se situe en dehors du système conventionnel, c'est-à-dire que les médecins refusent de s'inscrire dans le cadre de la convention signée. Ils fixent librement leurs tarifs et leurs patients sont remboursés par l'Assurance-maladie sur la base d'un tarif dit d'autorité.





## QUELS SYNDICATS MÉDICAUX NÉGOCIENT AVEC L'UNCAM ?

Ce sont les résultats des élections aux Unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS) qui déterminent la représentativité des syndicats nationaux sur le plan national et leur poids dans les négociations conventionnelles.

En effet, la participation aux négociations est définie par le pourcentage de sièges remportés aux élections :

- de 5 à 10 % des sièges : les syndicats participent mais ne peuvent pas signer ;
- de 10 % à 30 % des sièges : les syndicats peuvent signer mais seulement associés à d'autres centrales syndicales ;
- avec plus de 30 % des sièges, un syndicat peut signer seul la convention.

Les dernières élections se sont déroulées du 31 mars au 7 avril 2021. Elles furent caractérisées par la multiplication du nombre de listes et une abstention record, entraînant une représentation éclatée des médecins libéraux auprès des autorités de tutelle.

Au sein du collège des spécialistes, on a pu noter la progression de l'Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc (le score de 2015 est indiqué entre parenthèses à titre de repère) :

- Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc Union AAL-SYNGOF-UCDF : 39,30 % (24,22 %)
- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) : 22,36 % (31,67 %)
- Union française pour une médecine libre - Syndicat (UFML-S) : 16,67 % (NA)
- Syndicat des médecins libéraux (SML) : 12,02 % (23,86 %)
- Fédération des médecins de France (FMF) : 7,5 % (16,68 %)
- Union collégiale (UC) : 1,38 % (2,72 %)
- Jeunes Médecins : 0,75 % (NA)

### LE CAS PARTICULIER DES OUTRE-MER

**Polynésie française** : la première convention y a été signée en 1995 et c'est la caisse de prévoyance sociale qui y régit le conventionnement depuis 1998.

**Nouvelle-Calédonie** : depuis 1994, la convention locale de Nouvelle-Calédonie ne permet plus la libre installation des médecins.

## LES CONVENTIONS DEPUIS 1945

### 1945-1971 : DES TARIFS LOCAUX PUIS RÉGIONAUX

L'ordonnance du 19 octobre 1945 jette les bases de la convention médicale. Elle prévoit la liberté pour l'usager de choisir son médecin et l'économie de traitement sous réserve d'efficacité. Les syndicats présentent des tarifs dans chaque département.

Héritière du syndicalisme médical né dans les années 1880, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) se divise sur la question des tarifs. Les partisans de la liberté tarifaire la quittent en 1960 et fondent un nouveau syndicat baptisé Union des syndicats médicaux français (USMF) en rappel

► de l'histoire. Toutefois, l'USMF changera de nom en 1968 et devient la Fédération des médecins de France (FMF).

En 1966, afin de garantir aux assurés des soins de qualité, les pouvoirs publics décident d'instaurer une convention tripartite entre les syndicats des professionnels de santé, les membres des différents régimes de l'Assurance-maladie et les représentants du gouvernement.

Une commission tripartite est créée par décret, qui établit une convention régionale type à laquelle les médecins peuvent adhérer en l'absence de convention régionale spécifique. Si la commission reconnaît les conventions régionales et les tarifs proposés, un arrêté ministériel limite toutefois les tarifs conventionnels. Les ressources et les exigences particulières de l'assuré, ainsi que la notoriété du praticien, peuvent justifier des dépassements d'honoraires.

Le 3 février 1971, alors que 80 % des médecins libéraux sont conventionnés via la convention régionale type ou une convention locale, <sup>(1)</sup> la loi relative aux rapports entre les caisses d'Assurance-maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux impose automatiquement à tous les médecins une convention nationale. Ceux qui le souhaitent peuvent cependant exprimer leur refus et exercer hors convention (secteur 3).

### LES CONVENTIONS DE 1971 ET 1976

On retrouve dans la convention de 1971 les principes de base de la médecine libérale : libre choix du médecin, liberté de prescription, secret professionnel, paiement à l'acte remboursé et réévaluation des actes médicaux selon la notion de hiérarchie des services et des soins au meilleur coût dans l'intérêt des malades. Il est précisé que les soins doivent être consciencieux, éclairés, attentifs, prudents et conformes aux données de la science.

Par ailleurs, en échange de tarifs réglementés, les médecins obtiennent le financement de leurs assurances maladie et vieillesse (ASV). L'Assurance-maladie leur fournit également un récapitulatif annuel de leurs honoraires pour en faciliter la déclaration à l'administration fiscale.

A l'issue de la période de validité de la convention de 1971, et en attendant la signature de la suivante, une convention transitoire est signée en juin 1975 entre la Caisse nationale de l'Assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles, la CSMF et la FMF. Un premier syndicat mono-catégoriel est créé, le syndicat de la médecine générale (SMG), mais il n'est pas reconnu comme représentatif.

Signée en 1976, la deuxième convention n'apporte guère de modification, hormis concernant les signataires : désormais, une convention sera valable si elle est signée par au moins deux caisses – dont la CNAMTS et un syndicat représentatif. Cinq avenants à cette convention seront signés entre 1976 et 1979, portant sur les tarifs des actes médicaux.

### TROISIÈME CONVENTION (1980)

Une nouvelle convention est signée le 29 mai 1980 entre d'une part la FMF, et d'autre part la Caisse nationale de l'Assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles. Plusieurs nouveaux éléments apparaissent :

- Pour la première fois, la convention mentionne les difficultés économiques grevant le budget de l'Assurance-maladie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé sans toutefois renoncer à la qualité des soins.
- Deux enveloppes distinctes sont créées pour la médecine libérale et pour les soins hospitaliers.

(1) Marc Brémond -

« Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », *Pouvoirs*, avril 1999.



- ▶ ■ Deux secteurs sont créés, avec des tarifications différentes. Ceux respectant les tarifs conventionnels et dont les caisses financent les assurances maladie et vieillesse (secteur 1), et ceux qui ont choisi de pratiquer des tarifs différents et qui financent eux-mêmes leurs assurances (secteur 2).
- Les caisses reconnaissent la place essentielle du médecin généraliste dans le système sanitaire.
- Les caisses participent au financement de la formation médicale continue.

#### QUATRIÈME CONVENTION (1985)

La convention de 1985 pose les bases d'une réflexion pour la prise en charge de l'assurance maternité en sus de celles concernant la maladie et la vieillesse pour les médecins conventionnés. Les tarifs sont à nouveau revalorisés.

Sept avenants modifieront cette convention pour permettre la mise à jour des tarifs conventionnels et entériner la création de la Fédération française des médecins généralistes (MG France), nouveau signataire issu d'une scission des généralistes de la CSMF.

#### UNE 5<sup>e</sup> CONVENTION DE COURTE DURÉE (1990)

Signée en 1990 par les Caisses et la FMF, la cinquième convention sera annulée par le Conseil d'État en 1992 car elle aurait dû être signée séparément pour les généralistes et les spécialistes, selon le nouvel article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (1990).

- l'avenant n°1 prévoit un contrat entre le médecin généraliste et son patient pour permettre à celui-ci de bénéficier d'une dispense d'avance des frais. Seules la CNAMTS, la MSA et la FMF le signent ;
- la convention ouvre le secteur 2 aux anciens chefs de clinique-assistants (CCA) ;
- pour toute formation d'au moins deux jours, il est prévu une indemnisation par jour à hauteur de 15 fois le tarif d'une consultation ;
- outre les cotisations d'Assurance-maladie et d'Assurance-vieillesse, les Caisses s'engagent à financer les cotisations d'allocations familiales.

#### LA CONVENTION DE 1993

Après l'annulation de la convention de 1990 par le Conseil d'État en 1992, la loi Teulade la prolonge jusqu'à la signature de la convention suivante. Par ailleurs :

- elle introduit la notion de « références médicales nationales » opposables aux médecins dans le code de la santé publique ;
- elle crée les Unions régionales de médecins libéraux (URML).

La nouvelle convention est signée en 1993 par la CSMF (pour les généralistes et les spécialistes) et le Syndicat des médecins libéraux (SML), également reconnu représentatif des spécialistes.

Du côté des caisses, la CNAMTS et la MSA la signent la même année et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles, l'année suivante.

- Les remplaçants sont tenus de se conformer à la convention ;
- un groupe de travail est créé pour élaborer un secteur optionnel censé remplacer les deux secteurs et instaurant une revalorisation de l'acte intellectuel ;
- la convention fixe les bases du dossier médical comme propriété du patient, couvert par le secret professionnel et nécessaire à la continuité et à la qualité des soins ;
- en 1995, l'avenant 5 revalorise la consultation de médecine générale et reconnaît le SML comme représentatif des médecins généralistes ;
- en 1996, l'avenant 6 reconnaît MG France comme représentatif des médecins généralistes en 1996.



### ► 1997 : UNE CONVENTION ANNULÉE PUIS SIGNÉE

La convention de 1993 est dénoncée par les caisses en décembre 1996. Lors des négociations suivantes, la CSMF refuse l'opposabilité des objectifs budgétaires. Il en résulte la signature de deux conventions en 1997 :

- la convention des médecins généralistes est signée par la CNAMTS et la MSA d'une part, MG France d'autre part (puis le SML en 2003). Elle introduit notamment la télétransmission des feuilles de soins, ouvrant la voie pour le dispositif du tiers payant ;
- la convention des spécialistes est signée par l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF). Elle sera annulée par le Conseil d'Etat en juin 1998 et remplacée par un règlement minimal, faute d'accord sur la télétransmission ;
- par la suite, l'avenant n°1 crée le médecin référent et confirme le secteur optionnel ;
- l'avenant n°8 revalorisera le montant de la consultation à 18,50 € et instaurera une consultation longue pour les patients en ALD.

### 2005 : UNE CONVENTION SUIVIE D'UN RÈGLEMENT ARBITRAL

La convention de 2005 a pour objectif annoncé d'améliorer la coordination des soins. Elle est signée par l'UNCAM, le SML, la CSMF et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France (issue d'un rapprochement entre l'UCCSF et le Syndicat des médecins indépendants de France - SMI-France). Elle prévoit notamment la disparition du médecin référent au profit du médecin traitant.

Plus de trente avenants sont publiés au cours des quatre années suivantes prévoyant entre autres des mesures incitatives à l'installation et au maintien des généralistes en zones déficitaires.

L'échec des négociations à la fin de la validité de la convention conduit à la publication d'un règlement arbitral.

### LA CONVENTION DE 2011

La convention de 2011 est signée en juillet par l'UNCAM, la CSMF, le SML et MG France. La FMF y adhère également en décembre.

- introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), en sus de la rémunération à l'acte ;
- renforcement des mesures destinées à améliorer la répartition des médecins sur le territoire ;
- généralisation du tiers-payant pour les patients aux faibles revenus.

### LA CONVENTION DE 2016

La dernière convention en date a été signée en août 2016 par l'UNCAM, MG France, la FMF et le syndicat Le BLOC. Son objectif annoncé portait sur l'accès à la santé partout et pour tous.

Prenant en compte l'évolution de la pratique en libérale, elle s'articulait autour de différents axes :

- la revalorisation des rémunérations selon la complexité du suivi des patients ;
- l'accès aux soins partout, pour tous, en réduisant les délais d'attente ;
- le renforcement et l'élargissement de la ROSP pour consolider la qualité de la pratique médicale ;
- l'amélioration de la coordination des soins autour du patient ;
- la poursuite de la maîtrise des dépassements d'honoraires ;

### *Les mesures mises en œuvre comprenaient notamment :*

- des dispositifs incitatifs à l'installation des jeunes médecins en zones déficitaires ;
- une nouvelle option pour une pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO pour les chirurgiens et gynécologues obstétriciens) ;
- l'extension du rôle du médecin traitant aux enfants ;
- le renforcement du rôle du médecin dans la prévention, le dépistage et la sensibilisation des patients ;



- ▶ ■ la facilitation de la coordination entre les interventions des spécialistes de premier et de second recours ;
- la création d'un forfait structure pour soutenir la mise en place de nouveaux services aux patients ;
- le déploiement de la télémédecine.

*Plusieurs avenants ont été signés au cours des années suivantes avec notamment comme objectifs :*

- l'aménagement du calcul de la ROSP et la fixation des conditions d'obtention d'une ROSP spécifique pour les médecins endocrinologues, diabétologues et nutritionnistes ;
- l'instauration d'une aide financière à destination des médecins libéraux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption ;
- l'élargissement du champ de la prise en charge par l'Assurance-maladie des cotisations maladie et allocations familiales pour les médecins secteur 1 ;
- des modifications sur les contrats incitatifs pour l'exercice dans les zones sous-denses,
- l'assouplissement de la gestion des contrats Optam et Optam-CO pour les médecins nouvellement installés ;
- l'élargissement du champ des consultations complexes et très complexes ;
- le renforcement des mesures visant à développer et accélérer le recours à la télémédecine ;
- le déploiement des assistants médicaux avec mesures complémentaires pour favoriser leur embauche par les médecins ;
- le renforcement de l'accès aux soins pour les publics prioritaires ;
- des dispositions favorisant la prise en charge des soins buccodentaires des patients en situation de handicap ;
- la mise en place d'une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés (système de régulation et de mobilisation des médecins du territoire ; généralisation du service d'accès aux soins [SAS]).

## LE RÈGLEMENT ARBITRAL PALLIE L'ABSENCE DE CONVENTION

### QU'EST-CE QU'UN RÈGLEMENT ARBITRAL ?

Le code de la Sécurité sociale prévoit qu'en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'opposition à la nouvelle convention, un arbitre arrête un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé (article L162-14-2 du Code de la Sécurité sociale).

Ce règlement arbitral est pris pour une durée de 5 ans. Toutefois les partenaires conventionnels doivent engager de nouvelles négociations dans les deux ans.

### A QUOI SERT LE RÈGLEMENT ARBITRAL ?

En l'absence de convention, le règlement arbitral assure le remboursement des assurés sociaux. S'il ne reprend pas forcément la convention en cours, c'est souvent le cas. Il peut également mettre en œuvre des mesures proposées par la convention refusée par les syndicats.

### QUEL EST LE RÔLE DE L'ARBITRE ?

A compter de sa prise de fonction, l'arbitre désigné a trois mois pour transmettre un projet de règlement arbitral. Au cours de ce délai, il rencontre et entend les représentants de l'Assurance-maladie et des syndi-

deposiphotos - ds

- ▶ cats représentatifs mais il peut se passer de leur accord. En revanche, les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale doivent approuver le règlement arbitral.

### QUI EST L'ARBITRE ?

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'Assurance-maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés avant le début des négociations.

### UN MÉDECIN PEUT-IL REFUSER LE RÈGLEMENT ARBITRAL ?

Un médecin libéral peut refuser le cadre imposé par le règlement arbitral. Pour signifier sa décision, il lui faut adresser un courrier dans ce sens à sa caisse primaire d'Assurance-maladie (Cpam). Cela revient à exercer en secteur 3, donc hors convention.

## LE RÈGLEMENT ARBITRAL ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1<sup>er</sup> MAI 2023

### Les négociations conventionnelles ayant échoué, un règlement arbitral a été proposé par l'arbitre désigné.

Il proroge les principales dispositions de la convention nationale de 2016, ses annexes et ses avenants, et instaure de nouvelles mesures :

- évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- revalorisation de certains actes et création d'une nouvelle consultation ;
- revalorisation de la participation des médecins à la prise en charge des soins non programmés ;
- revalorisation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients âgés de plus de 80 ans et pour les patients âgés de moins de 80 ans atteints d'une ALD ;
- évolutions techniques (évolutions du forfait structure, élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1, clarification de la prise en compte de l'année de Docteur Junior dans l'accès au secteur 2, procédure de facturation et utilisation de SCOR).

### Y AVAIT-T-IL EU DES RÈGLEMENTS ARBITRAUX AVANT 2023 ?

Plusieurs règlements arbitraux ont dû être pris à la suite de l'échec des négociations conventionnelles de 2009, 2014 et 2016 (ces dernières concernant les chirurgiens-dentistes).

- **Le règlement arbitral du 5 mai 2010** : reconduction de la convention médicale 2005 + revalorisation du tarif de la consultation, tiers payant social, incitation financière à la télétransmission, fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010, ...
- **Le règlement arbitral des accords conventionnels interprofessionnels / nouveaux modes de rémunération en 2015** : après l'échec des négociations démarrées en 2014, le règlement arbitral a mis en place les évolutions qui avaient recueilli l'accord des différents syndicats.
- **Le règlement arbitral de 2017 fait passer en force** un avenant refusé par les chirurgiens-dentistes lors des négociations entamées en 2016. ■



# SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

## 10<sup>e</sup> PARTIE : L'EFFET PLACEBO, UNE RÉALITÉ MIEUX CONNUE

**De multiples expériences ont démontré la réalité de l'effet placebo. Il est défini par la survenue d'un effet clinique ou biologique après administration d'une substance dépourvue de principe pharmacologique ou après une action physique dénuée d'action thérapeutique telle une procédure simulée. Quels sont les facteurs prédictifs et les mécanismes d'un tel effet ?**

### Peu ou pas de facteurs prédictifs de l'effet placebo

Il n'y a pas de facteurs prédictifs de l'effet placebo, pas de profil identifié, notamment psychologique, pas de relation avec le quotient intellectuel ou l'âge. Il y a des variations inter-individuelles dans la réponse au placebo et des variations intra-individuelles : toute personne peut être répondeur au placebo un jour et ne pas l'être le lendemain ou dans une autre circonstance. L'effet placebo est plus important quand le malade a déjà été traité par un produit actif suggérant un mécanisme causal de type pavlovien.

En moyenne, un effet placebo est enregistré chez 30 % des personnes et il se manifeste pour toutes les maladies, mais plus amplement dans celles à forte composante psychologique : douleurs, états anxieux et dépressifs. Dans le cadre de la douleur, les douleurs expérimentales chez le sujet volontaire sont les moins sensibles à l'effet placebo alors que les douleurs de maladies à fort part anxieuse, comme l'angine de poitrine, par exemple, sont les plus sensibles avec des taux de réponses allant jusqu'à 90 %.<sup>[1, 2]</sup>

La voie d'administration (IV, IM, gouttes, comprimés, suppositoires) influence l'effet placebo et il y a une relation dose-effet. Comparativement au médicament, en général, sa latence d'action est plus courte et son pic d'activité maximale plus précoce. Il peut être actif pendant deux semaines, particulièrement sur la douleur. Le placebo peut avoir des effets secondaires (nocebo) et entraîner une dépendance voire un syndrome de sevrage.<sup>[1, 2]</sup>

### Des mécanismes mieux compris et des implications potentielles

Divers mécanismes entrent en jeu dans l'effet placebo.<sup>[1, 2]</sup>

■ **Fonctionnement cérébral** : en neuro-imagerie, des analyses du débit sanguin cérébral en TEP-scan ont montré que l'effet placebo s'accompagne d'une réduction de l'activité cérébrale des zones impliquées dans les symptômes de douleur et d'anxiété et d'une augmentation de l'activité cérébrale des zones impliquées dans la régulation émotionnelle. Plus troublant, il a été montré que l'administration de placebo entraîne des modifications cérébrales superposables à celles observées après administration d'un médicament : c'est le cas du placebo de la dopamine dans la maladie de Parkinson, du placebo d'antalgiques, du placebo d'antidépresseurs et de celui de la caféine. Ainsi, si le placebo est dénué de tout effet pharmacologique, il peut entraîner des effets biologiques ou cliniques dépendant des informations que peut avoir le patient et de ses processus mentaux émotionnels et cognitifs.

■ **Action de neurotransmetteurs** : des expériences en neuro-

biologie ont montré que l'effet analgésique d'un placebo est contrôlé par la libération au niveau cérébral de substances actives, opioïdes et non opioïdes, reproduisant l'effet de substances pharmacologiques. Dans le domaine de la douleur, il a pu être conclu que c'est par l'activation de systèmes opioïdes que l'activité des médicaments antalgiques est renforcée d'un effet placebo ou que s'exprime un effet placebo. Ceci pose le problème de la définition de l'effet placebo : dès lors que des mécanismes neurobiologiques sont identifiés, peut-on dire que le placebo est sans activité spécifique sur le symptôme ? Ainsi, l'efficacité d'un placebo sur un symptôme douloureux ne doit pas conduire à qualifier la douleur de « psychogène ». La réponse clinique à l'administration d'un placebo n'a pas de valeur diagnostique quant au mécanisme d'une maladie ou d'un symptôme. L'effet antalgique placebo s'observe dans tous les types de douleur et l'utilisation du placebo ne peut servir de test thérapeutique.

■ **Mécanismes cognitifs** : les expériences ont montré que l'anticipation du soulagement de la douleur est facilitée par l'attente positive du malade et la suggestion d'efficacité faite par le prescripteur. L'effet est favorisé par la conviction exprimée par le praticien dans son attitude thérapeutique et par la confiance de la personne malade, comme il l'est par l'attitude empathique du médecin.

### En synthèse

L'étude de l'effet placebo justifie une approche multidisciplinaire, notamment neurobiologique, psychologique et sociologique. Deux explications ont été proposées pour l'expliquer : une réponse conditionnée de type pavlovien ou une relation psychologique d'attente d'une réponse au traitement. L'effet placebo dépend du patient, du comportement des médecins, de la maladie et du type de produit prescrit et de sa voie d'administration.

La réalité de cet effet ne doit pas conduire à une représentation inadaptée de celui-ci. Si la réponse au placebo peut être vécue comme dérangeante pour les soignants, elle ne doit pas conduire à une attitude de reproche vis-à-vis du patient qui n'est qu'un répondeur mais qui a une vraie plainte. Elle ne doit pas conduire à y avoir recours pour la prise en charge d'un patient car juridiquement le médecin doit la vérité au patient et car la révélation d'une telle attitude altère la confiance dans la relation soignant-soigné.■

[1] Haour F. Mécanismes de l'effet placebo et du conditionnement. Données neurobiologiques chez l'homme et l'animal. Médecine/Sciences 2005 ; 21 : 315-9

[2] Finniss D et al. Biological clinical and ethical advances of placebo effects. Lancet 2010, 375:686-95

# RECOMMANDATIONS ET LA PRISE EN CHARGE CARDIOLOGIQUE DEVANT AVOIR UNE CHIRURGIE NON CARDIAQUE QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

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

En matière d'examen complémentaires préalables à la chirurgie non cardiaque, elles distinguent schématiquement trois grandes catégories : celle des patients chez lesquels certains examens doivent être systématiques ou non, celle des patients sans maladie CV connue chez lesquels il existe un signe orientant vers une maladie CV et celle des patients ayant une maladie CV connue.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SYSTÉMATIQUES OU NON

Comme il a été rapporté dans les deux numéros précédents du *Cardiologue*, il y a quelques catégories de patients pour lesquels il est possible d'envisager une chirurgie non cardiaque sans avis cardiologique et sans électrocardiogramme préalables : ce sont tous les patients devant avoir une chirurgie non cardiaque à bas risque CV et les patients à bas risque CV devant avoir une chirurgie non cardiaque à risque CV intermédiaire.

Chez tous les autres patients, en sus de l'électrocardiogramme (ECG), il est recommandé d'effectuer préalablement à la chirurgie et en sus du bilan biologique initial comportant la fonction rénale, un dosage de la troponine-hs et du NT-proBNP afin d'améliorer la prédiction du risque CV peropératoire car des valeurs supérieures à la normale pour l'âge font passer le patient dans une catégorie de risque CV peropératoire supérieure. De plus :

- le dosage de la troponine-hs est 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 doit permettre de dépister des dysfonctions ventriculaires gauches avant la réalisation de la chirurgie et ainsi conduire à la réalisation d'une échocardiographie.

Il y a une exception notable à cette attitude : quel que soit le risque CV de la chirurgie non cardiaque et quel que soit le type de patient (âge, facteurs de risque, symptômes...), s'il a des antécédents familiaux de cardiomyopathie génétique, il doit avoir un ECG et une échocardiographie. La possibilité d'une cardiomyopathie génétique dans la famille doit donc faire partie de l'interrogatoire de tout patient devant avoir une chirurgie non cardiaque.

## PATIENTS SANS MALADIE CV CONNUE AVEC UN SYMPTÔME OU UN SIGNE CLINIQUE INDIQUANT UNE POSSIBLE MALADIE CV

Quatre symptômes ou signes cliniques doivent conduire à juger préalablement à la chirurgie non cardiaque de l'existence d'une

maladie cardiaque : un souffle cardiaque, des douleurs thoraciques, une dyspnée ou des œdèmes des membres inférieurs.

- **En cas de souffle cardiaque**, l'échocardiographie ne doit pas être systématique, mais orientée par les caractéristiques du souffle, l'âge du patient et le dosage du NT-proBNP qui influencent la probabilité pré-test de découvrir une maladie méconnue et hémodynamiquement significative. Dans l'indication de l'échocardiographie, il faudra prendre en compte la probabilité qu'une anomalie découverte modifie la prise en charge chirurgicale et le retard apporté à la chirurgie si les délais pour obtenir l'échocardiographie sont longs. Dans ce cas, un regard rapide en échocardiographie peut être justifié, mais cette attitude ne doit pas être systématique dans les bilans préopératoires.

- **En cas de douleurs thoraciques**, l'attitude à adopter est la même que si le patient n'avait pas de chirurgie non cardiaque programmée : dépendante de la probabilité pré-test (caractéristiques des douleurs, âge et sexe) d'existence d'une maladie coronaire causale.

- **En cas de dyspnée**, une échocardiographie doit être effectuée si le NT-proBNP est élevé (recommandation de classe I, niveau C), et une autre cause que cardiaque envisagée en cas de non élévation du NT-proBNP.

- **En cas d'œdèmes des membres inférieurs**, comme ceux-ci sont peu spécifiques d'une maladie cardiaque, c'est l'ensemble des données recueillies qui doit orienter la pratique des examens complémentaires. Ainsi, dans cette situation clinique, un ECG et un dosage du NT-proBNP sont indiqués avant une chirurgie non cardiaque, sauf s'il existe une cause évidente et non cardiaque aux œdèmes (recommandation de classe I, niveau C).. En cas d'élévation du NT-

# POUR L'ÉVALUATION DIOVASCULAIRE DES PATIENTS RURGIE NON-CARDIAQUE TAIRES CHEZ QUELS PATIENTS ?

proBNP, une échocardiographie préalable à la chirurgie non cardiaque est recommandée (recommandation de classe I, niveau C).

## PATIENTS AVEC UNE MALADIE CV CONNUE DONC À HAUT RISQUE CV

### L'échocardiographie

Les auteurs appellent qu'en cas de chirurgie non cardiaque à haut risque CV, la pratique en routine d'une échocardiographie préalable n'a pas permis de diminuer le risque d'événements CV majeurs peropératoire ou d'apporter plus d'informations pertinentes que les modèles classiques d'évaluation du risque : à bon entendeur, salut, l'échocardiographie ne doit donc pas être systématique dans la chirurgie non cardiaque à haut risque CV (recommandation de classe III), y compris si elle est demandée par l'anesthésiste.

Les indications acceptées pour l'échocardiographie dans ce contexte sont une mauvaise tolérance à l'effort, des anomalies de l'ECG, une maladie CV suspectée ou récente sans suivi depuis au moins 3 mois, une dyspnée inexplicable ou certains facteurs de risque associés (sans plus de précision).

En cas de difficultés logistiques à disposer dans des délais courts d'une échocardiographie de qualité, un examen échocardiographique simple (c'est-à-dire sans les mesures hémodynamiques) et rapide de débrouillage peut aider à la prise en charge en évaluant donc rapidement la fonction ventriculaire gauche, la fonction ventriculaire droite et la présence d'éléments en faveur d'une cardiomyopathie. En cas d'anomalie, une échocardiographie de qualité peut être secondairement envisagée.

On remarque donc que les auteurs de ces recommandations sont pragmatiques dans l'attitude qu'il propose et valident en quelque

sorte – dans certaines circonstances – la pratique de ce que certains dénomment « l'échoscopie » ou échocardiographie rapide de débrouillage (sans préjuger de ses modalités de cotation...).

### Les tests d'effort

Si l'épreuve d'effort permet d'évaluer la capacité fonctionnelle, l'évolution de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque à l'effort et de dépister une ischémie myocardique, du fait de ses faibles spécificité et sensibilité, elle ne doit être envisagée que si une imagerie d'effort ne peut pas être disponible lorsqu'il y a indication à objectiver une ischémie myocardique.

### L'imagerie de stress

L'imagerie d'effort est considérée comme appropriée chez les patients ayant des facteurs de risque CV, ou un antécédent de revascularisation coronaire et une faible capacité fonctionnelle.

Le choix de la technique d'imagerie de stress (échocardiographie ou scintigraphie ou IRM) est laissé aux médecins, de même que celui de l'effectuer avec un effort physique ou pharmacologique car il n'y a pas de données solides indiquant qu'une modalité est plus performante qu'une autre.

Ces examens ont l'intérêt d'avoir une forte valeur prédictive négative : s'ils sont normaux, la probabilité d'événements CV peropératoire est très faible.

### La coronarographie

Ici, on peut considérer que face aux données non concordantes de la littérature sur l'utilité d'une potentielle revascularisation coronaire avant une chirurgie non cardiaque, les auteurs des recommandations ont botté en touche. Ils proposent en effet une solution

simple : dans le contexte d'une chirurgie non cardiaque, les indications de la coronarographie sont les mêmes que celles à avoir pour les patients ne devant pas avoir de chirurgie non cardiaque (recommandation de classe I, niveau C), ce qui suppose donc de se référer aux recommandations de la maladie coronaire chronique et à celles des syndromes coronaires aigus.

Pour le diagnostic de maladie coronaire, il est préconisé d'avoir en première intention, recours au scanner cardiaque, par rapport à la coronarographie invasive, notamment chez les patients stables, avec une probabilité faible de maladie coronaire ou sans maladie coronaire connue, et chez lesquels les caractéristiques morphologiques font envisager d'obtenir une bonne qualité d'imagerie.

La pratique d'une coronarographie invasive doit être considérée chez les patients stables devant avoir une chirurgie carotide élective (recommandation de classe IIb, niveau B).

Le traitement pharmacologique ou par revascularisation d'une ischémie myocardique est recommandé pré-opératoire.

## EN SYNTHÈSE

Hormis le recours large aux dosages préopératoires du NT-proBNP et de la troponine-hs, la pratique d'examen complémentaires à visée cardiovasculaire proposée est relativement classique.

**Deux points à retenir :** même en cas de chirurgie non cardiaque à haut risque CV, la pratique d'une échocardiographie de routine n'est pas recommandée et dans certains cas, à des fins de triage et pour ne pas retarder la chirurgie non cardiaque, une échocardiographie rapide de débrouillage peut être effectuée par un opérateur entraîné. ■



BONJOUR  
JE SUIS  
LE DR. GUPTA

# LA GÉNÉRATION SANS MÉDECIN

WrightStudio

Langage prédictif, intelligence artificielle générative, modèle cognitif... ou peut dire que Chat-GPT a alimenté les conversations avec sa multitude d'interrogations. Même si ce n'est pas encore la révolution tant attendue de l'IA, le chatbot laisse présager de grands bouleversements dans bien des domaines dont la santé. Et les projets arrivent très vite, avec notamment [drgupta.ai](https://drgupta.ai), le site médical de Martin Shkreli, l'homme le plus détestable et détesté des Etats-Unis...

« **C**hers médecins, vos jours sont comptés. Commencez à chercher une profession alternative. C'est ainsi que l'industrie de la santé va changer, sous nos yeux, au cours de la prochaine décennie et demie. Croyez-moi, tout cela va arriver pour de vrai.

Les smartphones de vos patients seront transformés en kits de diagnostic intelligents (lecture de l'ECG, de la température, du taux de sucre, et de nombreux tests courants traditionnellement effectués dans un laboratoire...) et pourront vous guider vers des mesures correctives sans même que vous ayez à consulter un médecin.

Une fois votre maladie diagnostiquée, votre ordonnance sera envoyée automatiquement vers une pharmacie en ligne et vous recevrez des médicaments à domicile en moins d'une demi-journée avec les instructions nécessaires... Et tout cela sans avoir à consulter un médecin. »

Vous trouvez ça drôle, stupide, hors du temps ou collé à un avenir proche ? Ces textes ont été écrits par un médecin et retwités par Dr. Gupta, un site GPT version santé utilisant une version modifiée

de la technologie sous-jacente de Chat-GPT d'OpenAI. (1) Après Chat-GPT qui a fait – et fait encore – couler beaucoup d'encre, (2) l'AI générative continue son chemin avec cette fois-ci une direction forte en santé.

Créé par l'homme le plus détesté des Etats-Unis, Martin Shkreli, ex-Pdg du laboratoire *Vyera Pharmaceuticals* qui a volontairement augmenté de 5 000 % le prix de Daraprim, un médicament contre la toxoplasmose. Exclu à vie de l'industrie pharmaceutique en 2022, il vient de passer plusieurs années derrière les barreaux pour fraude en valeurs mobilières...

## AU TOUR DU GPT MÉDICAL

Ces quatre années passées en prison ont permis à Martin Shkreli de créer le site [drgupta.ai](https://drgupta.ai), dans une version modifiée de Chat-GPT d'OpenAI mais médicale uniquement.

Le site [drgupta.ai](https://drgupta.ai) est un chatbot (3) basé sur l'IA qui fournit des informations personnalisées et des suggestions à ses utilisateurs sur leur santé (GPT utilise une base de données de plus de 500 milliards de mots et 175 milliards de paramètres). Il suffit d'enregistrer ses symptômes et ses informations

### Le questionnaire d'information médicale de [drgupta.ai](https://drgupta.ai)

médicales, y compris les signes vitaux, les allergies et les médicaments (voir illustration ci-dessus), afin de permettre au chatbot de donner des suggestions personnalisées.

Mais on vous prévient dès votre arrivée : « *Le Dr. Gupta N'EST*



## LES VERSIONS DE CHAT-GPT

### GPT-3 DEVIENT GPT-4 ET S'AMÉLIORE CONSIDÉRABLEMENT EN ATTENDANT LA GPT-5...

La nouvelle version de GPT offre une amélioration considérable par rapport à son prédécesseur (GPT-3). Tout d'abord l'amélioration de génération de texte qui peut traiter jusqu'à jusqu'à 25 000 mots à la fois (soit huit fois plus), avec une imitation des comportements humains. Mais la différence majeure entre les deux versions réside dans l'approche multimodale. GPT-4 est capable de traiter différentes informations venant de sources différentes (mots et images). L'utilisateur peut demander de décrire ce qui se passe dans une image, (intéressant pour aider les personnes en difficulté visuelle).

### QUELQUES-UNES DES UTILISATIONS DE GPT-4

**Création de contenu :** Les modèles GPT peuvent être alimentés par n'importe quel type d'invite. Et c'est l'une de ses principales utilités : produire du texte, de la poésie aux recettes de cuisine, voir un livre blanc.

**Résumé de texte :** GPT-4 est capable de réinterpréter un texte (long volume) afin d'en faire un résumé.

**Répondre à des questions :** Fournir des réponses précises ou des explications détaillées, en fonction de la demande de l'utilisateur.

**Traduction :** La traduction linguistique fait partie des tâches de l'IA. Mais il peut également rendre un texte compliqué en un langage compréhensible

**IA conversationnelle :** un professionnel de santé peut se faire aider pour analyser les données des patients afin de suggérer des diagnostics et des traitements.

### PRÉVUE EN FIN D'ANNÉE... GPT-5 DEVIENDRAI UNE AGI

Selon le développeur Siqi Chen d'Open-AI, la version GPT-5 prévue fin 2023 devrait provoquer une véritable révolution et atteindre l'intelligence artificielle générale (AGI pour Artificial general intelligence).

L'AGI est une IA qui comprend et apprend comme un être humain. En clair, une telle intelligence artificielle sera indiscernable de l'humain en termes de capacités et ouvrirait une nouvelle ère avec les capacités d'une machine autonome à effectuer l'ensemble des tâches intellectuelles qu'un être humain peut effectuer.

*PAS un vrai médecin (...)* Dr. Gupta N'EST PAS destiné à des usages médicaux ou cliniques (...) Le Dr. Gupta n'est pas destiné à diagnostiquer, guérir, atténuer, traiter ou prévenir toute maladie ou condition (...) Le Dr. Gupta peut fournir des réponses potentiellement peu fiables... » Malgré ces avertissements, lorsqu'on lui demande indépendamment : « Qui êtes-vous ? », le chatbot répond : « Je suis le Dr. Gupta, un médecin agréé en médecine générale »... Cherchez l'erreur.

### L'ESPRIT DERRIÈRE LE DR. GUPTA

Si l'on ne connaissait pas le personnage Martin Shkreli, on pourrait presque croire que Dr. Gupta aurait été créé pour remplacer les visites chez le médecin et de réduire ainsi les frais médicaux. « Une grande quantité de demandes d'informations sur les soins de santé et de décisions peuvent être prises par l'IA » selon son concepteur. Mais

l'empathie médicale et humaine est loin de faire partie de la personnalité de Martin Shkreli qui table pour sa part sur une véritable ruée vers l'or de l'IA.

Si certains médecins (voir *Le Cardiologue* 450) se sont déjà associés à cette technologie dans leur pratique médicale, ce sont surtout les patients qui jettent leur dévolu sur ces sites « médicaux » en se passant d'un véritable avis médical (songez à la vieille dame qui pourrait penser qu'elle parle à un vrai médecin... certains se persuadant qu'une intelligence artificielle générative est humaine et c'est là tout le risque de notre comportement). Un jeune chercheur dans le domaine de la santé s'est récemment donné la mort après avoir discuté six semaines avec Eliza, son chatbot, qui était devenue sa confidente, son obsession, et qui ne se permettait jamais de le contredire mais au contraire appuyait ses plaintes et encourageait ses angoisses.

### NEUTRALISER L'IA DANS L'AVENIR ?

Respect des droits d'auteur, protection des données personnelles, engagement de la responsabilité civile... L'utilisation de l'IA générative pose des questions de législation inédites. L'Union européenne s'y est penchée avec la loi sur l'intelligence artificielle (Artificial Intelligence Act) qui présente une approche pour le respect des droits fondamentaux des citoyens et les valeurs de l'UE.

Cette loi divisera les applications en trois catégories de risques et devrait voir le jour en 2025.

La Cnil lance également un plan d'action sur l'IA générative avec des règles claires et protectrices des données personnelles des citoyens européens (trois plaintes ont été déposées auprès de la Cnil sur Chat-GPT à propos de la collecte des données et les nombreuses erreurs factuelles incluses dans ses réponses). Au niveau européen, une task force sur Chat-GPT a été lancée afin de « favoriser la coopération et l'échange d'informations sur de possibles actions ».

La bataille ne fait que commencer ! ■

(1) OpenAi est une société américaine cocrée par Elon Musk et Sam Altman en 2015. Son but était d'assurer le développement d'une IA pour le « bénéfice de l'humanité » avec une ouverture sur la recherche et les publications 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) Voir notre article « Chat-GPT : la désorganisation humaine » dans notre revue *Le Cardiologue* 451 ou sur notre site à la rubrique Culture/High-tech

(3) Un chatbot est un programme conversationnel qui simule et traite une conversation humaine écrite ou parlée.  
Sources : DailyBest - ca.sports.yahoo.com/ - Increditoools, 2023



# URGENCE CLIMATIQUE : LE

Le concept de réchauffement climatique est un prototype de pensée scientifique prenant en compte la complexité. Fruit d'hypothèses et de calculs il rend compte que l'évolution prévisible du climat pourrait avoir des conséquences humaines, sociales, politiques et économiques majeures à l'échelle de ce siècle. Deux ouvrages courts parus à deux ans d'écart permettent de le comprendre.

## LES RAPPORTS DU GIEC EXPLIQUÉS

Sylvestre Huet est un journaliste scientifique qui suit depuis plusieurs décennies le débat sur le réchauffement climatique. Il propose un ouvrage de lecture facile pour comprendre les évolutions de la prise de conscience du problème posé par le réchauffement climatique. Il détaille les principaux éléments des derniers rapports du GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat) de 2021 et 2022.

### LE GIEC : UN OUTIL D'ABORD POLITIQUE

La proposition de créer le GIEC est née lors de la réunion du G7 à Toronto (Canada) en juin 1988. La raison ? Parce que la notion d'un réchauffement climatique imputable aux énergies fossiles commençait à faire son chemin dans certains milieux et notamment au sein du programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) et parce que les chefs d'Etat réunis à Toronto avaient une opinion commune « devant la mise en cause possible de leur puissance, en particulier celle du pétrole pour les Etats-Unis, il était exclu que la conférence de Rio travaille à une Convention Climat sur la seule base du PNUE, soupçonné d'être sous la coupe d'écologistes peu favorables à l'industrie. Certains pouvaient y ajouter des intérêts immédiats comme Margaret Thatcher engagée dans une lutte à mort contre le syndicat

*des mineurs du charbon* ». En élaborant ce qui allait devenir le GIEC, ces dirigeants ont construit une organisation hybride, politique par son origine, puisqu'il s'agit de répondre à une demande d'expertise exprimée par les gouvernements, et son mode de fonctionnement, le rapport « Résumé pour les décideurs » devant faire l'objet d'un vote selon le mode onusien où chaque pays dispose d'un vote, et scientifique par son mode de travail, puisqu'il résultera de l'analyse et de la synthèse de chaque sujet traité par des experts internationaux.

Quelle est la véritable question posée aux experts du GIEC ? « *Elle n'est pas "est-ce que le climat change ?", ni "est-ce à cause de nos émissions de nos gaz à effet de serre ?", ni "de combien pourrait monter la température ?", ni même "est-ce dangereux ?". Non, la vraie question posée par les gouvernements au GIEC est celle de la décision de se priver volontairement des énergies fossiles disponibles, peu chères et formidablement efficaces. Donc de comparer le risque climatique avec ce qui est considéré comme un risque économique, social et géopolitique majeur qui résulterait de cette privation.* »

### LES APPORTS

A partir d'un développement et d'une amélioration des divers moyens de mesure, il a été

possible d'arriver à des conclusions reconnues comme très fiables et donc les principaux apports du GIEC sont simples, multiples et concordants : l'influence humaine sur le climat est dorénavant un fait établi, la somme de la fonte des glaces et de l'expansion thermique de l'eau correspond à la hausse du niveau marin observée, depuis le début du XIXe siècle, la température planétaire moyenne de la décennie 2011-2020 est plus élevée de 1,09°C et de 1,59°C sur tous les continents que durant la période 1850-1900, l'effet de serre s'intensifie, les émissions de CO2 anthropiques sont passées d'environ 2 milliards de tonne de carbone par an en 1920 à près de 12 milliards de tonnes de carbone par an en 2020, multiplication correspondant à la combustion du charbon, du pétrole et du gaz fossile, le niveau marin mondial a augmenté de 20 cm entre 1901 et 2018 et le rythme s'accélère, la montée du niveau marin a été de 1,9 mm de 1901 à 1971, puis de 1,9 mm/an entre 1971 et 2006 et elle est passée à 3,7 mm/an entre 2006 et 2018...les chaleurs extrêmes et les canicules sont plus fréquentes et plus intenses, la proportion des cyclones plus intenses a augmenté avec un risque augmenté de combinaison d'événements extrêmes (sécheresse, incendie, inondations...).

Issus de ce constat, le rapport présente ensuite divers scénarios et les moyens à adopter pour éviter les conséquences humaines de ces divers scénarios : à lire donc. ■

## A VA IMPOSER DE QUITTER LES LITTORAUX

Un livre écrit par 4 ingénieurs (dont 3 agronomes (l'un spécialisé en aquaculture, un autre étant de plus sociologue) et un des ponts, des eaux et des forêts, envisage les conséquences de la montée du niveau de la mer selon divers scénarios relatifs

aux diverses hypothèses de réchauffement climatique. Il rapporte aussi les positionnements des communautés face à ces scénarios (dénaturation, fragmentation persistante, adaptation du littoral) et les expériences de trois régions (Nouvelle-Aquitaine, Pays-Bas et Vietnam).

### LE CONSTAT

Si plusieurs scénarios d'amplitude de réchauffement climatique existent, le pire faisant état d'un réchauffement moyen de plus 4°C d'ici à 2100, plusieurs données constituent des faits : la mer monte en moyenne de 3 mm par an de-



# LES SCÉNARIOS



puis 1993, ce phénomène est en accélération, on identifie assez bien les causes et leurs importances respectives mais on ne sait pas bien ce qui se passe à l'échelle locale. Ainsi, en 2100 par rapport à 2020, l'augmentation du niveau de la mer oscillera entre 50 cm (très probable et sérieux) et 200 cm (moins probable, mais possible et extrême).

Le problème est que dans tous les pays du monde, il existe une forte densité de population sur les littoraux et plus encore une migration constante de l'intérieur des terres vers les littoraux, souvent permanente, parfois transitoire (tourisme).

## LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

En partant d'un scénario plausible d'augmentation moyenne du niveau de la mer de 30 cm en 2050 et de 100 cm en 2100, il est possible de prédire que le trait de côte du littoral aquitain reculera en 2050 en moyenne de 27 mètres sur la côte rocheuse et de 50 mètres sur la côte sableuse et il pourra parfois s'y ajouter des reculs brutaux de l'ordre de 25 mètres lors de tempêtes. Les conséquences seront aussi sensibles au-delà du trait de côtes par la réduction des débits solides et liquides des bassins versants, notamment dans la Gironde.

Outre l'inondation directe, la salinisation des terres s'accompagnera d'une diminution des surfaces agricoles (finis les vins de Bordeaux) et forestières dans l'arrière-pays, ce dernier étant soumis à un mitage et une artificialisation compromettant les capacités de résilience et d'adaptation des espaces naturels, agricoles et forestiers.

## LES CONSÉQUENCES POTENTIELLES DE LA MONTÉE DE LA MER

On survivra à ce phénomène mais il aura de profondes conséquences sociales et économiques. Outre la perte d'une partie des terres agricoles et de leurs productions, il y aura une migration vers l'intérieur des terres avec des conflits potentiels. Il y a aura une perte de l'immobilier littoral dont il est difficile de prévoir comment il serait compensé. Ceci pourra en partie dépendre des qualifications juridiques de ces pertes, auquel cas, l'indemnisation pourrait venir des assurances ou de l'Etat, mais les sommes en jeu rendent peu probable la possibilité d'une telle indemnisation, sinon, cela passera par « pertes et profits » pour les propriétaires avec des risques de mouvements sociaux ajoutés.

## LES SOLUTIONS

Elles sont générales et locales. La principale solution est générale et consiste à tout faire pour limiter le réchauffement climatique : c'est l'effort de tous les pays.

Aux échelles locales, certaines solutions sont illusoire, comme, par exemple, la construction de digues, car incomplètes, fragiles et surtout, car l'augmentation du niveau de la mer s'accélérait, ces digues dont la construction est longue devront être constamment réhaussées. Il faut donc réfléchir différemment, en observant notamment ce que fait un pays particulièrement menacé, les Pays-Bas, dont un quart de la superficie est situé sous le niveau de la mer et qui a commencé à s'adapter : relocalisation

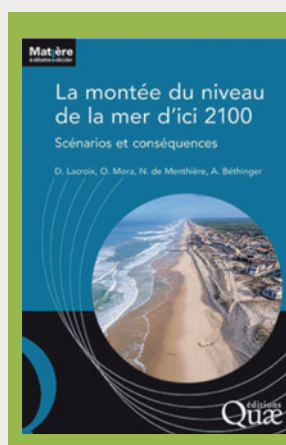
progressive des foyers d'habitation vers l'Est du pays, redéploiement des réseaux de digues et renforcement des dunes naturelles tout en envisageant le développement d'habitats aquatiques. Si les digues sont imparfaites, ce pays a toutefois une tradition de gestion des digues de plusieurs siècles, avec des systèmes de drainage mais aussi de gestion des conflits et une haute culture démocratique.

Les auteurs insistent sur le fait que tout responsable d'aménagement sur un littoral vulnérable doit préparer ses choix en s'appuyant sur trois dimensions : d'abord le temps long, c'est-à-dire l'échelle de plusieurs décennies afin d'anticiper, ensuite le rapport coûts-bénéfices en prenant en compte les services rendus par la nature et enfin, les emboîtements des échelles d'aménagement car une commune littorale s'intègre dans plusieurs systèmes territoriaux, de la communauté de commune jusqu'au bassin versant.

Et de conclure : « *un repli stratégique anticipé, donc mieux ordonné, coûte toujours moins cher qu'un abandon contraint dans l'urgence. La clef de répartition des financements des relocalisations, le rôle des services assurantiels et la coordination des décisions doivent être discutés avec tous les acteurs et suffisamment tôt pour préparer la phase de transition en minimisant les risques de crise et de catastrophe. Toutes ces dynamiques d'adaptation n'ont de sens sur le long terme que si elles sont couplées à des politiques ambitieuses d'atténuation du changement climatique. Ces politiques devront être mises en œuvre tôt ou tard, comme le montrent clairement les scénarios de cette étude* ». ■



**Auteur :** Sylvestre Huet  
**Éditeur :** Tallandier  
**Parution :** 5/01/2023  
**Pagination :** 272 pages  
**Prix broché :** 19,90 €  
**Prix numérique :** 13,99 €



**Auteurs :** Denis Lacroix,  
Olivier Mora,  
Nicolas de Menthère,  
Audrey Bethinger  
**Éditeur :** Quae  
**Parution :** 10/2021  
**Pagination :** 128 pages  
**Prix broché :** 25,00 €

# LA MELANCOLIE

## D'ALBRECHT DÜRER (1471-1528) À LUCAS CRANACH

La gravure d'Albrecht Dürer dénommée *Melencolia I* est énigmatique à plus d'un titre et « égare tout exégète » dans « un dédale d'interprétations »<sup>[1]</sup>. Si « le Moyen-Âge tenait pour plus souhaitable le tempérament sanguin et méprisait la mélancolie, (...) Dürer bouleverse ce schéma saturnien »<sup>[1]</sup>. En arrière-plan et selon un effet de perspective dont Dürer a dit que « *Perspectiva* est un mot latin qui signifie une vue à travers quelque chose » (*Durchsehung*)<sup>[14]</sup>, s'étale un plan d'eau calme qui semble immense dès lors qu'on ne voit ni sa limite à l'horizon ni la rive gauche. En revanche, la rive droite comporte un paysage arboré doté d'une construction fortifiée pouvant faire évoquer le château de Chillon sur le lac Léman<sup>[15]</sup> pourtant assez éloigné de Bâle où le jeune Dürer a séjourné du printemps 1492 à l'automne 1493.

C'est à la fin de son apprentissage de 1486 à 1490 chez le peintre Michel Wolgemut (1434-1519) où il apprit la peinture et la gravure sur bois<sup>[11]</sup>, que son père l'envoya à Colmar pour travailler dans l'atelier de Martin Schongauer (v. 1445/1450-1491). Ce dernier était mort quand arriva le jeune Albrecht qui eut cependant l'occasion d'étudier ses œuvres dans l'atelier familial.<sup>[16]</sup>

C'est ensuite que Dürer se rend à Bâle qui était alors un centre renommé, en particulier en ce qui concernait l'industrie du livre.<sup>[11]</sup> Le jeune artiste en repartira environ dix huit mois plus tard pour Strasbourg puis Nuremberg où il arrive le 18 mai 1494 pour se marier et ouvrir son propre atelier. Si Dürer n'a pas contemplé le lac Léman il est probable qu'il ait pu en voir des illustrations.

Dans la gravure qui nous intéresse, « savamment orchestrée (...) et dont la texture des diverses matières est finement différenciée »,<sup>[8]</sup> une vision de la mer<sup>[14]</sup> ne peut être exclue mais il semble plus vraisemblable qu'il s'agisse d'un lac dont les eaux calmes peuvent être trompeuses à l'instar d'un loch écossais d'où peut sortir un monstre antédiluvien. Dürer qui, « comme tous ses contem-

porains, s'adonne à l'astrologie »,<sup>[1]</sup> nous montre au dessus du lac, et se reflétant en partie dans l'eau, un arc en ciel surplombant un astre céleste qui semble avoir tous les critères requis pour ressembler à une comète<sup>[8]</sup> et en particulier à celle que Dürer a pu voir de décembre 1513 au 20 janvier 1514. Les gens ont pu lui attribuer alors une fâcheuse valeur prédictive, susceptible d'annoncer sinon la fin des temps, du moins des calamités.

La comète de Dürer semble plonger vers la partie droite de l'horizon et est dotée non seulement d'une queue caractéristique mais elle génère un intense rayonnement de telle sorte que le ciel est entièrement strié de rayons centrifuges, ce qui a pu faire dire qu'« il y donc un ciel de Dürer ».<sup>[14]</sup>

On peut y voir une chauve-souris, « animal hybride et nocturne perçu comme maudit dès l'Antiquité romaine (Ovide) »<sup>[18]</sup> qui, dans le cas présent, est curieusement dotée d'une queue de serpent, un peu comme la signature de Lucas Cranach l'Ancien (1472-1553) avec son corps de serpent surmonté d'ailes de chauves-souris et qui se replieront en signe de deuil après la mort de son fils aîné.

Chez Dürer, la chauve-souris qui « dans l'Occident chrétien est associée au diable »<sup>[18]</sup> a les ailes déployées et la face interne fait apparaître une banderole, un phylactère<sup>[8]</sup> portant l'inscription *MELENCOLIA* suivie d'un sigle mal défini. Il peut s'agir d'une simple arabesque décorative ou du diagramme combinant deux S (*signum sectionis*) lui-même suivi d'un I sans qu'on sache vraiment s'il s'agit du chiffre 1 suggérant le premier d'une série (?) qui n'a pas eu lieu ou du i qui pourrait dire « mélancolie va-t'en ! »<sup>[13]</sup> si l'on considère la voyelle i en tant que première lettre de ire, impératif du verbe eo (aller, marcher, s'avancer).<sup>[1]</sup> Il pourrait aussi s'agir de la première lettre de *Imaginatio*,<sup>[19]</sup> c'est-à-dire la faculté qu'a l'esprit humain de se représenter ou de former des images avec ses limites face à l'ordre divin.<sup>[8]</sup>

La référence à Lucas Cranach l'Ancien n'est pas fortuite si l'on considère qu'il s'inspire de Dürer, seulement âgé d'un an de plus, pour faire plusieurs peintures (huiles sur bois) sur le même thème et visibles en particulier au musée Unterlinden de Colmar, au Statens Museum for Kunst de Copenhague et au musée d'Edinbourg.

A cette époque en 1532, c'est-à-dire bien après l'œuvre de Dürer (1514), Cranach, certes influencé par Dürer qui avait rapporté d'Italie son goût de la « peinture savante »,<sup>[13]</sup> est également influencé par Luther (1483-1546) qui condamnait, dans ses prêches, la mélancolie comme étant d'inspiration satanique.

Cranach, ami de Luther, a pu être influencé en ce sens alors même qu'un autre proche de Luther, l'humaniste Philip Melancton (1497-1560) relatera la « *generosissima melencolia Dureri* ». <sup>[13]</sup> Il semble que Dürer ait été assez favorable à la Réforme protestante qui s'établit à Nuremberg en 1525 mais il s'opposera à la doctrine iconoclaste.

Chez ce « maître du fantastique »<sup>[11]</sup> qu'est Dürer, le personnage principal est une « figure féminine ailée d'humeur sombre »<sup>[8]</sup> une sorte d'ange doté d'une paire d'ailes emblématiques comme cette « Anglaise, blanche et chaste figure aérienne, descendue des nuages d'Ossian (et) qui ressemblait à un ange de mélancolie » (*La Peau de chagrin*).

La jeune femme qui incarne le « génie ailé »<sup>[8]</sup> semble songeuse, « la joue dans sa main, le coude sur le genou, dans cette attitude fatale et familière à tout ce qui est triste (...) sa tête mélancolique rendue plus mélancolique par ses cheveux » (*Barbey d'Aureville*) selon « l'attitude traditionnelle de la mélancolie »,<sup>[8]</sup> la « limpidité, l'acuité du regard »<sup>[1]</sup> noir hors champ contrastant fortement avec le blanc des yeux. Ceci souligne « la perplexité de la Mélancolie, égarée parmi ses outils, compas et autres ». <sup>[1]</sup>



H (1472–1553) – 2<sup>e</sup> PARTIE

Melencolia I (1514) par Albrecht Dürer (1471- 1528).  
Gravure par burin sur cuivre - Musée Condé.

Chez Cranach l'ange est érotisé, la peinture à l'huile permettant de souligner la beauté de la robe qui, sur le fond, n'a rien à envier à celle de Dürer. Chez Cranach le corsage pigeonnant est avantageux et le regard coquin. Une jeune femme aux yeux en amande si caractéristiques du peintre, est chaussée de ballerines proches des chaussures alors en vogue à bout carré dites en « pattes d'ours ». Elle fait en sorte d'aiguiser un bâton à connotation triviale, voire phallique ou vide

de sens à moins qu'elle ne s'efforce de chasser les mauvais esprits situés entre le bois et l'écorce... avec les douze copeaux à ses pieds.<sup>[19]</sup>

En cette période où, après qu'il y soit allé en 1510, Martin Luther (1483-1546) exècre les turpitudes de la Rome des Borgia, la nouvelle Babylone, patrie de l'Antéchrist et Grande Prostituée, il n'est pas surprenant que chez Cranach le sacrilège et le blasphème ne soient pas très loin et que son ange ait

quelque chose de Marie-Madeleine dont les cheveux longs et dénoués symbolisent son repentir et sa pénitence.

Dans la gravure dénommée Melencolia I, Dürer a « le compas dans l'œil »<sup>[1]</sup> de telle sorte que l'ange a un livre fermé sur ses genoux et tient de la main droite un compas susceptible de symboliser la rigueur, la tempérance mais aussi le compagnonnage et l'architecture. Ceci est conforme à « la valeur antique de Vitruve redécouverte par le Traité des perspectives, qui inscrit le désordre apparent du monde dans les compas de la géométrie, honorant le projet du Grand Architecte, et dont les outils sont à disposition dans l'atelier de la Mélancolie.<sup>[1]</sup>

On peut mesurer l'angle d'ouverture du compas à 30 degrés de façon relative car il ne se situe pas dans le plan frontal au quel cas son ouverture estimée serait plutôt de l'ordre de 50° et la prolongation en ligne droite de la jambe droite du compas aboutit à l'angle inféro-droit de la gravure de même qu'une droite tracée à partir de l'un des bords du polyèdre.

Ce compas semble être une invite à s'en servir de telle sorte qu'au moins un cercle peut être tracé de façon tangentielle à la sphère symbolisant le globe terrestre et la circonférence passe alors par les courbures des têtes du putto et de l'ange.

C'est d'ailleurs au-dessus de la tête de l'ange, que le temps a « suspendu son vol » (Lamartine) puisqu'entre une balance en équilibre suggérant le Jugement dernier et une cloche statique avec son battant en position médiane, est représenté un sablier avec ses deux bulbes également remplis alors qu'un filet de sable est figé pour l'éternité.

En outre, juste au dessus du sablier existe un cadran solaire dont le gnomon est dépourvu d'ombre alors même que celle du sablier est projetée sur le mur. Où s'arrête l'omission et où commence l'énigme ? ■

Retrouvez les références et la bibliographie sur notre site [lecardiologue.com](http://lecardiologue.com)





# RIESLING «EN PARADIS» 2021 DOMAINE DES POTHIERES

Du Riesling sur les contreforts du Massif Central ? Incroyable mais vrai ! Romain Paire fit le pari un peu fou d'en planter en Côtes Roannaises près des sources de la Loire.



Domaine des Pothiers

Le domaine des Pothiers, situé sur la commune de Villemontais dans la partie sud de l'appellation, est exploité depuis des siècles, d'abord consacré à l'élevage bovin, puis de plus en plus orienté vers la viticulture. En 1916, après le décès au combat de Blaise Pothier, le domaine est repris par sa sœur et son mari, Claude Paire. En 1949, Benoît Paire, leur fils, hérite de l'exploitation, qui ne compte plus que deux hectares de vignes et vit principalement de l'élevage, commence à le moderniser. Le petit-fils, Romain, reprend l'exploitation en 2005. Les plantations s'étendent, le cuvage est amélioré et il se tourne vers la culture biologique, puis biodynamique. Aujourd'hui, le domaine qui compte une dizaine d'ha de vignes, est devenu principalement viticole, même s'il conserve un petit élevage de vaches limousines.

Roanne était surtout connue pour sa production textile et le célèbre restaurant des frères Troisgros qui, dès 1978, avait mis en lumière les vins de la Côte Roannaise qui ne décrochent que tardivement leur AOC en 1994, et ce pour une seule appellation, le rouge du gamay Saint-Romain (c'est pourquoi les blancs sont classés en IGP : indication géographique protégée).

Située entre les monts de la Madeleine et la Loire, la Côte Roannaise s'appuie sur ces monts qui la protègent des vents d'ouest et limitent les gelées printanières en constituant un des contreforts du Massif Central. Le climat est continental fait d'hivers froids et d'étés chauds. Le vignoble de 200 ha au total

est implanté sur des coteaux, dont l'altitude varie entre 350 et 600 mètres. Les sols sont granitiques, fort favorables au gamay.

## CULTIVÉES EN BIODYNAMIE

Les vignes du domaine des Pothiers, plantées à une densité de 5 000 pieds/ha, sont cultivées en biodynamie. L'utilisation d'engrais verts (bouse et silice de corne, achillée, prêle, consoude) alterne avec le travail du sol qui est labouré sous les ceps, afin de favoriser un enracinement en profondeur. La fertilisation se fait uniquement avec du compost issu de leur élevage. La taille courte alliée aux travaux en vert (ébourgeonnage, effeuillage, palissage) permettent une maîtrise des rendements et une aération optimale des grappes, pour obtenir une maturité élevée, et ainsi une remarquable qualité du raisin. Toute la récolte est vendangée manuellement, ce qui permet d'affiner le tri et de vinifier des raisins irréprochables.

La vinification est la plus naturelle possible. Les vendanges sont encuvées, égrappées ou non suivant les cuvées. La fermentation commence grâce aux levures indigènes du raisin. L'extraction se fait en douceur. Pour le Riesling, l'élevage en cuve béton s'étend sur 11 mois.

Les sols granitiques conviennent à merveille

aux cuvées rouges de gamay Saint-Romain de Romain Paire, références et fers de lance de l'AOC Côtes Roannaises. Mais ce vigneron excelle également dans les blancs. Les parcelles les plus argileuses sont consacrées au charonnay et les plus granitiques au pinot gris, et surtout au riesling (espèce d'OVNI dans l'appellation) qui ne représente que 15 % de l'encépagement en blanc du domaine.

Le riesling « En Paradis » 2021 du domaine des Pothiers, paré d'une robe cristalline, brillante, jaune paille avec des nuances vertes, exhale, malgré sa jeunesse, des senteurs de fleurs blanches : acacia, iris, de fruits : citron frais, zeste de pamplemousse, ananas. Éléphant et raffiné, de texture à la fois séveuse et miellée, il se prolonge sur une finale savoureuse légèrement sucrée qui, compte-tenu d'une certaine acidité, est à peine perceptible. Malgré le terroir granitique et le cépage, la minéralité est peu présente, peut-être en raison de sa jeunesse, et pourrait s'affirmer avec l'âge.

Les accords avec ce riesling « volcanique » et les mets sont difficiles. Je pense d'emblée aux poissons en premier lieu d'eau douce : truite aux amandes et au bleu, sandre, dont la chair délicate et fine, est mise en relief par la propre finesse du vin, omble chevalier et

sauce persil. Je proposerais volontiers de marier ce vin avec des préparations légumières : gratin de potimarron, betterave au fromage de chèvre, cake salé aux légumes, et par accord régional

de proximité : aligot de l'Aubrac, pounti aux pruneaux. Bien-sûr, les fromages auvergnats : cantal et salers vieillis, saint-nectaire lui feront honneur.

L'audace est récompensée, car l'arrivée du dernier-né du domaine : le riesling en Côtes Roannaises est un réel succès et enrichit incontestablement la gamme déjà bien fournie des cuvées de Romain Paire. ■

**IGP URFÉ.**

**Romain Paire 42156 Villemontais**

« Le meilleur vin n'est pas nécessairement le plus cher mais celui que l'on partage »

François Rabelais

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





ILS COMPTENT POUR MOI...

... JE COMPTE SUR LUI.

Cosimprel®

Fumarate de

1<sup>re</sup> 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.<sup>1</sup>

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

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

