

FICHE MÉTHODE

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°453 – JUILLET-AOÛT 2023

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

TOUT SAVOIR SUR LE LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE

**ACTU DÉCODÉE**

LE RAPPORT CHARGES ET PRODUITS DE L'ASSURANCE-MALADIE

**NOMENCLATURE**

CONTENTIEUX AVEC L'ASSURANCE-MALADIE...

**SYNDICATS
REPRÉSENTATIFS**

FICHE 3 : FMF - FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE FRANCE

**LA PAGE DU CNCF**

RECOMMANDATIONS POUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE DES PATIENTS DEVANT AVOIR UNE CHIRURGIE NON-CARDIAQUE

4 L'ACTU DÉCODÉE

Le rapport charges et produits de l'Assurance-maladie

9 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS...

Fiche 3 : FMF - Fédération des médecins de France

10 NOMENCLATURE

Contentieux avec l'Assurance-maladie...

Cahier central
détaché

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

TOUT SAVOIR SUR LE LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE

LES 4 AXES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ.....	II	LA VAGUE 2 DU SÉCUR NUMÉRIQUE.....	V
LES PARTIES PRENANTES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ.....	II	LE RÉFÉRENCIEMENT SÉCUR : UNE MISE À NIVEAU LOGICIELLE.....	V
LE BILAN 2019-2022.....	III	LES FONCTIONNALITÉS APPORTÉES PAR UN LGC SÉCUR.....	VI
LA FEUILLE DE ROUTE 2023-2027.....	IV	FINANCEMENT POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	VI
LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE : UN PROGRAMME NATIONAL SOUTENU PAR L'UNION EUROPÉENNE.....	V	CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES FINANCEMENTS.....	VII
		EN RÉSUMÉ.....	VIII

13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale
*11^e partie : comment prendre en compte l'effet placebo
pour évaluer l'efficacité d'un traitement ?*

14 LA PAGE DU CNCF

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge
cardiovasculaire Des patients devant avoir une chirurgie non-
cardiaque – Cas particuliers : l'information et la fragilité

16 MAGAZINE

Yinyi Aligant
stock.adobe.com



HIGHTECH 16
L'intelligence artificielle passé,
présent et avenir



ART&CULTURE 20
La Mélancolie
d'Albrecht Dürer - 3^e partie

DR



CULTURE LIVRE 18
Deux livres pédagogiques



ESPACE VIN 22
Côtes d'Auvergne Boudes
Cuvée prestige V.v. 2021

23 LES PETITES ANNONCES



RawPixel - Depositphotos / Fotolia / Deed Mazay - Pascal Wolff

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 : Cardiologie Presse/Pascal Wolff/

Fotolia/Phovoir/depositphotos

ABONNEMENT

Gestion des abonnements :

Syndicat national des cardiologues

13, rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10

Email : contact@sncardiologues.fr

TARIF 2022 – 1 an, 6 numéros

France : 160 €

CEE (hors France) : 180 €

Tout autre pays : 275 €

Prix « Spécial adhérent » au syndicat, à jour de

cotisation : 80 €

Prix unitaire : 20 €

Adhérent au SPEPS.

Mensuel réservé au corps médical

Impression : Imprimerie Tanghe

Boulevard Industriel 20

B-7780 Comines - Belgique

Dépôt légal : à parution

Commission paritaire : 0124 G 81182

ISSN : 0769-0819

Recommandations importantes (dépôts des manuscrits)

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

Nos activités personnelles – jusqu'aux plus intimes – sont de plus en plus facilitées ou même régies par des applications numériques. Il en va de même en cardiologie : imagerie tridimensionnelle échographique, reconstruction des images de scanner ou d'IRM, logiciel de strain, interprétation des holters, recours à un système de cartographie pour l'ablation, modélisation des actions du chirurgien avant de les implémenter dans un système robotique, télésurveillance des patients, recherche bibliographique, publication via des bases de données... : notre activité professionnelle s'appuie tous les jours sur l'utilisation du numérique, des big datas et de puissants calculs d'algorithmes.

Paradoxalement, la situation est restée figée dans l'activité clinique au quotidien, par exemple pour la prise de rendez-vous, l'échange sécurisé d'informations, la dématérialisation des prescriptions, l'aide à la décision.

Le Ségur du numérique a impulsé une dynamique nouvelle en imposant un cahier des charges aux éditeurs de logiciel, en créant l'espace numérique de santé pour chaque patient et en imposant une interopérabilité pour les messageries sécurisées et les applications en santé. Résultat : un gain de temps pour récupérer des comptes-rendus hospitaliers ou les bilans biologiques ou pour obtenir des éléments médicaux quand un patient arrive les mains vides. Ce n'est pas fini. Demain avec *Pro Santé Connect*, la e-CPS et



LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ, LE TEMPS DES PARADOXES

Vincent Pradeau

Président du Syndicat national des cardiologues

la e-Carte vitale permettront de dématérialiser les prescriptions. Ces évolutions induisent souvent une nouvelle organisation au sein des cabinets. Des formations dédiées seront organisées par FormatCœur au dernier trimestre.

Une révolution plus profonde approche, avec par exemple l'expérimentation menée par Google sur un robot conversationnel intelligent dont l'une des premières applications est de renseigner et orienter au mieux les patients. Cela ouvre des applications rapides dans la gestion et la prise de rendez-vous. *Nabla*, un assistant pour la consultation, permet de la transcrire et de générer automatiquement le compte-rendu sans approcher d'un clavier. Idem pour les examens complémentaires. De nombreux éditeurs de logiciels travaillent sur un vrai système expert d'aide à la décision, etc. La commission numérique du SNC assure une veille constante sur ces champs pour que les cardiologues puissent être les premiers informés de ces nouveautés.

Avec l'effervescence du numérique en santé, la valeur ajoutée médicale résidera plus que jamais dans la prise de décision et la responsabilité qui en découle, et dans le rôle de médiation avec le patient. Ce sont ces éléments qui doivent être mis en avant, pas une technologie X qui n'existait pas hier et qui sera obsolète demain. Le reste, c'est de la logistique et « *l'intendance suivra* » aurait dit de Gaulle.

Cardiologiquement & Numériquement Vôtre



LE RAPPORT CHARGES DE L'ASSURANCE



pressmaster

Le 6 juillet dernier, le conseil de la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM) a publié son rapport annuel appelé « Rapport Charges et Produits ». Comme l'année passée, il contient 30 propositions pour améliorer le système de santé. Celles-ci tiennent compte du contexte de sortie de crise et ont pour ambition de répondre aux enjeux mis au grand jour par la crise sanitaire, aussi bien en matière de santé publique que d'accès aux soins. L'insuffisance cardiaque y est notamment abordée.

UN RAPPORT POUR ÉCLAIRER LES DÉBATS À VENIR

Publié chaque année, le rapport « Charges et produits » permet à la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM) de formuler des propositions d'économies pour respecter les objectifs de dépenses d'Assurance-maladie et garantir le maintien d'un système de santé solidaire, performant et soutenable. De plus, elle y formule des propositions destinées à améliorer l'efficacité et la qualité du système de santé, établies à partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales.

Remis au ministre en charge de la santé et aux parlementaires après son adoption par le conseil de la CNAM, le rapport « Charges et produits » éclaire les politiques de santé ainsi

que les débats se déroulant chaque automne dans le cadre de l'adoption du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS, voir *Le Cardiologue* n°443).

LES GRANDS THÈMES DE L'ÉDITION 2023

Le rapport Charges et produits 2023 prévoit la réalisation de 1,265 milliard d'euros (Md€) d'économies en 2024, dans un contexte de sortie de crise et d'amorce de rétablissement des comptes de l'Assurance-maladie dont le déficit est attendu à 8,2 Md€ en 2023.

Il s'agit d'un document de 300 pages, découpé en neuf parties :

1. Panorama du système de santé
2. Approche par pathologie (dont l'insuffisance cardiaque)
3. Approche populationnelle
4. Renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé

5. Analyses sectorielles pour la régulation du système de santé
6. La santé numérique : renforcer l'évaluation pour promouvoir les usages.
7. Prestations en espèces : les indemnités journalières.
8. Efficacité, pertinence, contrôle et lutte contre la fraude.
9. Impacts annuels et pluriannuels des actions de l'Assurance-maladie sur l'Ondam et le respect des objectifs.

LES 30 PROPOSITIONS DE LA CNAM

Approche par pathologie

- 1 Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2.
- 2 Améliorer les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus.
- 3 Ouvrir le remboursement de l'activité physique adaptée (APA).

ES ET PRODUITS E-MALADIE

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN QUELQUES CHIFFRES-CLÉS

68,7 millions
de personnes prises
en charge

Dont →

BÉNÉFICIAIRES PRIS EN CHARGE

Maladies cardiovasculaires	5 294 000
Traitements du risque vasculaire	8 449 000
Diabète	4 172 000

185 milliards €
de remboursés
(+ 10,9% par rapport à 2020)

35% de la population
prise en charge pour pathologie
et/ou traitement chronique
(Pour une dépense moyenne de 4 680 €)

Dont ↓

MALADIES CARDIONEUROVASCULAIRES

19,4 Mds €
(+ 8,6% par rapport à 2020)

CANCERS

22,6 Mds €
(+ 11,5%)

DIABÈTE

9,6 Mds €
(+ 7,0%)

MALADIES PSYCHIATRIQUES

17,5 Mds €
(+ 7,5%)

HOSPITALISATION POUR PRISE EN CHARGE DU COVID-19

2,3 Mds €
(+ 45,3%)

HOSPITALISATIONS PONCTUELLES

39,1 Mds €
(+ 14,3%)

EFFECTIFS ET DENSITÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES

**Hausse continue des effectifs et de la densité
des auxiliaires médicaux et des sages-femmes et stagnation ou diminution
des effectifs et de la densité des professions médicales**

Entre 2000 et 2021, les effectifs d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues ont été multipliés par deux. Ils représentent aujourd'hui 57 % des professionnels de santé libéraux et leur densité a crû.

Sur la même période, les effectifs des médecins et des chirurgiens-dentistes sont restés stables ou ont diminué :

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

52 300 en 2021
(55 460 en 2000)

MÉDECINS SPÉCIALISTES

55 000 en 2021
(54 000 en 2000)
*avec des disparités selon les spécialités
(période observée : 2010-2021)*

DÉMOGRAPHIE EN BAISSÉ

-21% Dermatologues
-19% Gynécologues-obstétriciens
-18% Rhumatologues

DÉMOGRAPHIE EN HAUSSE

+20% Neurologues
+16% Chirurgiens
+8,5% Cardiologues

4 Augmenter l'offre de MonSoutienPsy pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif.

5 Accentuer l'effort de repérage des troubles psychiques chez les jeunes.

Approche populationnelle

6 Investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations pour faire émerger une « génération sans carie ».

7 Déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués.

Organisation des soins

8 Poursuivre la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

9 Mener une campagne nationale d'information des assurés sur le bon usage du système de santé.

10 Assurer la bonne régulation des urgences et des soins non programmés.

11 Limiter la création de centres de soins non programmés.

12 Soutenir et amplifier la diffusion des modèles émergents de financement forfaitaire en ville.

13 Améliorer le suivi et la prise en charge des patients à domicile en formant des binômes médecins-infirmiers.

Analyses sectorielles

14 Maîtriser la financiarisation du système de santé pour protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins.

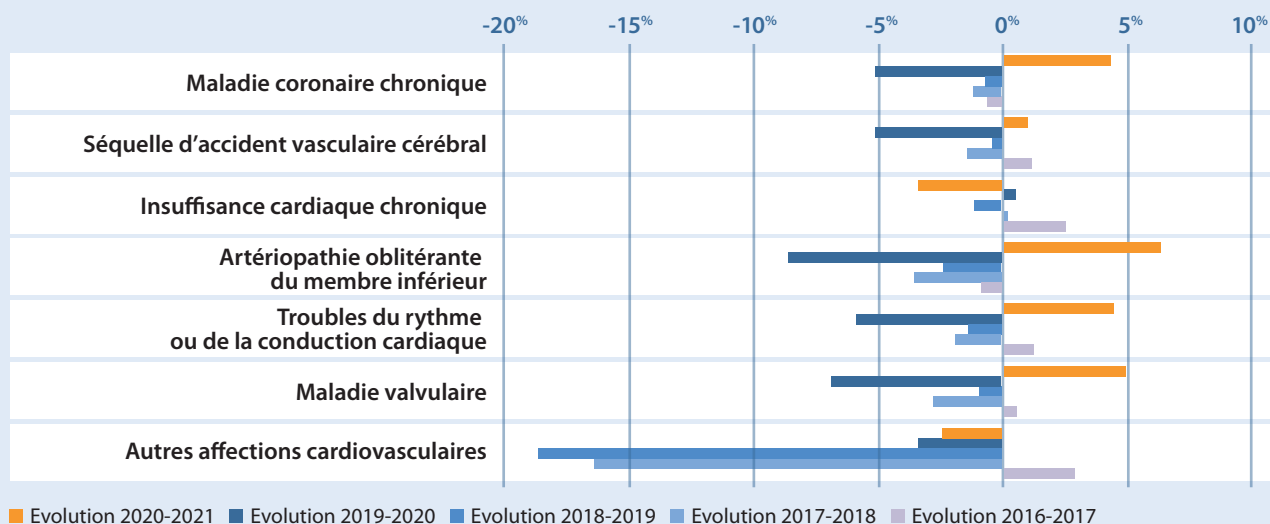
15 Permettre aux femmes souffrant d'une infection urinaire d'avoir un accès rapide et sécurisé à des antibiotiques, directement en pharmacie, sans ordonnance.

16 Renforcer le positionnement du pharmacien comme acteur de santé de proximité et l'expert du médicament.

17 Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France.



TAUX DE CROISSANCE ANNUELS DES EFFECTIFS DE NOUVEAUX PATIENTS Période entre 2016 et 2021 pour chaque maladie cardiovasculaire chronique (tous régimes- France entière)



Cnam - juin 2023

18 Réduire l'impact environnemental des produits de santé.

Santé numérique

- 19** Apposer un « label d'État » aux meilleures applications santé disponibles sur smartphone.
- 20** Stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation.
- 21** Accompagner l'émergence d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques.

Prestations en espèces

22 Déployer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières.

Pertinence, efficacité et lutte contre les fraudes

- 23** Développer massivement le « transport partagé ».
- 24** Atteindre l'objectif de 80 % de taux de pénétration des médicaments biosimilaires.

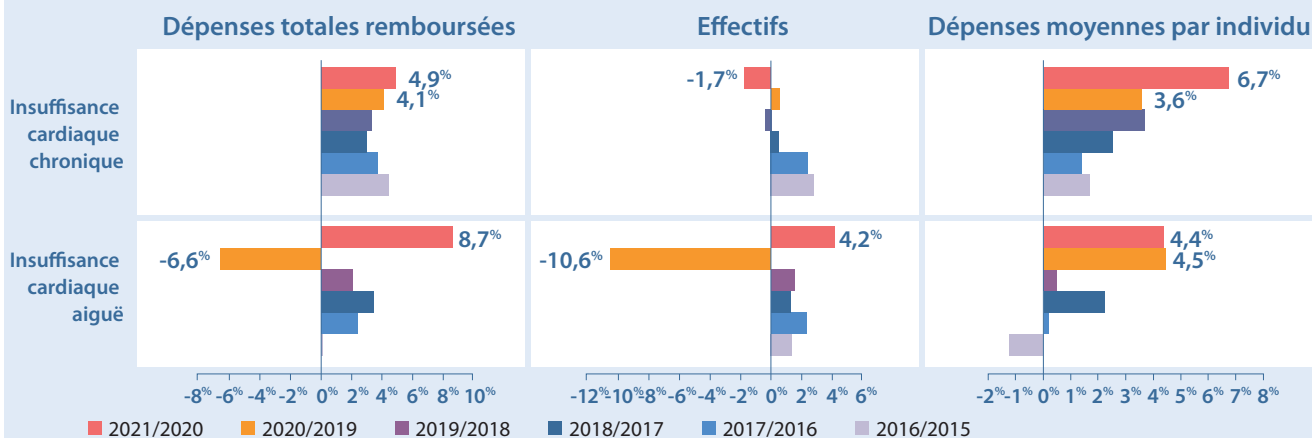
25 Assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments indiqués dans le traitement spécifique de l'obésité et du diabète.

26 Pour les nourrissons et enfants souffrant de reflux gastro-œsophagiens, lutter contre la surprescription de certains médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons) entraînant des effets secondaires infectieux.

27 Mettre en œuvre des actions de contrôle des prescriptions et des délivrances d'audioprothèses.

TAUX DE CROISSANCE ANNUELS DES EFFECTIFS ET DES DÉPENSES

affectées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque entre 2015 et 2021 selon le caractère aigu ou chronique de l'IC (tous régimes- France entière)



Cnam - juillet 2023

28 Renforcer les contrôles en matière de chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et bariatrique.

29 Construire un nouvel accord-cadre triennal avec les représentants de la biologie médicale.

30 Relancer le développement de la chirurgie ambulatoire.

ZOOM SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les maladies cardiovasculaires font partie de la catégorie « Maladies cardioneuromusculaires » qui comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les ac-

idents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque (IC), l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. L'Assurance-maladie distingue les pathologies en phase aiguë et chronique.

De plus, la catégorie « Traitements du risque vasculaire » permet de prendre en compte les personnes sous traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont certaines maladies cardioneuromusculaires, un diabète ou une insuffisance rénale chronique terminale).

L'insuffisance cardiaque : une priorité de santé publique

Le rapport « Charges et produits » consacre une douzaine de pages à l'insuffisance cardiaque, au fil desquelles la Cnam rappelle les enjeux de la prise en charge de l'IC au décours de la pandémie, puis présente les leviers qu'elle mobilise pour optimiser sa prévention et sa prise en charge.

La Société française de cardiologie estime que 400 à 700 000 patients sont atteints d'une insuffisance cardiaque sans que son diagnostic formel n'ait été posé. L'Assurance-maladie souhaite donc amplifier la dynamique de reconnaissance précoce de l'insuf-

Les  Outil'ic
La boîte à outils de l'insuffisance cardiaque

LA RECONNAISSANCE DE LA MOBILISATION DES ACTEURS DE TERRAIN

Le rapport « Charges et produits » a permis à la Cnam de saluer l'engagement des acteurs de terrain face à l'insuffisance cardiaque et de mettre à l'honneur la démarche OUTIL'IC, à laquelle le SNC a fortement contribué.

« La mobilisation des acteurs de soins, du secteur de ville comme des établissements de santé, face aux défis multiples que représentent les pathologies cardiovasculaires et plus particulièrement l'insuffisance cardiaque, est extrêmement dynamique et agile. Nombre de modèles organisationnels de coordination effective des professionnels de santé "en vie réelle" sont créés, en réponse à des problématiques territoriales d'accès et d'efficacité des soins. Un des enjeux est de leur donner une visibilité accrue et favoriser leur partage et portage sur l'ensemble du territoire national. C'est l'objectif de la première édition des Trophées de l'Insuffisance Cardiaque OUTILIC, événement porté par le CNPCV et la SFC, soutenu par l'Assurance-maladie. Ce sont ainsi dix équipes lauréates qui ont été primées par le jury, le 12 mai 2023 à la Cnam, parmi une trentaine d'équipes participantes ayant répondu à l'appel à candidature pour la présentation de projets effectifs contribuant à atténuer des points de rupture de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Le dépistage, l'annonce de la maladie puis des points clés de la prise en charge (par exemple l'expertise hospitalière, le dépistage et traitement de la carence martiale, le suivi pluriprofessionnel

adapté à la sévérité des patients...) et de la coordination des effecteurs de soins (gestion de la transition de la sortie d'hospitalisation, mobilisation de l'HDJ et de l'HAD) sont parmi les thématiques abordées dans les initiatives primées.

Véritable "boîte à outils", accessible notamment sur le site du CNPCV (www.cnpcv.org), l'initiative OUTILIC s'inscrit ainsi dans une démarche globale de fédération des professionnels de santé, partenaires institutionnels, patients et représentants associatifs autour d'un objectif de structuration des filières de soins pour les pathologies cardiovasculaires, avec une articulation des équipes de soins primaires avec le second recours, sur le modèle structurant des futures équipes de soins spécialisées en cardiologie (ESSC) avec l'implication des nouveaux métiers (infirmiers de pratique avancée, infirmiers formés aux protocoles de coopération, infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) et la mobilisation des outils de télémédecine et de partage de l'information. »

Réalisées par la société Ethicare, organisateur des Trophées, les boîtes à outils sont disponibles sur le site du CNPCV :

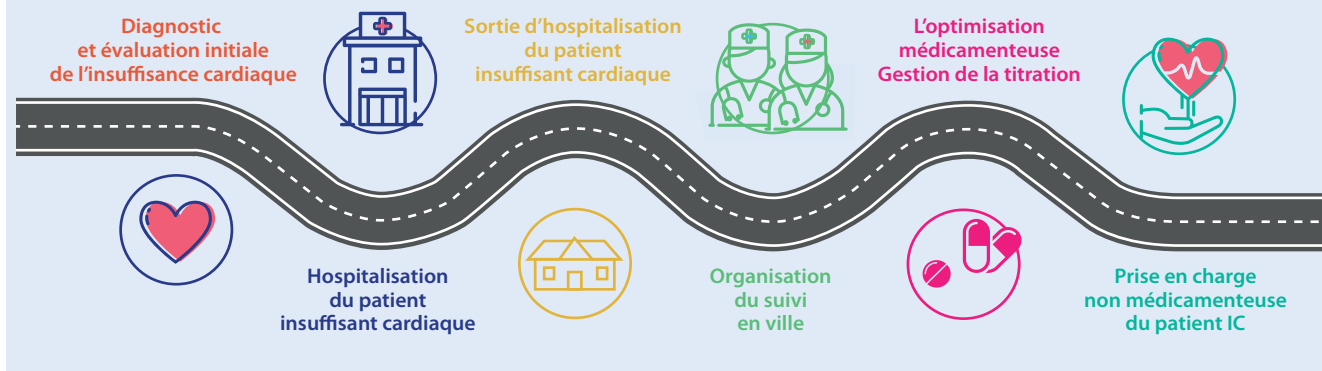
cnpcv.org/index.php/le_cnpcv/travaux-en-cours

Devant le succès de la démarche, une édition 2024 est d'ores et déjà en cours de préparation. Contactez le SNC pour plus d'information !



POINTS CRITIQUES DANS LE PARCOURS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques est jalonné de points critiques qui, s'ils ne sont pas appréhendés de façon optimale, sont susceptibles d'entraîner une décompensation de la pathologie avec un impact péjoratif sur la morbidité et la mortalité.



finisance cardiaque aiguë ou décompensée et de favoriser le maintien de la stabilité clinique au long cours afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Trois axes sont privilégiés pour parvenir à cet objectif :

- Poursuivre et développer la détection des symptômes de la maladie autour des quatre signes EPOF (essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue) ;
- Engager des actions visant à améliorer les habitudes de vie des patients diagnostiqués via le dispositif de prévention EPON (exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et nutrition) ;
- Renforcer l'accompagnement des équipes de soins et des patients.

Par ailleurs, afin de mieux accompagner les médecins traitants, des supports spécifiques ont été mis à leur disposition fin 2022 :

- un « mémo de diagnostic et prise en charge de l'insuffisance cardiaque », destiné aux médecins généralistes, élaboré avec le Collège national professionnel cardiovasculaire (CNPCV), le CMG et visé par la HAS (étapes cliniques et paracliniques permettant de confirmer le diagnostic d'IC ; modalités d'orientation du patient selon la clinique) ;
- un support informationnel « insuffisance cardiaque : rôle des infirmiers dans la détection et le suivi » à l'attention des

infirmiers libéraux (sensibilisation face à la recherche de signes et de symptômes auprès des patients à risque) ;

- un support d'information à l'attention des pharmaciens, intitulé « insuffisance cardiaque : votre rôle aux côtés des patients » (rappel des points clés épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques liés à l'insuffisance cardiaque ; focus sur le bilan partagé de médication).

En 2023-2024, la Cnam va par ailleurs proposer aux médecins généralistes un profil anonymisé de patientèle à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque.

Cet outil sera présenté au médecin généraliste par un praticien-conseil de la Cnam et lui permettra de prendre connaissance des effectifs de patients qu'il suit présentant une ou plusieurs pathologies connues pour leur responsabilité dans la survenue d'une IC :

- 4 pathologies cardiovasculaires (HTA, maladie des artères coronaires, valvulopathies cardiaques, troubles rythmiques supra-ven-

triculaires, la FA étant la plus fréquente) ;

- 3 pathologies non cardiovasculaires (diabète sucré, BPCO, IRC avancée).

En effet, environ 4 % des patients avec une coronaropathie connue développent une IC chaque année. L'incidence annuelle de l'IC est d'environ 5 % lorsque ces patients sont atteints simultanément de coronaropathie et de diabète et de 9 % lorsqu'ils sont atteints de coronaropathie et aussi d'un trouble du rythme.

Le nouvel outil proposé par la Cnam permettra également d'identifier le nombre de patients IC connus dans la patientèle. Le médecin généraliste sera ainsi sensibilisé au repérage et à l'évaluation des signes « EPOF » lors des consultations de ses patients IC connus et pourra également rechercher une IC asymptomatique ou méconnue parmi ses patients porteurs d'une des pathologies à risque identifiées dont il pourra suivre le parcours de soins en y incluant des indicateurs spécifiques. ■

SE PROCURER LE RAPPORT

Le rapport « Charges et produits » est disponible sur le site de la Cnam, ainsi qu'une synthèse pour avoir une vue d'ensemble rapide de son contenu

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>

FICHE 3 FMF

FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE FRANCE

- Une fédération polycatégorielle créée en 1968 pour représenter les médecins généralistes et spécialistes exerçant en libéral.
- Résultats aux élections URPS 2021 : collège Généralistes : 17,18 % ; collège Spécialistes : 7,5 %.

ORGANISATION DE LA FMF

La Fédération des médecins de France est constituée de 4 grandes branches catégorielles :

- l'Union généraliste regroupe les médecins spécialistes en médecine générale ;
 - l'Union spécialistes regroupe les médecins des spécialités cliniques d'organes et de fonctions ;
 - la FMF-UMEP regroupe les médecins généralistes ou spécialistes à expertise particulière ;
 - la FMF-PTL regroupe les médecins exerçants en plateau technique lourd.
- Par ailleurs, la FMF dispose d'antennes dans 11 des 13 régions métropolitaines ainsi qu'en Martinique.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES ET RÈGLEMENT ARBITRAL

Lors des dernières négociations conventionnelles, les adhérents de la FMF ont rejeté à 97 % le projet de convention proposé par la CNAM. La fédération justifiait ainsi le refus massif d'un projet :

- reflétant une vision comptable plutôt que l'intérêt des concitoyens ;
- ne permettant pas de rattraper l'inflation cumulée des dernières années ;
- créant une médecine à deux vitesses ;
- échouant à rendre attractif l'exercice libéral.

Concernant le règlement arbitral, et comme l'ensemble des syndicats représentatifs, la FMF a remercié l'arbitre pour son écoute et son analyse, mais a jugé le texte final « *terriblement insuffisant pour faire face aux enjeux actuels d'accès aux soins de la population* ». Quoique les mesures contraignantes ou coercitives n'aient pas été retenues (contrat d'engagement territorial), ce règlement ne créera pas de choc d'attractivité :

- aucune mesure favorisant l'installation des jeunes ;
- une revalorisation très insuffisante (1,5 € ne compensant pas l'inflation constatée depuis 2016) ;
- l'absence de valorisation des consultations complexes, pourtant en augmentation.

LES PROPOSITIONS DE LA FMF POUR LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES (OCTOBRE 2022)

- Le rattrapage immédiat de l'inflation pour l'acte de base, préalable obligé à toute négociation (CS et VS à 26 €).
- Revalorisation de tous les actes NGAP et CCAM, en tenant compte de l'inflation.
- Principe de la revalorisation de l'ensemble des actes cliniques et techniques, selon l'inflation.
- L'augmentation significative de l'acte de base à 50 €, pour les médecins secteurs 1 et 2. Il s'agit ici de rattraper la moyenne européenne et de permettre aux cabinets de disposer d'une trésorerie suffisante pour investir, recruter et former.
- Revalorisation de la visite à domicile à 70 € (V) et 100 € (VL).
- Cotation adaptée lors de la prise en charge de nouveaux patients.
- Création d'une consultation longue pour les pathologies complexes.
- Possibilité d'associer des actes NGAP et CCAM pour générer un gain d'efficacité et des économies.
- La reconnaissance de l'expérience des libéraux, acquise au fil de leur carrière afin de valoriser l'expérience professionnelle, la formation continue et l'obtention de diplômes universitaires.
- La suppression du délai de carence de 6 mois entre la parution de la convention au *Journal officiel* et son application.
- L'adaptation de la rémunération à la pratique, pour ne plus avoir d'actes déficitaires.
- Des mesures concernant les radiologues et les biologistes.
- La simplification de la cotation des majorations MRT et SNP pour la prise en charge des soins non programmés.

- La suppression de la régulation préalable par le SAMU.
- La majoration de 20 % de tous les actes CCAM dans les DROM, à l'instar des actes NGAP.
- Le maintien des avantages des avantages conventionnels des médecins exerçants en secteur 1.

ZOOM : RAPPEL : LES ENGAGEMENTS DE LA FMF UNION SPÉCIALISTES LORS DES ÉLECTIONS URPS DE 2021

- **Valoriser le travail des médecins**
 - Hausse de la CS
 - Priorité au paiement à l'acte
 - Cumul des actes techniques et NGAP
 - Ouverture d'un espace de liberté tarifaire pour tous
 - Égalité des rémunérations chirurgicales public-privé
- **Défendre et protéger**
 - Les médecins libéraux grâce à une cellule juridique performante
 - La retraite et la protection sociale
- **Promouvoir et défendre l'indépendance**
 - Liberté d'installation
 - Liberté de prescription
 - Refus du tiers-payant obligatoire
- **Accompagner**
 - Les spécialistes au niveau des territoires dans les dispositifs de soins non programmés
 - Les projets de coordinations entre le premier et le second recours
 - Accès des médecins libéraux aux plateaux techniques lourds ambulatoires
 - Les médecins en établissements devant l'arbitraire des redevances et des contrats.



PLUS D'INFOS...

- fmfpro.org
- fmfpro.org/branches/fmf-us

CONTENTIEUX AVEC L'ASSURANCE-MALADIE...

Un récent sujet d'actualité (l'Assurance-maladie a décidé dernièrement de cibler les médecins prescrivant trop d'arrêts maladie et de façon plus générale, renforcer son dispositif de lutte contre la fraude) nous amène à aborder le sujet complexe du contentieux avec celle-ci ; même si le cardiologue n'est que peu concerné, il peut l'être pour d'autres raisons (activité atypique, erreurs de cotation, dépassements abusifs, etc.) et il nous a semblé utile de rappeler les différentes manières dont les CPAM peuvent vous saisir et comment y répondre.

Nous n'aborderons pas dans ce numéro les mises sous accord préalable (MSAP) et sous objectif de réduction des prescriptions (MSO) qui concernent essentiellement les médecins généralistes.

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Entre erreur, faute, abus ou fraude, existe une gradation qui influera directement sur la manière dont votre CPAM conduira la procédure : la faute répond à un non-respect des obligations conventionnelles, forcément non intentionnelle (par méconnaissance, erreur ou omission) contrairement à la fraude, intentionnelle par nature, commise dans le but d'obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation indu

ou injustifiée causant un préjudice à la caisse (facturations répétées d'actes non réalisés, par exemple).

L'abus provient d'un usage ou d'une pratique excessive, au-delà des niveaux « acceptables » par complaisance (cas de prescription des arrêts de travail), négligence ou ignorance.

LE POINT DE DÉPART : LE CONTRÔLE MÉDICAL D'ACTIVITÉ

Le déclenchement d'un contrôle d'activité procède en général d'un signalement, d'une activité statistiquement atypique, d'une incohérence de facturation d'actes ou encore d'une consigne nationale de la CNAM portant sur une thématique particulière.

Ce contrôle peut être soit systématique (art. L. 227-1 du CSS) portant sur un acte ou un type de prescription à la suite d'une alerte statistique, soit global, portant sur l'ensemble des actes réalisés pour une période d'activité donnée ; le service du contrôle médical a le pouvoir de vérifier la bonne adéquation entre la pratique au regard des règles conventionnelles et des obligations légales et d'apprécier la justification médicale apportée.

Le contrôle se déroule en 3 étapes : la première est la notification

par LRAR au médecin d'une liste de patients que le service médical se réserve d'entendre et/ou d'examiner, suivi du contrôle proprement dit, qui peut s'étaler sur plusieurs semaines voire des mois et porte sur l'analyse des documents détenus par la caisse, mais aussi ceux fournis par le médecin.

Enfin, à l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical notifie à la CPAM et au médecin par LRAR les griefs retenus et ce dernier dispose d'un mois pour être entendu (principe de respect du contradictoire et des droits de la défense) ; un compte rendu d'entretien lui est adressé dans les 15 jours qui suivent et il dispose de 15 jours à la date de réception pour formuler ses éventuelles réserves et le signer. Passé ce délai, il est considéré comme approuvé.

LES SUITES CONTENTIEUSES

Elles vont dépendre de la nature des manquements, de l'importance du préjudice et du contexte (récidive d'infraction ou non, jurisprudence, contexte local, etc.) sachant que la Caisse dispose de trois mois pour notifier au médecin les griefs retenus et la manière dont elle va conduire la procédure (passé ce délai, elle sera réputée avoir renoncé à poursuivre le médecin contrôlé) :

1- Contentieux du recouvrement de l'indu

À la suite de l'inobservation des règles de tarification, de facturation d'actes et/ou prestations ayant donné à un remboursement non justifié, la nature et le montant des sommes réclamées est précisé par LRAR ainsi que leur date de versement et qu'à défaut de paiement dans les deux mois, une majoration de 10 % sera appliquée. Le mé-

decin dispose d'un mois pour formuler ses remarques par écrit (mais cela ne vaut pas recours ...).

A ce stade, soit il décide de payer, soit il conteste la procédure et saisit la commission de recours amiable dans les deux mois ; ce recours est suspensif et elle a deux mois pour rendre son avis.

2- Procédure disciplinaire devant la section des assurances sociales et/ou devant la Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre

Elle concerne les fautes, abus ou fraudes dont le caractère répétitif et intentionnel est démontré, dans l'exercice de la profession sur des faits remontant jusqu'à trois ans. Les sanctions prononcées peuvent aller de l'avertissement, blâme, jusqu'à l'interdiction d'exercice (temporaire ou permanente, avec ou sans sursis).

3- Contentieux conventionnel

Provient du non-respect de la convention médicale (dépassements répétés en secteur 1, compléments d'honoraires excessifs en secteur 2, abus du DE, facturations non conformes, non-respect du tiers payant pour les titulaires de la CMU ou de la C2S). À la suite d'un avertissement adressé au médecin, ce dernier dispose d'un mois pour modifier sa pratique ; à défaut, la Caisse lui envoie un relevé de constatations (avec copie à la Commission paritaire locale [CPL]) et il a un mois pour présenter ses observations écrites par LRAR et se faire assister par un confrère ou un avocat.

La CPL rend ensuite un avis consultatif qui sera suivi ou non par le directeur de la Caisse, sous la forme d'une décision exécutoire, précisant les voies et délais de recours ainsi que sa date d'entrée en application, sauf en cas de saisie de la Commission paritaire régionale ou nationale (CPR ou CPN).

Les sanctions vont de la suspension du droit de dépassement (DE et DA) jusqu'à la mise hors convention (avec ou sans sursis, temporaire ou pour la durée de celle-ci) en passant par la suppression de la participation de l'AM aux cotisations sociales (ce qui peut être lourd de conséquences pour un praticien de secteur 1)

4- Contentieux des pénalités financières

En cas de non-respect du Code de la santé publique ou de la Sécurité sociale, de refus de transmettre des pièces justificatives, de discrimi-

nation dans l'accès aux soins, de dépassements abusifs ou de non-fourniture d'un devis, le directeur de la caisse notifie au médecin par LRAR la nature des faits reprochés et le montant de la pénalité financière fixée en fonction de leur gravité, soit proportionnellement, soit forfaitairement dans la limite de 4 plafonds mensuels de la sécurité sociale (PMSS) soit 14 664 €.

Il dispose d'un mois pour être entendu et formaliser ses observations par écrit donnant lieu à l'établissement d'un procès-verbal ; ensuite, le directeur peut décider soit de ne pas poursuivre le médecin, soit lui notifier un avertissement soit saisir la commission des pénalités dans un délai de 15 jours. Cette commission a deux mois pour rendre son avis au directeur qui décide (ou non) de poursuivre la procédure, cette décision pouvant être contestée auprès du tribunal de grande instance avec saisine préalable de la commission de recours amiable.

Attention, la particularité du contentieux est le principe d'indépendance des procédures qui peuvent être simultanées (plainte devant la section des assurances sociales et contentieux conventionnels ou des pénalités financières...) ; il convient d'être vigilant. Toutefois, la loi ESSOC de 2018 a admis un droit à l'erreur pour des actes commis pour la première fois lorsque le médecin est de bonne foi ; il s'en suit un rappel au règlement voire un avertissement.

Cas particulier : la procédure de déconventionnement exceptionnel

Introduite par la convention de 2016, elle permet au directeur de la CPAM (après accord du directeur général de l'UNCAM) de sanctionner le médecin en le mettant hors convention en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles entraînant un préjudice financier pour l'AM dépassant 8 PMSS (soit 29 328 €) ayant justifié le dépôt d'une plainte pénale par la CPAM.

Le décret n° 2020-1465 du 27 novembre 2020 accentue le dispositif en permettant de prononcer en urgence une suspension des effets de la convention pour une période maximale de 3 mois et engager parallèlement une procédure de déconventionnement ; le médecin dispose d'un délai de 8 jours pour demander à être entendu et 15 jours pour formuler ses observations écrites.

EN CONCLUSION

Il ne faut jamais négliger un courrier envoyé par votre Caisse en prélude à une quelconque procédure ; surtout, il est indispensable de garder une trace écrite de tous les échanges, de demander à être

entendu systématiquement et préparer sa défense en se faisant assister d'un confrère syndicaliste, voire d'un avocat spécialisé en droit de la santé. ■

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

TOUT SAVOIR SUR LE LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE

Depuis 2019, le ministère chargé de la Santé porte une stratégie nationale du numérique en santé destinée à accélérer l'échange et le partage des données en s'appuyant sur des documents de référence et des services socles. Le volet « Ségur du numérique en santé » vise à améliorer la prise en charge des patients grâce à la généralisation du partage des données de santé entre professionnels et usagers.



LES 4 AXES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ.....	II	LE RÉFÉRENCIEMENT SÉCUR :	
LES PARTIES PRENANTES		UNE MISE À NIVEAU LOGICIELLE.....	V
DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ.....	II	LES FONCTIONNALITÉS APPORTÉES	
LE BILAN 2019-2022.....	III	PAR UN LGC SÉCUR.....	VI
LA FEUILLE DE ROUTE 2023-2027.....	IV	FINANCEMENT POUR	
LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE :		LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	VI
UN PROGRAMME NATIONAL SOUTENU		CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER	
PAR L'UNION EUROPÉENNE.....	V	DES FINANCEMENTS.....	VII
LA VAGUE 2 DU SÉCUR NUMÉRIQUE.....	V	EN RÉSUMÉ.....	VIII

ACRONYMES

ANS. Agence du numérique en santé

DMP. Dossier médical partagé

HAS. Haute autorité en santé

INS. Identité nationale de santé

LGC. Logiciels de gestion de cabinet

MSS. Messagerie sécurisée de santé

PSC. Pro santé connect

VSM. Volet de synthèse médicale

LES 4 AXES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ



LA PRÉVENTION. Développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé



L'ACCÈS À LA SANTÉ. Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent



LA PRISE EN CHARGE. Dégager du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique



UN CADRE PROPICE. Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé

LES PARTIES PRENANTES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Afin de réussir la transformation numérique du système de santé, l'Etat a choisi de s'appuyer sur les acteurs de chaque secteur pour co-construire une feuille de route. Ces acteurs étaient regroupés en *task forces* rassemblant professionnels de santé, professionnels du médico-social et du social, experts, directeurs de systèmes d'information, représentants institutionnels, fédérations (hôpitaux publics, hôpitaux privés, industriels, etc.) et éditeurs.

Les *task forces* avaient pour mission d'analyser les pratiques, d'identifier les données à échanger ou à partager au sein d'un domaine et avec l'utilisateur pour fluidifier son parcours, d'identifier les freins d'ordre technique, organisationnel, juridique, etc. et les leviers sur lesquels investir pour les lever afin de développer l'usage massif du partage des données.

Onze *task forces* ont été mises en place : hôpital, biologie médicale, radiologie, médecine de ville, officines de ville, médico-social et social, MSSanté opérateurs, service d'accès aux soins (SAS), chirurgiens-dentistes en ville, sages-femmes en ville et, enfin, professions paramédicales en ville.





LA FEUILLE DE ROUTE 2023-2027

Les 4 prochaines années doivent permettre d'accélérer le déploiement des 4 axes de la stratégie nationale du numérique en santé.

(source : ministère de la santé et de la prévention)



PRÉVENTION

Développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé

1. Utiliser Mon espace santé au quotidien pour gérer sa santé
2. Développer une prévention face aux futures crises sanitaires
3. Rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données
4. Accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique en particulier les plus fragiles et les plus vulnérables
5. Faire bénéficier à tous des innovations en santé numérique



PRISE EN CHARGE

Dégager du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique

6. Permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge
7. Améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles dans les outils que les professionnels de santé utilisent au quotidien
8. Déployer le bouquet de services aux professionnels, l'ordonnance numérique et des moyens d'identification sécurisés pour les professionnels de santé
9. Simplifier l'outillage de la coordination locale des parcours de santé
10. Renforcer la formation et l'accompagnement au numérique des professionnels de santé, du médico-social et du social



ACCÈS À LA SANTÉ

Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent

11. Renforcer l'information des patients et des professionnels sur la santé et l'offre de santé dans les territoires
12. Développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique
13. Promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques de régulation médicale et de prise en charge urgente
14. Diffuser largement l'appli carte Vitale et l'identité nationale de santé (INS)



CADRE PROPICE

Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé

15. Renforcer massivement la cyber dans les établissements, notre souveraineté sur l'hébergement et notre résilience face aux futures crises sanitaires
16. Systématiser la coconstruction de référentiels d'exigences, secteur par secteur, en sécurisant la conformité des solutions utilisées par les acteurs de santé
17. Attirer des talents du numérique vers la santé
18. Développer la recherche en santé numérique et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé

(source : ministère de la santé et de la prévention)





LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE : UN PROGRAMME NATIONAL SOUTENU PAR L'UNION EUROPÉENNE

Dans le contexte de la Stratégie nationale de santé et plus particulièrement de la stratégie du numérique en santé, le programme « Ségur du numérique » a été annoncé en juillet 2020.

Il a pour objectif de rattraper le retard de la France en matière de partage des données de santé et a plus précisément pour ambition de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers pour mieux accompagner et soigner ces derniers.

Une triple motivation sous-tend cet objectif

- Mettre les citoyens en capacité d'être acteurs de leur santé grâce à la plateforme « Mon espace santé » ;
- Permettre le partage des informations de santé entre les professionnels et leurs patients ;
- Améliorer le cadre de travail des professionnels de santé et du médico-social.

Soutenu par l'Union européenne, ce programme représente un investissement de 2 milliards d'euros pour soutenir le développement massif et cohérent du numérique en santé en France. Il fixe des objectifs ambitieux et entend accélérer le déploiement du numérique en santé.

Après une vague 1 centrée sur « Mon espace santé », la vague 2 du Ségur numérique permettra de construire le partage fluide et sécurisé des données de santé dans les logiciels des professionnels de santé.

La vague 2 du Ségur numérique permettra à terme

- La consultation facilitée depuis le LGC de l'information contenue dans le profil patient sur « Mon espace santé », en complément de l'accès par navigateur déjà disponible (webPSDMP) ;
- l'intégration facilitée des documents reçus par MSSanté dans le LGC ;
- le renforcement de la sécurité des systèmes d'information, pour le périmètre du LGC ;
- l'amélioration des usages clés de la vague 1 au vu des retours terrain (notamment pour la gestion de l'INS et l'alimentation systématique de « Mon espace santé »).

La vague 2 va étendre

- le périmètre des logiciels concernés (médecins de ville (LGC), établissements de santé (DPI et PFI), biologistes médicaux (SGL), radiologues et médecins nucléaires (RIS) et officines de ville (LGO)).
- le périmètre du Ségur à de nouveaux types de logiciel : diffusion des images médicales (DRIMbox), logiciels des sages-femmes (LGC SF), des chirurgiens-dentistes (LGC CD) et des paramédicaux (LGC Paramédicaux).





LE RÉFÉRENCEMENT SÉGUR : UNE MISE À NIVEAU LOGICIELLE

Des réunions de travail tripartites (éditeurs, médecins et Etat) ont permis de définir les fonctionnalités nécessaires aux logiciels de gestion de cabinet (LGC) et de mettre ensuite en place un dispositif de référencement Ségur pour attester de la conformité des logiciels du marché à ces fonctionnalités. L'agence du numérique en santé (ANS) est chargée de ce référencement.

Les solutions pour lesquelles une demande de référencement a été déposée avant le 15 juin 2022 ouvrent droit au financement de la mise en place de la version référencée. Ce dispositif, appelé *Système Ouvert et Non Sélectif* (SONS) est un financement incitatif proposé par l'État, à l'hôpital et en ville, pour soutenir les professionnels dans la modernisation et la sécurisation des logiciels métiers afin qu'ils soient compatibles et intègrent les exigences portées par le programme Ségur (interopérabilité, sécurité, intégration des services et référentiels socles, etc.).



LES FONCTIONNALITÉS APPORTÉES PAR UN LGC SÉGUR

Pour les médecins de ville, le Ségur du numérique en santé concerne les LGC : dossier patient électronique, prise de RDV et agenda, prescription informatisée des actes et des médicaments, aide à la décision médicale, courriers, échanges avec les autres professionnels de santé...

Les versions référencées Ségur des LGC apportent :

- une ergonomie simplifiée pour utiliser la MSS et alimenter le DMP,
- le dispositif Pro Santé Connect pour une connexion simple ou pour utiliser la e-Prescription unifiée et l'appli carte Vitale ;
- un rapprochement automatique des documents médicaux dans le bon dossier patient grâce à l'INS ;
- une élaboration simplifiée du volet de synthèse médicale grâce à l'aide à la saisie des diagnostics et des médicaments ;
- des échanges facilités et sécurisés avec l'hôpital et les autres professionnels de santé ;
- une meilleure portabilité des données pour récupérer plus facilement les documents de santé des patients.

Si vous n'utilisez pas encore de MSS, vous devez vous doter de boîtes aux lettres adaptées à votre organisation pour transmettre vos documents. Un parcours dédié vous aide à vous orienter.





FINANCEMENT POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Tous les médecins de ville, quelle que soit leur spécialité, exerçant en cabinet libéral peuvent bénéficier du dispositif.

C'est également le cas pour les maisons de santé et les centres de santé médicaux ou polyvalents. Ceux-ci doivent avoir signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures de santé et être à jour de leurs obligations de déclaration d'effectifs auprès de l'Assurance-maladie.



CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES FINANCEMENTS : L'AVENANT 9 (2021)

Les dispositions de l'avenant 9 permettent d'accompagner financièrement les médecins libéraux dans l'usage des outils numériques, au travers du forfait structure :

- **Volet 1 du forfait structure** : depuis cette année (2023), l'utilisation d'un LGC référencé Ségur est un prérequis pour obtenir le versement intégral du forfait structure.
- **Volet 2 du forfait structure** : de nouveaux financements associés à l'usage des services numériques permettent d'obtenir près de 2 000 € de revenus supplémentaires sur 2022-2023 : DMP, MSS dès 2022, e-Préscription et ApCV en 2023
- **Forfait élaboration initiale du volet de synthèse médicale (VSM)** : pour les médecins traitants, financement forfaitaire pour l'élaboration des VSM des patients en ALD avec envoi vers les DMP. Ce forfait peut aller jusqu'à 3 600 € si au moins 90 % des patients ALD disposent d'un VSM dans son DMP, et si au moins un tiers de ces VSM est au format tel que structuré par la HAS.

L'éditeur de LGC reçoit directement le paiement de sa prestation par les pouvoirs publics, sans avance de frais ni de reste à charge pour les médecins, sauf si le LGC n'a pas été mis à jour depuis longtemps. Dans ce cas, il faudra sans doute payer sa remise à niveau avant de pouvoir bénéficier de l'installation de la « version Ségur ».

EN RÉSUMÉ

Le déploiement du numérique en santé a pour objectif final d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des usagers tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Un financement massif est mis en œuvre pour rattraper le retard de la France, avec le soutien de l'Union européenne.

Le projet est piloté au travers d'une démarche de concertation et de co-construction avec tous les acteurs du secteur de la santé.

LES SIX PILIERS POUR LE NUMÉRIQUE EN VILLE

■ Mon Espace Santé

Le successeur du Dossier Médical Partagé (DMP) est destiné à rassembler tous les documents de santé des usagers. Il intègre également un agenda de santé, une messagerie sécurisée de santé (MSS) et un catalogue d'applications référencées. L'usager est le gestionnaire des accès à ses données.

■ MS Santé

La messagerie sécurisée de santé (MSSanté) permet l'échange sécurisé entre les professionnels de santé et entre les professionnels de santé et leurs patients.

■ L'application mobile Carte Vitale

Elle permet l'identification électronique des patients.

■ La généralisation d'une identité nationale de santé (INS)

L'INS permet de fiabiliser l'identité des patients afin de sécuriser les échanges d'information de santé entre professionnels dans le cadre du parcours de soins.

■ La généralisation du dispositif Pro Santé Connect (PSC)

Ce système permet aux professionnels de se connecter avec leur application mobile e-CPS, y compris en mobilité.

■ La dématérialisation du circuit de l'ordonnance

L'objectif est que chaque prescription soit versée dans le DMP pour sécuriser les soins. Cette dématérialisation s'appuie sur les services Assurance-maladie.

Plus d'informations sur : esante.gouv.fr



SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

11^e PARTIE : COMMENT PRENDRE EN COMPTE L'EFFET PLACEBO POUR ÉVALUER L'EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT ?

Si une substance dénuée de principe pharmacologique ou un geste dénué d'action thérapeutique peut induire des effets biologiques ou cliniques dénommés effet placebo, comment savoir que l'effet observé résulte ou non d'un effet placebo lorsqu'on administre une substance ou que l'on effectue un geste supposé thérapeutique ? En d'autres termes, comment savoir si un traitement proposé exerce une efficacité thérapeutique spécifique ?

L'effet placebo est un des éléments majeurs à envisager lorsque l'on souhaite répondre à une question essentielle en médecine : dès lors que l'effet placebo est démontré et qu'il correspond à une réalité cérébrale, biologique et psychologique comment savoir qu'un traitement est spécifiquement efficace, c'est-à-dire au-delà d'un effet placebo ?

Comment prendre en compte l'effet placebo dans l'évaluation de l'effet pharmacologique d'un traitement ?

La réponse à cette question est venue pour partie du fait que l'effet placebo a des composantes psychologiques (comme l'attente qu'a le patient pour une prise en charge thérapeutique) et sociologique (comme la relation médecin-patient et notamment la conviction du bien-fondé de son action par le médecin). Il fallait donc trouver un moyen expérimental de faire en sorte de rendre inopérantes ces composantes dans l'évaluation d'un candidat-traitement.

Le moyen trouvé est ce que l'on appelle, dans la conduite d'un essai thérapeutique contrôlé (ETC), la procédure de double aveugle. C'est-à-dire que lorsqu'une cohorte est divisée en deux parties en tout point similaires par la randomisation aléatoire afin que l'une reçoive le candidat-traitement en évaluation et l'autre le placebo (en l'absence de traitement de référence), ni le sujet de l'expérience, c'est-à-dire le patient, ni le médecin ou l'équipe soignante, ne doit savoir ce que reçoit réellement le patient. L'un, le patient, et l'autre, le médecin, sont ainsi comme aveugles par rapport à la procédure en cours chez un patient donné, c'est le double aveugle.

Ainsi, tant le médecin que le patient nourriront la même attente envers ce qui sera réellement reçu par le patient (candidat-traitement ou placebo) et le médecin administrera avec la même conviction, ou la même absence de conviction, le placebo ou le candidat-traitement en évaluation.

Des paradoxes apparents

Ce principe peut paraître paradoxal à plusieurs titres, le rendant parfois difficile à admettre par les médecins et les patients comme l'a illustré l'utilisation non validée de l'hydroxychloroquine dans la prise en charge de la Covid-19.

Un premier paradoxe est de devoir tenir compte dans l'évaluation d'un effet thérapeutique d'un paramètre pouvant y contribuer et pour lequel il n'y a pas d'explication rationnelle satisfaisante.

Un autre est d'accepter de « traiter » des personnes malades par un placebo, c'est-à-dire, par des substances dénuées de principe actif. Mais c'est parce que l'on évalue en comparaison, un candidat-traitement que l'on fait cela, afin de savoir si la substance pharmacologique qu'il contient exerce un effet différent de celui d'un placebo et si possible dans un sens favorable.

L'ETC n'est pas un protocole de soins, mais un protocole expérimental destiné à évaluer la pertinence d'un soin proposable. Et, tant les investigateurs que les patients inclus en ont préalablement accepté le principe concrétisé pour ces derniers par la signature d'un consentement éclairé.

Autre paradoxe, dans la vie de tous les jours, tant le patient que le médecin savent pour l'un qu'il reçoit et pour l'autre qu'il prescrit un traitement donné. De ce fait, l'ETC est parfois envisagé comme déconnecté de la réalité, « hors sol », et donc non valide, voire non éthique. Mais comme il est dit, il s'agit non pas d'un protocole de soins, mais d'un modèle expérimental destiné à vérifier l'efficacité intrinsèque d'un candidat-traitement. Ce qui est non éthique et « hors sol » est de proposer ce candidat-traitement à des patients sans savoir s'il n'a pas plus d'effet qu'un placebo, voire s'il n'est pas nocif.

Vu la quantité de moyens mis en œuvre et la réponse attendue d'une telle étude, une pratique en phase avec la « vie réelle » est donc moins éthique que la conduite correcte d'un ETC en double aveugle.

Synthèse

Dans un essai thérapeutique contrôlé, la randomisation aléatoire permet d'obtenir au début de l'essai des groupes similaires et l'aveugle permet dès le début de l'essai et dans son suivi une similarité de prise en charge des différents groupes afin de rendre inopérants les opinions du patient et du médecin sur le traitement évalué et d'annuler l'effet placebo qui sera supposé équivalent dans les groupes comparés. ■

RECOMMANDATIONS ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DEVANT AVOIR UNE CAS PARTICULIERS : L'INFO

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 devant servir de guide à la pratique clinique des cardiologues.

Elles mettent en avant plusieurs éléments concernant l'information du patient, la circulation de l'information, la prise en compte de la fragilité. Tous éléments permettant de guider la conduite à tenir vis-à-vis des traitements CV des patients.

LA PERSPECTIVE DU PATIENT ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION

Le patient ayant une maladie CV connue et recevant des traitements CV se pose souvent plusieurs questions concernant son risque CV peropératoire, la gestion de ses traitements CV durant cette période et la façon dont l'information le concernant va circuler au sein des équipes soignantes (*voir encadré*).

Il est donc nécessaire de consacrer du temps aux informations concernant ces divers points, de faire comprendre au patient les avantages et risques de diverses attitudes proposées afin d'obtenir un consentement dans le cadre d'un partage de décisions.

La communication avec le patient doit être orale et écrite, adaptée à son niveau de culture et de compréhension. Les modifica-

tions des traitements peropératoires doivent être signalées par écrit, tant pour le patient que pour l'équipe d'anesthésie et de chirurgie qui prendra en charge le patient.

De nombreux patients sont anxieux avant une chirurgie et cette anxiété est corrélée à une augmentation du risque CV peropératoire. La prise en charge adaptée de l'anxiété est donc une mesure préconisée avant la chirurgie.

Dans l'encadré ci-dessous figurent plusieurs des questions que se posent les patients. Elles ne sont parfois pas formulées explicitement et le plus souvent pas dans les termes indiqués, mais leur esprit en est le même : au médecin de comprendre ce que souhaite dire le patient, d'anticiper certaines questions et d'y apporter la réponse la mieux adaptée.

LA FRAGILITÉ

La fragilité est un marqueur de mauvais pronostic per et postopératoire. Elle est corrélée à un risque augmenté de décès et d'infarctus du myocarde.

Elle peut être définie conceptuellement comme une diminution des réserves physiologiques permettant de faire face à une situation potentiellement à risque. Sa définition opérationnelle (ce qui permet de la reconnaître ou de la qualifier comme telle) est plus délicate, car elle est multidimensionnelle et les différentes grilles d'évaluation de la fragilité ne sont pas concordantes.

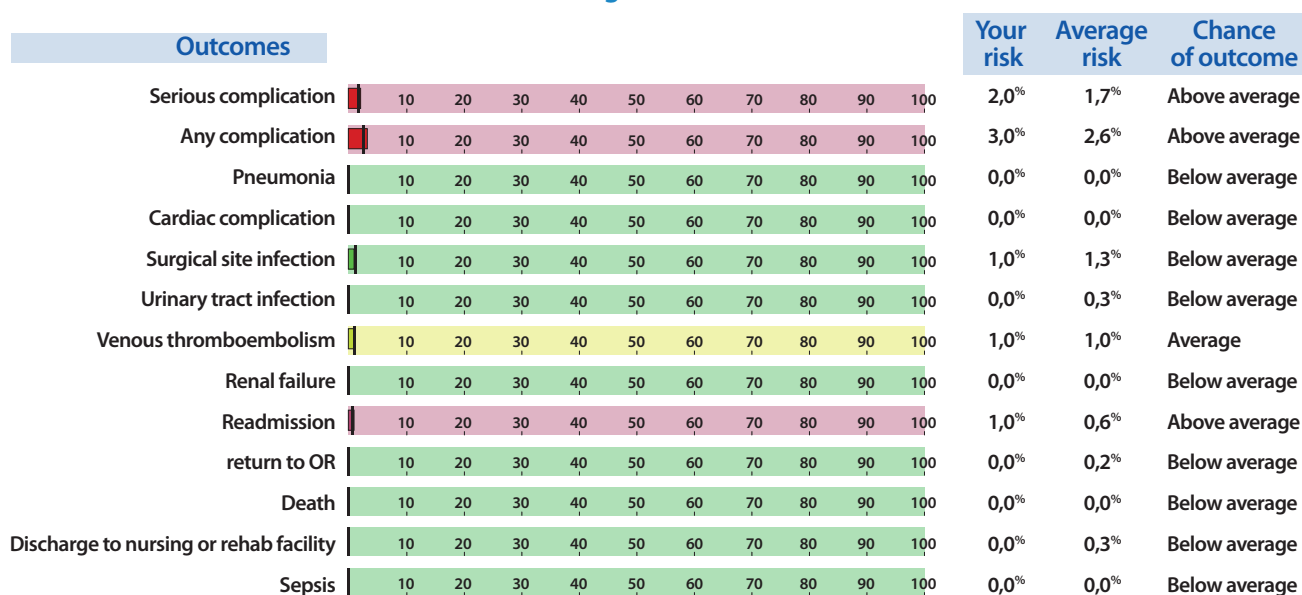
Les recommandations européennes de 2022 préconisent d'utiliser le score ACS NSQIP (*American College of Surgeon National Surgical Quality Improvement Program*) pour évaluer les risques potentiellement induits

Encadré. Exemples de questions que se posent les patients devant avoir une chirurgie non cardiaque et auxquelles les médecins doivent apporter des réponses

- Dois-je prendre tous mes traitements à visée cardiovasculaire avant la chirurgie ?
- Qui va informer mon cardiologue du fait que je dois être opéré ?
- Est-ce que je dois diminuer la dose ou arrêter un de mes traitements et quel est alors le risque d'une telle attitude ?
- Est-ce que des médicaments que je prends pour mon cœur peuvent poser des problèmes pendant la chirurgie ?
- Est-ce qu'il y a des interactions ou des contre-indications entre les médicaments que je prends pour mon cœur et ceux qui seront utilisés pour la chirurgie ?
- Qui s'occupera de moi et comment seront communiquées les informations me concernant notamment sur mes antécédents pendant mon séjour hospitalier ?
- Pouvez-vous me donner des informations sur comment je serai surveillé avant, pendant et après la chirurgie ?
- Comment les professionnels de santé me prenant en charge seront-ils informés de mon état cardiaque ?...

POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE DEVANT UNE CHIRURGIE NON-CARDIAQUE INFORMATION ET LA FRAGILITÉ

Figure. Quantification des risques périopératoires par le moyen du score ACS NSQIP d'un homme de 75 ans en bonne santé devant avoir une chirurgie de varices des membres



Predicted length of hospital stay : 0 days

par une fragilité lors d'une chirurgie non cardiaque. Leurs auteurs précisent que ce score permet d'éviter d'utiliser les grilles usuelles d'évaluation de la fragilité, car plusieurs de leurs variables sont contenues dans ce score. Le score ACS NSQIP est utilisable en ligne (riskcalculator.facs.org/RiskCalculator), mais il est en anglais, notamment pour la qualification de la chirurgie et comporte vingt paramètres.

Une fois complété, il fournit le risque absolu de survenue de diverses complications périopératoires et indique si leur niveau est différent de la moyenne pour l'âge ainsi que la durée prévisible de l'hospitalisation (voir un exemple dans la figure ci-dessus).

Au terme de l'utilisation de ce score, il peut devenir utile de réévaluer le rapport bénéfice/risque de la chirurgie non cardiaque avec une équipe pluridisciplinaire comprenant un gériatre.

Cela permettra de mieux quantifier les risques de dépendance postopératoire et de guider une décision éclairée quant à la

chirurgie en concertation avec le patient et ses proches. En fonction de l'option choisie, une préparation préopératoire (exercice phy-

sique, nutrition et intervention psychologique) pourra être envisagée afin de diminuer les risques périopératoires. ■

A RETENIR

La délivrance de l'information au patient et à l'équipe chirurgicale (anesthésiste et chirurgien) et la garantie que l'information va circuler au sein des équipes soignantes sont deux points clés de la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque. Ces deux points ont d'importantes implications médico-légales et leur négligence est à l'origine de nombreux contentieux et plaintes contre les médecins.

Il faut répondre aux questions posées par le patient et les devancer notamment en matière de gestion des traitements cardiovasculaires pendant la période périopératoire. Il ne faut pas oublier les situations justifiant une prophylaxie de l'endocardite et en préciser alors le protocole.

L'information doit être orale et écrite et destinée au patient ainsi qu'aux membres de l'équipe d'anesthésie et de chirurgie qui prendra en charge le patient.

Une évaluation cardiovasculaire préopératoire doit donc se conclure par un document écrit à destination du patient et de l'équipe chirurgicale, disponible dans des délais aussi courts que possible.



L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

PASSÉ, PRÉSENT ET AVENIR...

©yingaipurni - stock.adobe.com

L'intelligence artificielle n'en fini pas de faire parler d'elle. Et c'est sans aucun doute les lancements récents des chatbots GPT, en faisant le buzz, qui ont déclenché cette course en avant des entreprises high tech. L'IA est sans aucun doute un domaine passionnant, mais de quelle manière nous accompagnera-t-elle dans l'avenir ? Et saura-t-on mettre les barrières nécessaires pour techniquement et humainement la maîtriser d'une façon intelligente et efficace ?

Le concept de l'intelligence artificielle est à la base plutôt simple à comprendre. Directement issue des programmes de développement informatique, l'IA permet d'imiter la compréhension et la pensée humaines selon des bases de données. Les premiers soubresauts de cette technologie ne datent pas d'hier. En 1950, le mathématicien Alan Turing (qui avait joué un rôle majeur dans la cryptanalyse de la machine Enigma utilisée par les armées allemandes lors de la Seconde Guerre mondiale) s'était posé cette question simple : « *Les machines peuvent-elles penser ?* ». Il étudie l'intelligence artificielle (qui n'était pas encore ainsi nommée) en publiant un article fondamental en 1950 (*Computing Machinery and Intelligence*), dans lequel fut introduit le concept de ce qui est maintenant nommé le *test de Turing*, fondé sur la faculté d'une machine à imiter la conversation humaine. Dans sa lancée, Alan Turing fait le « *pari que, d'ici cinquante ans, il n'y aura plus moyen de distinguer les réponses données par un homme ou un ordinateur, et ce sur n'importe quel sujet* ». (1) L'avenir lui donnera-t-il raison ?

LA CRÉATION ET LES PREMIÈRES AVANCÉES DE L'IA

En 1956, le concept de l'intelligence artificielle se développe grâce à John McCarthy qui présente un algorithme d'évaluation qui a joué un rôle majeur dans la programmation. Dès les années 1980, l'apprentissage automatique se développe, notamment en modélisant les phénomènes mentaux ou comportementaux (connexionnisme).

L'ordinateur commence à déduire des « règles à suivre » en analysant seulement des données. Mais c'est surtout dans les années 2000 avec la venue du web 2.0 et ses puissances de calcul qui permettent une exploration des masses de données sans précédent : l'apprentissage profond (« *deep learning* ») est né. Vers 2015, l'IA évolue fondamentalement sur la perception visuelle, la compréhension et l'analyse automatique du langage ainsi que la prise de décision autonome. L'intelligence artificielle se développe rapidement avec ses logiciels prédictifs, ses outils d'analyse en temps réel et ses robots conversationnels. Les agents conversationnels (chatbots) sont ainsi nés et GPT a tout récemment ouvert la voie d'une nouvelle ère.

AIDER LE MÉDECIN ET NON LE REMPLACER

La voie est ouverte aux applications médicales de l'IA – et pour certains le remplacement du médecin – mais leurs utilisations posent de réels problèmes éthiques. L'humain (le personnel de santé), s'il ne fait plus partie du système, laissera le patient à ses interrogations et ses angoisses. Le site [drGuPTa](#) (voir notre article dans le numéro précédent) en est l'image saisissante en fournissant des informations personnalisées et des suggestions à ses utilisateurs sur leur santé. Le risque des patients persuadés qu'une intelligence artificielle générative est humaine est ainsi très important, et c'est là tout le problème de notre

comportement dans le futur.

Le CNPEN (Comité national pilote d'éthique du numérique), suite à une saisine de Jean-Noël Barrot, ministre délégué chargé de la transition numérique et des télécommunications, a récemment émis 22 préconisations à destination des concepteurs de systèmes d'IA, des chercheurs et des pouvoirs publics, en appelant à la responsabilisation dès la conception et la transparence des sources. Il a également demandé à bien distinguer l'homme et la machine avec une précision fiable si l'on a affaire à un robot ou un être humain afin d'éviter les « *risques de manipulation* ».



LES DOMAINES D'APPLICATION DE L'IA EN MÉDECINE

Médecine prédictive

Prédiction d'une maladie et/ou son évolution

Médecine de précision

Recommandation de traitement personnalisé

Aide à la décision

Diagnostic et thérapeutique

Robots compagnons

Notamment pour les personnes âgées ou fragiles

Chirurgie assistée par ordinateur

Prévention en population générale

Anticipation d'une épidémie
Pharmacovigilance

Inserm

Une stratégie nationale

Depuis 2017, le gouvernement français a lancé une réflexion autour du développement de l'intelligence artificielle avec comme objectif affiché d'être pionnière de l'innovation en 2023.

Cette stratégie nationale a jeté les bases d'une structuration de l'écosystème de l'IA à tous les stades de développement : recherche, innovation, applicatifs, mise sur le marché et encadrement du déploiement... Cette stratégie permettrait des gains considérables de compétitivité et de productivité avec des résultats économiques attendus de 90 milliards dès 2025 contre 7 milliards en 2020. (2)

LA MÉDECINE ET L'IA

L'intelligence artificielle est en pointe dans le secteur de la santé où la recherche est la plus importante. L'IA s'est développée dans la plupart des domaines d'application (voir tableau ci-dessus) tels la détection, le diagnostic (aide à la décision), la thérapeutique (traitement, pharmacie, suivi des patients, etc.), la prévention et celui dont on parle beaucoup aujourd'hui : la prédiction.

Le diagnostic

L'aide au diagnostic est l'un des domaines de la santé dans lequel

l'IA s'est le plus développée.

Elle analyse une sélection importante de données grâce aux algorithmes qui enregistrent et classifient les caractéristiques afin de proposer un diagnostic précis. L'un des défis majeurs aujourd'hui est la qualité des données (fichiers médicaux, objets connectés, applications, etc.) afin d'offrir des analyses fiables.

Le pronostic

Les bases de données enregistrées par l'IA (caractéristiques de la maladie, spécificités du patient) permettent d'améliorer les pronostics en adaptant le traitement. En effet, les algorithmes offrent une prescription des meilleures options thérapeutiques en fonction du profil du patient afin de maximiser les chances de succès du traitement.

Le préventif

L'IA va notamment permettre de développer la médecine préventive et cette perspective d'évolution ne peut être que positive. Les objets connectés et applications validées servent à la surveillance de maladies chroniques et le suivi des patients au quotidien. Laboratoires pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux et start-up en e-santé se sont intéressés très tôt à la santé connectée. Loin des visées commerciales, les soignants aussi

voient dans ces progrès de la santé connectée une formidable opportunité... d'améliorer l'accompagnement et les soins des patients.

Le prédictif

La prédiction, qui est l'un des derniers éléments rapportés par les algorithmes, pose un certain nombre de questions. Issue de la recherche translationnelle, elle met en relation médecins, chercheurs et scientifiques dans le développement des applications médicales grâce aux résultats des recherches issues des laboratoires au chevet des patients ou à partir d'observations cliniques.

Détecter la maladie avant même qu'elle ne s'exprime et ainsi prédire de futures maladies reste encore une vision utopique de l'IA. Même si les algorithmes arrivent à détecter un possible cancer dans dix ans, quels seront la réaction du patient et son comportement face à ce risque qui n'existe pas au présent ? D'un autre point de vue, le médecin saura-t-il prendre les bonnes décisions afin d'anticiper ce (futur et éventuel) risque ?

L'IA À SA JUSTE PLACE

Le modèle d'excellence de l'intelligence artificielle doit rester une complémentarité technologique dépendante des médecins. Elle sait parfaitement donner des propositions conclusives basées sur des études issues de groupes de patients, mais elle ne pense pas et ce n'est pas son rôle. L'échange médecin/patient n'est pas fait d'algorithmes où la sensibilité, l'émotion et la pensée complexes de l'être humain doivent avoir leurs justes places.

D'autre part, l'éthique doit être le point de départ de nos réflexions pour que l'Intelligence artificielle ne devienne pas une menace pour la sécurité ou les droits fondamentaux des personnes. ■

(1) fr.wikipedia.org/wiki/Test_de_Turing

(2) Cabinet de conseil Statistica (janvier 2021)

Sources. Vous pouvez les consulter sur notre site lecardiologue.com : economie.gouv.fr, franceinfo.fr, Wikipédia, pulse.microsoft.com/fr-be, sciencedirect.com, lindependant.fr



DEUX LIVRES PÉDAGOGIQUES

Deux ouvrages très courts et faciles à lire viennent de paraître sur deux sujets différents mais qui méritent chacun notre attention, l'orthographe vue du côté des linguistes et non des puristes, et la guerre en Ukraine, vue par des spécialistes de l'armée.

UN MANIFESTE

Depuis que je fréquente les ouvrages de linguistes traitant de la compréhension du français, j'ai pris conscience de plusieurs éléments majeurs concernant notre langue nationale. Il en est ainsi de son caractère très évolutif, mais aussi, quoi qu'on en dise, de son absence de règles strictes ou plutôt, d'un nombre tel d'exceptions à ces règles que l'on peut se demander ce que signifie la règle. Et ces exceptions n'ont souvent pas d'explication valide, obligeant à les retenir pas cœur.

Ainsi, j'ai progressivement pris conscience que plutôt que de critiquer ceux qui ne maîtrisent pas l'orthographe, il serait plutôt utile de la simplifier avec des règles claires et simples se rapprochant de la phonétique et s'éloignant d'une analyse étymologique faite par des non-spécialistes (en l'occurrence ceux de l'Académie française), élitistes et ayant essentiellement une culture littéraire sans qu'ils ne portent de regard sur le travail des scientifiques de la langue, les linguistes. Je suis donc devenu assez laxiste avec les fautes d'orthographe tout en restant peu tendre avec les erreurs de sémantique. Cette dernière me paraissant plus utile pour se faire comprendre que l'orthographe elle-même.

Un problème soulevé par les très nombreux ouvrages des puristes de l'orthographe est l'invasion des mots étrangers dans notre langue, notamment des mots anglais, surtout lorsqu'ils possèdent un équivalent en français. Ici, je rejoins les puristes quoi que l'ouvrage commenté ici me conduit à nuancer mes pensées.

LES LINGUISTES ATTERRÉS

Un collectif de linguistes vient, dans un ouvrage très court de faire la synthèse des arguments à opposer aux puristes de la langue française en plaidant pour une meilleure analyse de ce qu'est le français, au-delà des dogmes, et de la façon dont il se construit et évolue.

Ce livre est construit sur le mode de la déconstruction des idées reçues, telles que véhiculées par les puristes qui accèdent largement aux médias, alors que les linguistes ayant une attitude scientifique y sont beaucoup moins accueillis, car ayant une approche moins simple et plus nuancée.

Ils rappellent que ce qui est dénommé la langue de Molière est au-

jourd'hui très éloignée du « français » (à prononcer franssouais) tel que parlé à l'époque de Molière. Ils rappellent que Molière lui-même était loin d'être un puriste, travers qu'il dénonçait d'ailleurs dans ses pièces.

Ils rappellent que certaines exceptions aux règles, qui si elles connaissent des explications, n'en obligent pas moins à apprendre par cœur ces exceptions. Ainsi, par exemple, le x en queue de hibou, caillou, genou... au pluriel, vient d'une erreur ou adaptation de transcription de ce qu'écrivaient les moines copistes à la fin de ces mots comme nous écrivions fonct^o en place de fonction par exemple.

Ils rappellent que l'introduction de mots étrangers dans une langue sert parfois à apporter des nuances que ne possède pas cette langue, que l'anglais (merci Guillaume le Conquérant) est beaucoup plus empreint de français que le français n'est empreint d'anglais etc, etc.

Ils rappellent que le français n'est pas réglementé par l'Académie française, et que ce sont ses locuteurs qui l'adaptent progressivement, que l'Académie française n'a aucun pouvoir sur la langue et que plusieurs instituts travaillent régulièrement sur celle-ci, notamment dans les divers pays de la francophonie.

Ils rappellent que l'orthographe n'est pas toujours logique ni étymologique. Ainsi, par exemple, en matière « d'étymologie », le X (khi) grec est transcrit par c dans acariâtre, caméléon, caractère, carte, colère etc. mais par ch dans archaïsme, archange, chaos, choléra (qui a le même ancêtre que colère), chrétien, chrome... Ainsi, Aspect, respect, suspect, ont gardé de l'origine un c muet mais par objet, préfet, projet, sujet et rejet...

Ils s'élèvent contre l'usage de la dictée car il a été démontré qu'on n'apprend pas en faisant apparaître les fautes, on apprend en montrant des règles.

Ils proposent ainsi de revoir la place de l'orthographe en tant qu'outil de sélection, de régulariser davantage l'orthographe en commençant par appliquer les Rectifications de 1990 et pourquoi pas, d'autoriser les correcteurs automatiques aux examens, comme les calculatrices en maths ou en physique.

Dérangeant n'est-ce pas ?

DES EXPLICATIONS

Depuis le début de 2022, il y a un flot d'informations sur la guerre en Ukraine, dans lequel il est parfois difficile de faire le tri et notamment de comprendre ce qui se passe réellement sur le terrain. Et cela, surtout quand les commentaires sont faits par des non-spécialistes

mis sur un plateau pour meubler des temps d'antenne dévolus aux chaînes d'information en continu.

Si cette guerre peut être analysée sous de très nombreux prismes, comme par exemple une approche économique, démographique,



géopolitique, juridique, sanitaire etc., etc., elle peut et doit l'être aussi sur le plan militaire afin de comprendre les avancées et reculs des armées en présence.

C'est à cette approche que nous convient deux spécialistes des armées et notamment de celles de l'Est de l'Europe, Michel Goya, ancien officier des troupes de marine et docteur en histoire contemporaine et Jean Lopez dont on rappellera qu'il est l'auteur de ce formidable ouvrage qu'est Barbarossa.

LA CHOSE MILITAIRE

Parler de la chose militaire peut paraître abscons à beaucoup, mais, dans cet ouvrage, cela est fait de telle manière que l'on ne peut le quitter après l'avoir débuté car le plan est logique, les argumentations simples, l'éclairage pertinent et ce, alors que de nombreux aspects de cette guerre sont abordés, notamment celui de la guerre des missiles et celui de la cyberguerre.

Le chapitre sur la cyberguerre remet par ailleurs en cause les discours des prophètes de l'apocalypse numérique et explique l'apport du réseau de satellites à basse altitude, Starlink, dans l'évolution de cette guerre.

DEUX EXEMPLES ET EXTRAITS DE MISE EN PERSPECTIVE.

Le premier concerne le groupe Wagner : « *Il apparaît alors manifestement comme un instrument de force discret au service de Moscou. Faible signature politique, zéro coût économique puisque le groupe est financé par l'Etat hôte (souvent sous forme de concessions minières) et indifférence sociale aux pertes de mercenaires* ».

Le deuxième concerne l'aide occidentale à l'Ukraine. Elle a été soumise à de nombreuses contingences pouvant expliquer que certains l'ont qualifié de tardive et faible. Mais, fournir trop d'aide initialement faisait courir le risque, en cas de défaite de l'Ukraine, d'une prise de possession par la Russie des matériels fournis. Mais, fournir de l'aide devait se faire sans appauvrir les faibles stocks de matériels des pays occidentaux. Mais, fournir de l'aide devait prendre en compte la compatibilité des divers matériels et notamment les chaînes logistiques pour leur réparation éventuelle. Fournir de l'aide devait prendre en compte le fait qu'elle ne permette pas des incursions nettes sur le territoire russe sous drapeau occidental, ce qui pourrait conduire à faire dégénérer le conflit en guerre nucléaire...

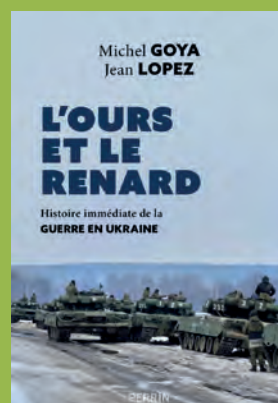
Tous ces aspects et de multiples autres sont abordés dans cet ouvrage construit sous forme de questions et réponses. Il éclaire ce qu'est une guerre, tout à la fois moderne et conventionnelle, sur un territoire relativement proche de la France. ■

LE FRANÇAIS VA TRÈS BIEN, MERCI



Éditeur : Editions Gallimard,
collection Tracts
Parution : mai 2023
Auteurs : Collectif
Pagination : 64 pages
Prix broché : 3,90 €
Prix numérique : 2,99 €

L'OURS ET LE RENARD. HISTOIRE IMMÉDIATE DE LA GUERRE EN UKRAINE



Auteurs : Michel Goya
et Jean Lopez
Éditeur : Editions Perrin
Parution : mai 2023
Pagination : 300 pages
Prix broché : 21,00 €
Prix numérique : 11,99 €

LA MELANCOLIE

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

Parmi plus d'une vingtaine d'objets représentés dans la gravure d'Albrecht Dürer dénommée *Melencolia I* illustrant « la mesure et l'architecture mais aussi la géométrie, la science de l'espace et du calcul à la base de tous les arts », [8] figurent aux pieds délicatement chaussés de l'ange, les outils essentiels pour un maître charpentier. Il s'agissait alors de l'un des métiers du bois les plus considérés. C'est ainsi qu'on peut voir un marteau avec sa panne arrache-clous, une tenaille à peine visible sous la robe, un rabot et des clous sans omettre la scie sabre, probablement un gabarit de moulures et une règle en bois supposée permettre de tracer les urnes servant de guides lors de la pose des ardoises.

Le toit est accessible par l'échelle en arrière-plan même si on peut aussi y voir une fonction symbolique avec les sept barreaux plus ou moins visibles. De façon plus incertaine est, semble-t-il, représenté un encrier avec un plumier portatif entre le chien et la sphère et, de dessous la partie droite de la robe de l'ange, émerge un outil difficile à étiqueter en forme de « clystère » à moins qu'il ne s'agisse d'un pulvérisateur de couleurs ? Il est ainsi possible que cet ustensile fasse référence au fait de purger les mélancoliques comme le préconisera monsieur Purgon à l'hypochondriaque Argan dans *Le Malade imaginaire* (1673) de Molière.

Dürer signe et date sa composition en bas à droite par son monogramme contenant un A stylisé entre les jambes duquel se trouve un D plus petit comme déjà utilisé dans *Monstre marin* (1498) ou dans la célèbre aquarelle et gouache de 1502 dénommée *Le lièvre* (Albertina Museum, Vienne). A noter qu'il lui ait arrivé de se tromper de sens avec un D inversé comme dans *La Madone au singe* (1498) ou *La Sorcière* (1500) en ayant, semble-t-il, oublié que « tout ce qui est gravé apparaît inversé à l'impression » [16] et aucun repentir n'est alors possible. A la ceinture de l'ange pendent une bourse et un trousseau de clés dont on peut penser qu'elles servent à ouvrir des portes dans l'au-delà. A sa droite un putto

est assis, ses petites fesses potelées étant protégées par une couverture disposée sur une meule de meunier ou à aiguiser suggérant la roue de la fortune ou *Rota Fortunae* symbolisant les caprices du destin. Ce nourrisson joufflu qu'est le putto est le plus souvent moqueur mais Dürer le montre au contraire très absorbé en train d'écrire ou de dessiner, [13] peut-être sur une ardoise. Il apparaît très concentré mais surtout renfrogné, faisant la moue, témoignant peut-être de son mécontentement de devoir relever des cotes ou dessiner un croquis laborieux sous la dictée et les directives de l'ange, contremaître du Grand Architecte. En d'autres termes, il s'agirait d'une « manière d'initier le morveux aux responsabilités adultes » dans le cadre des « innombrables putti d'Allemagne (qui) reçoivent une justification théologique ». [20] Chez Cranach, ce sont trois ou quatre putti beaucoup plus espiègles qui taquent le lévrier au risque de se faire mordre (musée d'Edinbourg).

Dans une autre version (Musée de Copenhague), ils sont deux essayant de faire rouler ce qui semble être un ballon pour le faire passer dans un cerceau tenu par un troisième bambin. Pour se faire, les chérubins turbulents utilisent des bâtons en guise de bras de levier sous-entendant qu'il ne s'agit pas seulement d'un banal ballon de baudruche mais bel et bien d'une lourde sphère supposée correspondre au globe terrestre. Les ombres projetées permettent d'en déduire que, à l'inverse de la gravure de Dürer, la source de lumière vient du côté gauche, comme dans la version de Colmar où un putto fait de l'escarpolette, apparemment poussé à tour de rôle par ses petits camarades. Trop occupés à jouer, ils laissent le chien tranquille. Il s'agit d'un lévrier considéré comme placide et emblématique de l'érudition mais aussi « rattaché à la mélancolie saturnienne », [8] ne serait-ce que parce qu'il « renifle ses excréments et qu'il aime le pourri et le sale ». [19] Dürer nous le montre allongé, sagement assoupi entre la sphère et un volumineux polyèdre qui, à lui seul, prend une part non négligeable dans la composition. A partir d'un dessin préparatoire (Dresde) et en

reconstituant la figure en trois dimensions, il a été possible d'en déduire que ce « polyèdre de Dürer » est à 8 faces dont la face supérieure comporte un aspect moiré suggérant un crâne, voire un ersatz d'autoportrait comme ceci a pu être évoqué. Cette structure complexe s'apparente à une « géométrie cryptée » inspirée de l'art de la « perspective secrète » qu'étudia Dürer en Italie du Nord et qui fit de lui un théoricien de la géométrie et de la perspective linéaire. A gauche du polyèdre on peut voir un creuset avec un bec verseur destiné à faire fondre les métaux tels que l'or et il s'y associe une pince indispensable pour le manipuler. La minutie des détails est telle qu'une flammèche semble s'être échappée des braises incandescentes. L'autre figure énigmatique gravée par Dürer fait « partie d'un jeu de l'esprit, de l'allégorie, de la magie » puisqu'il s'agit d'un « carré magique » également dénommé table de Jupiter « *tabula iovis* » [13]

Ce carré d'ordre 4 comporte quatre colonnes verticales et quatre lignes horizontales délimitant seize cellules numérotées dans un désordre apparent de 1 à 16 alors qu'en réalité la somme des chiffres des rangées verticales, horizontales ou en diagonale est la même, à savoir la constante magique 34 qui correspond aussi à la somme des quatre nombres figurant dans les quatre cases centrales ou dans les quatre angles sans compter bien d'autres possibilités de trouver le nombre 34. De plus, le nombre 34 donne, en l'inversant, l'âge de Dürer, à savoir 43 ans en cette année 1514 qui est d'ailleurs indiquée via les deux cellules du bas en position centrale : 15-14. Le chiffre 5 au début de la seconde ligne est délibérément inversé faisant allusion à la disparition de la mère du graveur au mois de mai de cette même année. [13] En outre, le rapport entre la largeur du carré magique et celle du sablier est de 1,6 correspondant au nombre d'or.

Chez Cranach, dont atelier était d'une productivité inégalée à son époque, la peinture la plus aboutie consacrée à la mélancolie est celle du Musée d'Unterlinden de Colmar où l'on peut apercevoir, outre un étrange paysage dominé par une forteresse située au

CH (1472–1553) – 3^e PARTIE

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

sommet d'une impressionnante falaise, une jeune femme ailée aux ailes d'ange avec une couronne d'épines de guingois et à l'érotisme consommé qui n'était pas forcément du goût de Luther. Devant cette jeune personne peinte avec grâce,^[21] c'est sur une table que sont positionnées une coupe d'or ouvragée couverte et une corbeille de fruits incluant des raisins et des pommes, peut-être en référence à Adam et Eve mais aussi parce que la pomme est le fruit de Vénus.

De façon plus triviale, ceci peut aussi être rapproché du fait que Luther préconisait de manger pour lutter contre les mauvaises pensées et il a d'ailleurs mis en pratique cette doctrine si l'on considère l'évolution de ses portraits peints par Cranach, avec l'embonpoint manifeste à la fin de sa vie. Non loin de la table deux perdrix picorent en sachant que ces oiseaux étaient eux-mêmes consacrés à la déesse de l'amour.^[19] Mais c'est surtout le ciel qui interpelle. En effet on peut y voir une assemblée nocturne de sorcières (sabbat)

dont l'une d'elles tient un crâne de cheval au bout d'une perche et qui volent dans les nuées obscures en chevauchant des animaux hideux, qu'il s'agisse d'un porc ou d'un dragon. Ces sorcières sont supposées se diriger vers un lieu écarté, tel que le Brocken où, selon Goethe, Méphistophélès entraîne Faust lors de la nuit de Walpurgis, du 30 avril au 1^{er} mai, pour participer à une cérémonie présidée par le Diable représenté par un bouc : « N'aurais-tu pas besoin d'un manche à balais ? Quant à moi, je voudrais bien avoir le bouc le plus solide... dans ce chemin, nous sommes encore loin du but ». C'est d'ailleurs un énorme bouc que chevauche un lansquenet en le tenant par les cornes, suivi par des sorcières et des démons féminins (succubes) susceptibles de copuler frénétiquement avec des démons masculins (incubes). Le lansquenet porte un vêtement excentrique et chatoyant qui fut autorisé par l'empereur Maximilien 1^{er} de Habsbourg pour la « qualité » des services rendus par ces fantassins mercenaires sans pitié. Dürer fera le portrait de l'empereur en 1519 (Kunsthistorisches Museum, Vienne) de façon post-mortem à partir d'un dessin préparatoire réalisé en 1518. En 1510, Dürer fit une gravure montrant La mort et le lansquenet (Tod und Landsknecht) et si Cranach nous le montre à cheval sur un bouc, ce n'est que dans les années 1540 qu'apparaît la cavalerie germanique avec ses redoutables reîtres (reiter) qui deviendront les « cavaliers noirs » ou « cavaliers du diable ». Bref, Satan n'est jamais très loin bien que « le comble de sa ruse soit de faire croire qu'il n'existe pas ».

C'est en 1420 que les prédications du père franciscain Bernardin de Sienne contribuèrent au mythe du « sabbat » avec le bûcher des vanités où sont brûlés les objets qui poussent au péché tels que les bijoux et les robes richement ouvragées, mais aussi les peintures et les livres considérés comme immoraux. L'une des premières chasses aux sorcières se déroule en Suisse à la fin des années 1420. C'est en 1497 que le frère dominicain Savonarole (1452-1498) et ses disciples, avant de terminer eux-mêmes sur le bûcher, élèvent un

vaste bûcher des Vanités sur la piazza della Signoria de Florence. On y verra alors le grand peintre Sandro Botticelli (1445-1510) apporter lui-même ses peintures pour qu'elles soient brûlées, perte irrémédiable s'il en fut. Le lansquenet n'est probablement pas très différent de ceux qui, lors du sac de Rome en 1527 par Charles Quint (1500-1558), ont fait des graffitis sur les peintures de Raphaël de la Villa Farnesina en écrivant, en 1528, de part et d'autre d'un A en lettre gothique « Pourquoi, moi qui écris, ne devrais-je pas rire ? Les lansquenets ont fait courir le pape ».

En définitive, ces deux versions consacrées à la mélancolie, faites à dix huit années d'intervalle, ont en commun un certain ésotérisme additionnant les symboles énigmatiques au risque d'une surinterprétation de notre part mais elles diffèrent par ailleurs notablement. Si la gravure de Dürer exprime assez clairement une mélancolie corrélée au génie créatif en faisant « de l'étroit espace de sa plaque de cuivre un vrai microcosme, un petit monde fermé »,^[11] les peintures de Cranach, imprégnées de l'influence luthérienne, témoignent plutôt d'un état d'âme délétère, d'une « oisiveté mère des vices » facilitant l'intervention du diable. Albrecht Dürer, qui reste l'un des artistes les plus admirés de tous les temps,^[8] repose « non loin des portes de Nuremberg. » L'une des trois épitaphes rédigées par son intime ami, le juriste et humaniste Willibald Pirckheimer (1470 - 1530) comportait cette phrase, si l'on en croit le peintre et écrivain flamand Carel Van Mander (1548- 1606): « Et soudain, de cette vallée terrestre le peintre s'envola ; et soudain aussi s'éclipsa l'astre radieux dont ici-bas la clarté nous illuminait ». ^[10] C'est au XIX^e siècle que la « puissance évocatoire de l'imagination » des artistes et des écrivains imposera « la grande école de la mélancolie ». ^[22] Nous concluons avec Burton qui disait : « J'écris sur la mélancolie en m'évertuant à éviter la mélancolie ». ■

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



COTES D'AUVERGNE BOUDES CUVEE PRESTIGE V.V. 2021

Si les volcans d'Auvergne sont endormis, son vignoble se réveille depuis 20 ans, car des initiatives locales, portées par de jeunes viticulteurs, s'attachent à ressusciter le vignoble arverne.

Rappelons qu'à la fin du XIX^e siècle, l'Auvergne était, avec 45 000 ha, le troisième plus grand vignoble de France avant qu'il ne soit, lui aussi, totalement ravagé par le phylloxera.

Actuellement, la jeune AOC Côtes d'Auvergne, datant de 2011, ne couvre plus que 410 ha situés dans le département du Puy de Dôme, de Riom au nord à Issoire au sud sur une bande de 80 kilomètres assez étroite entre les monts du Livernois à l'est et la chaîne du Puy de Sancy à l'ouest. Elle occupe de petites collines très raides, sur les flancs des monts d'Au-

vergne, à des altitudes de 350 à 550 m sur des terrasses appelées palhàs. Il existe cinq dénominations géographiques complémentaires sur l'AOC du nord au sud : Madargue, Châteaugay, Chanturgue, Corent et Boudes certainement la plus qualitative. Ce dernier vignoble de 50 ha bénéficie de conditions optimales, pour faire du bon vin : terroir argilo-calcaire sur sol volcanique de basalte, pente offrant un ensoleillement optimal, microclimat aux accents méditerranéens, bon drainage naturel.

DE PÈRE EN FILS

Fer de lance de l'appellation Boudes, David Pélissier, quatrième génération de viticulteurs, titulaire d'une licence d'anglais, a préféré abandonner ses études, pour marcher sur les pas de son père et devenir, à son tour, vigneron. A la tête d'une propriété qui atteint, après achats de nouvelles plantations, 5 ha de vignes, dont certaines plantées par ses ancêtres, centenaires. Il garde le fort souvenir d'un grand-père qui fut, en même temps, son premier formateur et un des premiers embouteilleurs du cru. Ses vignes, disposées en palhàs sur des

pententes abruptes de 400 à 500 m d'altitude, relativement protégées par l'effet du foehn, sont travaillées de façon raisonnée, avec une recherche de la qualité des raisins plutôt que du rendement, enherbées pour maintenir le microcosme ambiant.

Les intrants sont limités, afin de respecter au mieux la nature. Une taille soignée, comportant notamment un écimage, est effectuée. La tonte de l'herbe, le travail du sol facilitent la pénétration de l'eau pluviale.

La ligne directrice de David est de produire des vins qui lui ressemblent, où il laisse son empreinte. La récolte est manuelle. Dans le chai, la vinification est la plus naturelle possible : éraflage des grappes qui sont pressurées pneumatiquement à l'arrivée à la cave, macération courte, fermentation par levurage endogène, élevage en barriques de chêne sur 6 mois avec pigeages et remontages. Mise en bouteille après légère filtration.

La cuvée Prestige assemble 70 % de gamay et 30 % de pinot noir provenant des vignes centenaires ancestrales. Il faut noter que le gamay d'Auvergne diffère sensiblement du gamay du Beaujolais : vieux cépages autochtones plantés juste après la crise phylloxérique produisant des grappes différentes à maturité plus tardive, garantissant des couleurs plus profondes, une plus grande complexité des vins dotés de belles notes épicées, des arômes plus puissants et explosifs attribués au terroir volcanique.

UNE CUVÉE PRESTIGE...

Cette cuvée Prestige Côtes d'Auvergne Boudes 2021, habillée d'une robe grenat aux reflets orangés, délivre un nez impétueux de fruits noirs : cassis, myrtille avec des notes de

pruneau, de vanille et de chocolat.

Elle dévoile en bouche une structure tannique assez robuste (jeunesse?), finement boisée avec une pointe de caramel, une texture concentrée consistante, des arômes très expressifs, épicés et poivrés, et une belle minéralité liée au terroir volcanique basaltique. La finale franche, dynamique est relativement longue.

... POUR DE NOMBREUX ACCORDS CULINAIRES

Ce rouge gourmand bien fruité permet de nombreux accords culinaires : tout naturellement les viandes rouges grillées, certaines préparations bovines : tels filet de bœuf à la cocotte, rôti en croûte girofle, langue sauce piquante aux cornichons. Mais conformément à l'adage : à cuisine régionale vin de même provenance, c'est avec la robuste gastronomie auvergnate qu'il va vraiment s'épanouir : le coq au vin de Chanturgue, la potée auvergnate, le chou farci, les tripoux, le pounti cantalien, le petit salé aux lentilles du Puy. Le côté fruité de cette cuvée Prestige souligne les pieds de porc, s'ils sont enrichis par une truffade ou un aligot.

Je préfère accompagner les excellents fromages auvergnats par un vin blanc (*Le Cardiologue* n° 445), mais ils ne se déplairont cependant pas en la compagnie de ce rouge : saint-nectaire, gaperon et aussi cantal, salers ou laguiole, s'ils sont jeunes.

Je laisserai David Pélissier conclure : « Être vigneron, c'est avant tout une passion. J'ai eu la chance de naître avec un père et un grand-père vignerons aux valeurs bien ancrées et je tente d'être tous les jours à la hauteur de ce qu'ils m'ont appris dans le respect du terroir et avec l'ambition de produire des vins qui sauront vous donner du plaisir ». ■

David Pelissier - 63340 Boudes

“ Mieux vaut boire trop de bon vin qu'un petit peu de mauvais ”

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

Rejoignez le seul syndicat de cardiologie libérale !

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

Pourquoi j'adhère ?

► Je contribue à la défense de la profession

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

► Je bénéficie d'un accompagnement professionnel unique et complet

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

► Je suis un acteur de la cardiologie de demain

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

Des résultats concrets

► Gestion de la crise Covid-19

- 21 formations dispensées pour vous aider à gérer la crise, l'organisation du cabinet et le déconfinement.
- Des aides juridiques spécifiques.
- Négociation CNAM pour la prise en charge de la téléconsultation.
- Plus de 50 documents édités (10 recommandations, 7 volets de fiches pratiques, 30 circulaires, des témoignages vidéo...).

► Un accompagnement professionnel

- Une centaine de confrères accompagnés sur la mise en place de la télésurveillance et la téléconsultation.
- Une quinzaine de formations sur des sujets variés (télé-médecine, retraite, ...).

Les engagements de votre Syndicat

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

Rejoignez-nous sur sncardiologues.fr



13, rue Niepce, 75014 Paris
Tél. : 01 45 43 70 76
e-mail : contact@sncardiologues.fr