

FICHE MÉTHODE

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°454 – SEPTEMBRE-OCTOBRE 2023

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

LE TRAVAIL AIDÉ FOCUS SUR LA SECRÉTAIRE MÉDICALE

**ACTU DÉCODÉE**PRODUITS DE SANTÉ
COMMENT LES FINANCER
ET RÉGULER LE MARCHÉ**NOMENCLATURE**QUELS OUTILS POUR ÉVITER
LES ERREURS DE COTATION ?**SYNDICATS
REPRÉSENTATIFS**FICHE 4 : MG FRANCE -
FÉDÉRATION FRANÇAISE
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**LA PAGE DU CNCF**RECOMMANDATIONS POUR
L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN
CHARGE CARDIOVASCULAIRE
DES PATIENTS DEVANT AVOIR
UNE CHIRURGIE
NON-CARDIAQUE

NOUVELLE INDICATION

ASSOCIÉS POUR GAGNER



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

1^{re} association fixe* Rosuvastatine - Ezétimibe

■ **Prévention des événements cardiovasculaires**

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

En complément de l'indication :

■ **Hypercholestérolémie primaire**

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



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

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

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

* AMM en date du 2 Septembre 2014.

SERVIER



Sickketele - Depositphotos / Fotolia / Dec Mizay - 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.

Elles sont la plupart du temps le premier contact des patients avec nos cabinets, que ce soit lors de la prise de rendez-vous téléphonique ou que ce soit lors de l'arrivée dans nos locaux.

Elles en constituent un maillon indispensable, véritable cheville ouvrière sans laquelle il serait bien difficile de fonctionner tout en participant à notre image de marque. Croisant ces derniers jours le Dr Pierre Guern à qui j'ai succédé il y a 20 ans, c'est l'occasion pour moi de faire un flash-back sur le travail des secrétaires à mon arrivée dans notre structure.

Les rendez-vous se prenaient alors sur un agenda au crayon à papier pour pouvoir effacer, sans toujours avoir les coordonnées pour rappeler le patient, l'informatisation se limitait à un traitement de texte dont les fonctions étaient plus ou moins optimisées, la quête journalière était celle des dictaphones disponibles pour pouvoir dicter les courriers à l'écoute desquelles il fallait souvent qu'elles aient beaucoup d'imagination pour reconstituer le texte, le retard de courrier était la variable d'ajustement pouvant aller jusqu'à un mois, sans compter le temps d'affranchissement fait à la main. Un temps important de la journée était occupé à sortir les dossiers papiers des archives ou allez les y remettre avec les manipulations acrobatiques qui allaient avec, les comptes-rendus hospitaliers étaient classés à part pour ne pas à avoir à remanipuler les dossiers.



DU CRAYON AU CHATBOT

Vincent Pradeau

Président du Syndicat national des cardiologues

Aujourd'hui, la dictée vocale a supprimé la frappe, les messageries sécurisées, l'affranchissement et une bonne partie des besoins de numérisation de documents, les dossiers papiers, ont été remplacés par un logiciel métier.

La prise de rendez-vous et la gestion des plannings restent une charge importante, même en cas d'utilisation d'une plateforme numérique. Dans un contexte de diminution de l'offre de soins, d'explosion des appels téléphoniques qui souvent n'aboutissent pas malgré la multiplication des lignes, la culture du tout de suite et de son corollaire, la montée de l'agressivité, nombreux sont les secrétariats en tension.

Au-delà des progrès des algorithmes et des chatbots intelligents pour automatiser complètement ce poste à l'instar de ce qui se fait pour les transports ou les réservations hôtelières et dont il paraît indispensable de s'impliquer dans la co-construction, il va être également plus que nécessaire d'envisager des formations de gestion du stress et des conflits pour nos collaborateur(e)s.

Si le corps du métier va rester l'accueil au cabinet et la coordination des prises de rendez-vous derrière, le degré de délégations de tâches (pose de holter, ECG, récupération d'éléments du dossier) doit maintenant se discuter à l'aune de la création du métier d'assistante médicale.

Avons-nous besoin de secrétaires, avons-nous besoin plutôt d'assistantes médicales avec une valence administrative et une valence médico techniques ? Tels sont plus que jamais les enjeux de ces prochaines années

Le dossier de ce numéro a pour but de vous aider dans ces réflexions.

Cardiologiquement Vôtre

CARDIO'LINK

La plateforme de mise en relation entre cardiologues

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

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

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



Pry Khodov

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

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

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

cardiolink.fr

6 L'ACTU DÉCODÉE

Produits de santé : comment les financer et réguler le marché ?

10 NOMENCLATURE

Quels outils pour éviter les erreurs de cotation ?

12 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS...

MG France - Fédération française des médecins généralistes

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

Cahier central
détaché

LE TRAVAIL AIDÉ FOCUS SUR LA SECRÉTAIRE MÉDICALE

Les intervenants possibles au sein du cabinet.....	II		
A quoi servent les secrétaires médicales ?.....	III		
Les compétences, savoir-faire et savoir être de la secrétaire médicale.....	IV	Quelle évolution possible ?.....	VI
Quelles études pour devenir secrétaire médicale ?.....	IV	Récapitulatif : qui fait quoi ?.....	VI
Rémunération de la secrétaire médicale.....	V	Secrétaire médicale : quel avenir pour cette fonction ?.....	VII
L'entretien annuel d'évaluation.....	V	Témoignages.....	VII

13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale

12^e partie : rendre le double aveugle opérationnel

14 LA PAGE DU CNCF

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire

16 MAGAZINE



WrightStudio

HIGHTECH 16

L'intelligence artificielle : une réalité utopique ?



DR

ART&CULTURE 20

Gerard de Laresse (1641-1711) ou pire que d'être aveugle à Grenade



DR

CULTURELIVRE 18

Remettre les pendules à l'heure



DR

ESPACEVIN 22

Rosé Petra 2021
Domaine Hauvette

23 LES PETITES ANNONCES



PRODUITS D COMMENT LES FINANCER ET



Vestormine

L'accès aux soins constitue un enjeu majeur de santé publique tant pour les usagers que pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics. On réduit souvent cette question à la disponibilité des médecins et aux capacités des établissements de santé. Ces dernières années, les tensions d'approvisionnement sur les médicaments ont largement montré que la disponibilité des produits de santé doit également être intégrée dans l'équation. C'était l'objet de la mission Borne sur le financement et la régulation des produits de santé.

L'accès aux soins suppose que les usagers du système de santé puissent bénéficier des traitements adaptés à leur état de santé. Garantir la disponibilité de ces traitements implique de mener une réflexion sur les enjeux industriels et de souveraineté de la politique de santé de la France.

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics déploient un plan d'action pour soutenir l'industrie de santé, aussi bien en encourageant l'innovation que la relocalisation en France et en Europe des productions de produits critiques et de principes actifs. Les structures telles que le Comité stratégique des produits de santé (CSIS) et les plans France Relance et France 2030 ont permis de mettre en œuvre des mesures allant dans la bonne direction. Toutefois, la disponibilité des produits de santé (PdS) reste un sujet épineux, placé en tête des préoccupations par la récente crise sanitaire, mais aussi par les tensions d'appro-

visionnement croissantes de la dernière décennie, exacerbées par la guerre en Ukraine et l'instabilité géopolitique mondiale.

A cette conjoncture défavorable s'ajoute une forte progression structurelle des dépenses de santé, liée au vieillissement de la population et aux progrès thérapeutiques. C'est dans ce contexte complexe que la Première ministre Elisabeth Borne a confié une mission à 6 personnalités qualifiées fin janvier 2023 afin d'identifier les pistes d'amélioration du système de financement des produits de santé et de la régulation du marché.

La « Mission Borne » a rendu son rapport fin août aux trois ministres concernés par son objet : le ministre de la Santé et de la prévention Aurélien Rousseau, le ministre délégué chargé de l'industrie Roland Lescure et le ministre délégué aux comptes publics, Thomas Cazenave.

Elle s'est appuyée notamment sur des auditions (plus de 170 personnalités ou organisations) pour produire une analyse poussée permettant d'aboutir à la formulation de recommandations et de grandes orientations destinées à concilier l'accès aux soins, les enjeux de souveraineté industrielle et la soutenabilité du système de protection sociale.

UN RAPPORT EXHAUSTIF

Pour la première fois, un rapport étudie la question des produits de santé de manière à la fois systémique et prospective et en concertant l'ensemble de l'écosystème.

Il contient un diagnostic fin portant sur les difficultés posées par le système de régulation actuel dans un contexte où la croissance des dépenses est fortement tirée par l'arrivée de thérapies innovantes. La maîtrise des volumes apparaît donc incontournable et nécessite une action volontariste afin d'im-

LA SANTÉ REGULER LE MARCHÉ ?

pliquer l'ensemble des acteurs, y compris les prescripteurs et les patients.

LES CONVICTIONS DE LA MISSION*

Des enjeux financiers et le besoin d'une approche globale et ambitieuse impliquant les prescripteurs et les patients

1 Les médicaments et les dispositifs médicaux (DM) font partie de la prise en charge des patients comme de la prévention. Ils sont un facteur déterminant du progrès médical des dernières années (10 ans d'espérance de vie gagnés en 50 ans, améliorations majeures de la vie des patients atteints de maladies chroniques...). La maîtrise des coûts des médicaments et DM est indissociable du travail sur les parcours de soins et l'organisation

des soins, donc les plans qualité / efficacité / santé publique / prévention...

2 Certains enjeux sociétaux des PdS sont insuffisamment connus des Français : impact environnemental en général, enjeux sur le non-gaspillage, antibiorésistance, danger de la polymédication / iatrogénie, etc.

3 Il existe des marges considérables pour que les produits de santé contribuent de façon majeure à la maîtrise de la dépense publique en santé, et permettent la soutenabilité financière du système, ce qui suppose d'avoir, là encore, une approche globale : développement des tests type TROD et plus généralement de certains tests de diagnostic, logiciels d'aide à la prescription, médicaments par voie orale, lutte contre la iatrogénie, diminution des accidents et incidents médicaux grâce au numérique, diminution

des durées de séjour hospitalier grâce à au développement des soins à domicile..., et au-delà médecine prédictive et personnalisée.

4 Il existe également des marges financières par une approche plus globale des sujets qui intègre notamment la distribution, laquelle représente ≈ 20% du coût des PdS pour la Sécurité sociale.

Une situation fragile et un système de régulation mal adapté

5 La situation française est maintenant complexe et désormais fragile à plusieurs égards, avec notamment des pénuries sur les médicaments matures, un décalage d'accès aux médicaments innovants avec les pays européens voisins (malgré l'accès précoce),

(*) Extraits de la synthèse du rapport de la mission Borne

A RETENIR

La mission Borne avait pour objectif d'identifier les pistes d'amélioration du système de financement des produits de santé et de la régulation du marché.

Elle formule dans son rapport une cinquantaine de propositions répartis sur 8 axes.

Une mobilisation de tous les acteurs est indispensable pour opérer un New Deal qui permettra de garantir un accès égal et durable des patients à tous les PdS.

Ce *New Deal* suppose des engagements de tous les acteurs et un travail différencié par pathologie avec des logiques de parcours, l'ensemble intégrant l'innovation.

Les propositions formulées par la mission servent de base à la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

Les changements structurels proposés par la mission supposent une démarche pluriannuelle et la conduite de travaux d'approfondissements techniques pour certaines des orientations proposées.

Les services de l'État concernés seront mobilisés dans une approche interministérielle pour tenir compte de l'ensemble des enjeux et travailler à la déclinaison de

nouvelles politiques.

Un suivi régulier sera mis en œuvre sous l'égide du cabinet d'Elisabeth Borne, impliquant l'État et l'ensemble des acteurs de la chaîne de production, d'approvisionnement et d'administration des produits de santé.

Les acteurs du secteur ont réagi à la publication du rapport de manière contrastée : le LEEM en craint une lecture sélective, les génériqueurs et les producteurs de biosimilaires se disent attentifs, le SNITEM (syndicat des laboratoires de DM) salue le travail réalisé et demande un suivi opérationnel, les pharmaciens sont en colère et la centrale d'achat hospitalière UniHA est séduite. Le collectif France Assos Santé ne s'est pour l'instant pas positionné pas plus, a priori, que les syndicats de médecins.

Le rapport et sa synthèse peuvent être consultés sur le site du ministère de la santé et de la prévention : sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/rapport-de-la-mission-financement-et-regulation-des-produits-de-sante



et depuis deux ans une croissance jamais vue des dépenses de médicaments et DM prescrits par les médecins. Alors que tous les pays qui ressemblent à la France doivent gérer les mêmes questions, la spécificité française se trouve dans une tradition d'effort continu sur les prix (les prix français étant en moyenne parmi les plus bas de l'OCDE), et, à l'inverse, une attention plus faible aux volumes indissociable d'une liberté laissée aux prescripteurs plus forte qu'ailleurs.

6 Industriellement, la France est très fragile, avec un point d'attention assez peu connu sur la production de médicaments biologiques. Sur le besoin de travailler plus sur les volumes et la pertinence des prescriptions, et d'être moins focalisés sur les prix.

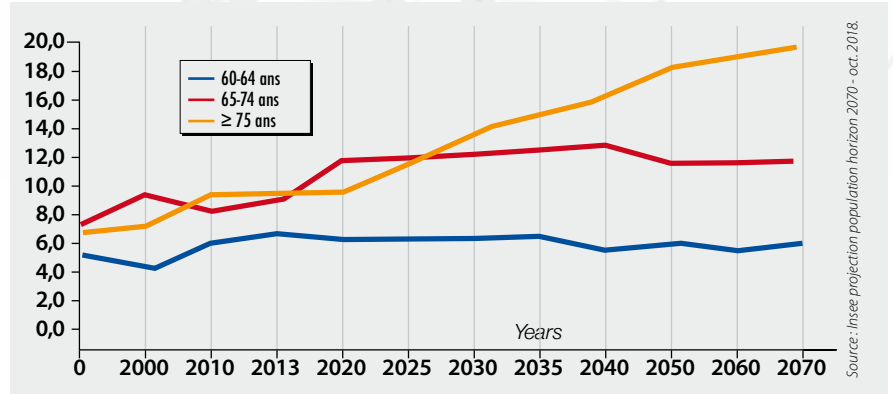
7 La dynamique de croissance de l'enveloppe des produits de santé est très forte et va le rester au moins pour quelques années, sous la pression d'une vague exceptionnelle d'innovations poussée par les biotechnologies et le numérique (probablement très vite l'IA voire l'IA générative). L'inflation est aussi un facteur de hausse.

8 Le renfort de la maîtrise des volumes semble maintenant incontournable, et peut être outillé par de nombreux leviers, dont une vraie sensibilisation des patients sur la question de la sobriété médicament/DM. L'action sur la structure de prescription pour développer les génériques et les biosimilaires doit être amplifiée.

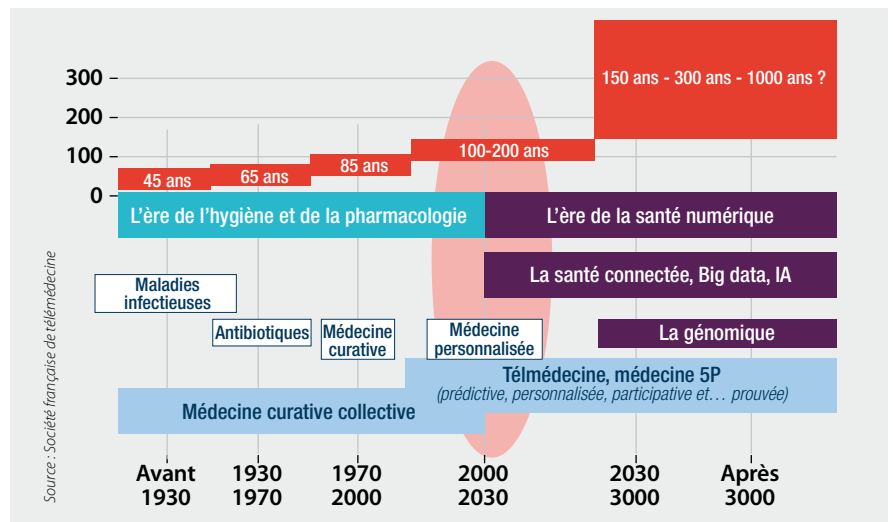
Des enjeux de méthode

9 Les mesures à prendre doivent tenir compte de changements assez forts dans les dynamiques industrielles et le fonctionnement des acteurs : des marchés de plus en plus mondialisés avec les pays BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud) qui ont développé leurs marchés intérieurs et une France qui se maintient à ≈ 3 % du marché mondial seulement, des objectifs de rentabilité financière très élevés sous la pression des marchés financiers, l'arrivée de nouveaux acteurs dans le financement des startups qui

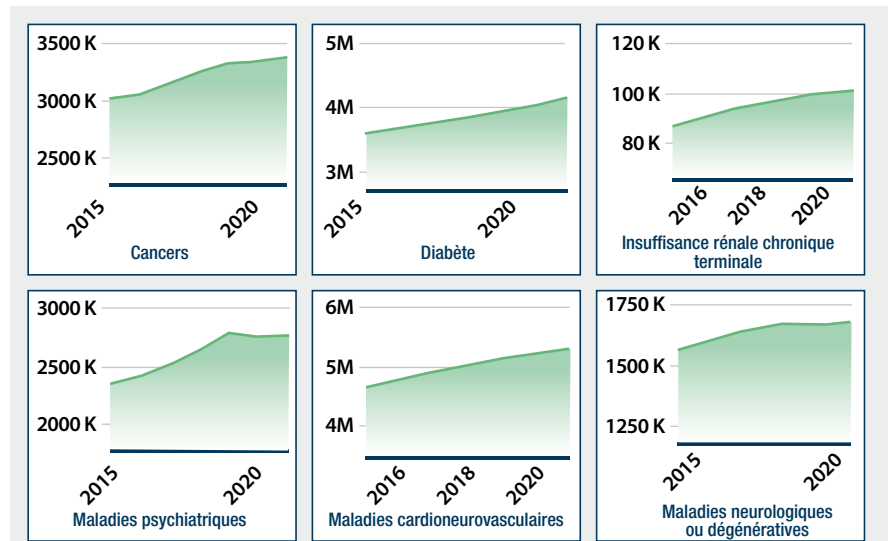
PART DES SÉNIORS DANS LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE



AUGMENTATION DU LIEN ENTRE ESPÉRANCE DE VIE ET INNOVATIONS



VISION SIMPLIFIÉE DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS AU NIVEAU NATIONAL



LES MEMBRES DE LA MISSION

AGNÈS AUDIER. Ingénieure des mines, ambassadrice France 2030 ;

CLAIRE BIOT. Vice-présidente de l'industrie de la santé chez Dassault Systèmes et administratrice indépendante chez Mauna Kea Technologies ;

FRÉDÉRIC COLLET. Président de la filière IA & cancer, ambassadeur France 2030 ;

ANNE-AURÉLIE EPIS DE FLEURIAN. Responsable accès au marché d'une entreprise ;

MAGALI LEO. Responsable du plaidoyer Renaloo, la voix des malades du rein ;

MATHILDE LIGNOT-LELOUP. Conseillère-maître à la Cour des Comptes.

sont une chance pour le développement des biotechs et du numérique, mais ont des exigences propres de délais et de coûts, une vraie mobilité internationale des projets et des talents.

10 Pour progresser, il est important de changer de méthode et ne pas seulement s'appuyer sur des textes réglementaires et des incitations : il est clé d'avoir des changements de comportements de tous les acteurs, une prise de conscience des marges qui existent pour une prescription qui prenne mieux en compte tous les enjeux des produits de santé (risques de pénurie, antibiorésistance, iatrogénie, impact environnemental, coût pour la sécurité sociale, attractivité de la France... voire balance commerciale), les patients devant être urgemment sensibilisés sur ces sujets ; les mesures législatives ne pourront seules permettre un retour à une situation qui concilie tous les objectifs sur les produits de santé.

11 De façon générale, la mission pense qu'un plan coordonné, qui intègre une mobilisation de l'innovation via France 2030, est indispensable pour ne pas avoir une dérive dangereuse avec un dérapage des coûts, une augmentation des délais administratifs comme réponse indirecte au dérapage, une fermeture de chaînes de production de médicaments matures, une aggravation des problèmes d'accès, une non-prise en compte des sujets écologiques.

UN PLAN DE 50 PROPOSITIONS RÉPARTI SUR 8 AXES*

a. Pour inscrire les produits de santé, trop souvent traités de façon isolée, dans tous les travaux sur la prévention, la pertinence des soins, les plans de santé publique, la distribution, la recherche en santé publique, les plans spécifiques comme « Grand Age », l'industrialisation, la décarbonation, etc.

b. Pour mobiliser dans les prochains mois l'innovation disponible par exemple avec les logiciels de prescription et favoriser le développement de produits et services en France ; l'innovation doit aussi permettre par exemple une mobilisation des données et évaluations en vie réelle, avec une attention particulière aux produits de la liste en sus voire au RIHN.

c. Pour adapter de nombreuses mesures techniques de régulation dont la fixation des prix, notamment pour mieux prendre en compte les questions de qualité de vie des patients et les approches médico-économiques, pour tester des approches plus européennes sur les achats de produits très chers, trouver des solutions pour les DM dépendants de la création d'actes, ou encore porter un effort sérieux sur les délais administratifs dont les coûts pour les entreprises sont sous-estimés et décalés par rapport au reste de l'Europe.

Donner de nouveaux objectifs aux achats hospitaliers est également un enjeu majeur.

d. Pour intégrer très vite les enjeux environnementaux dans tous les processus, y compris commencer à les introduire dans la fixation des prix (CEPS et achats hospitaliers).

e. Pour développer la recherche en santé publique et économie de la santé, mais aussi les infrastructures et capacités de traitement des données de santé, indispensables pour mieux optimiser, évaluer (notamment en vie réelle), et agir PdS par PdS sur la bonne prescription, pour le bon patient, au bon prix.

f. Pour anticiper dans les prochaines réglementations, fondée sur les parcours et la qualité et la sécurité des soins (y compris les PdS), avec *a priori* des fondements développés autour du concept international de *Value Based HealthCare*.

g. Pour adapter l'enveloppe de dépenses prévues par les LFSS à la place des produits de santé dans la prise en charge des patients et beaucoup mieux intégrer, dans les prix, les produits matures et peu chers qui souffrent particulièrement de l'inflation.

h. Pour adapter l'organisation de l'Etat compte tenu des enjeux, notamment en donnant un rôle plus fort de coordination au CEPS pour éviter le cloisonnement actuel, qui notamment traduit le cloisonnement entre les approches pertinence / prix / volumes. Cette nouvelle organisation doit permettre de créer des espaces de dialogue avec les industriels, mais aussi les associations de patients, les établissements de soins et les organisations des prescripteurs, pour définir et négocier en continu les adaptations nécessaires à l'usage optimum des produits de santé dans les parcours. ■

(*) Extraits de la synthèse du rapport de la mission Borne

QUELS OUTILS POUR ÉVITER

A défaut de posséder une connaissance « livresque » des textes régissant notre quotidien, il nous a semblé utile de préciser les sources auxquelles nous faisons régulièrement référence pour alimenter notre rubrique ...

Nous vous proposons d'en examiner les principales utilisées (LAP, NGAP, CCAM, Convention Médicale).

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et prestations (« LAP ») définie par l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale qui se compose de trois nomenclatures :

- La Classification commune des actes médicaux (CCAM) dont la révision est en cours, pilotée par le Haut conseil des nomenclatures.
- La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), régulièrement mise à jour.
- La Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

A la suite de la décision de l'Union nationale des caisses d'Assurance-maladie (UNCAM) du 11 mars 2005, au moment de la mise en œuvre de la CCAM, cette liste a été scindée en deux parties :

- La CCAM regroupant l'ensemble des actes techniques réalisés par les médecins, décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses qui s'y rapportent, figurant aux Livres I et III (articles 1, 2 et 3)

- La NGAP listant les actes cliniques réalisés par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Depuis, toutes les modifications de la liste des actes et prestations font l'objet de décisions de l'UNCAM régulièrement publiées au *Journal Officiel* (entre trois et dix par an, soit au total plus d'une centaine...).

Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes réalisés par les auxiliaires médicaux sont mentionnés à l'article III-4 du Livre III de la liste.

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET DIVERSES DE LA LAP

1) Dispositions générales

Rassemblées dans le Livre I (un seul article mais 15 sous-articles), elles définissent les règles de base de la CCAM : notion d'acte global, les modalités de prise en charge des actes, les modalités d'association et les conventions d'écriture des libellés, ainsi que les actes donnant droit à un forfait technique, etc.

2) Dispositions diverses

Rassemblées dans le livre III et composées de quatre articles, elles fixent les règles tarifaires (aussi bien en NGAP qu'en CCAM) et les conditions d'association ; dans son art. III-4, elles reprennent certaines dispositions de la NGAP concernant médecins mais aussi

chirurgiens-dentistes, sages-femmes et autres paramédicaux. C'est un volumineux chapitre, constitué de plus de 130 pages...

3) Annexes

Elles sont au nombre de 5 : l'annexe 2 précise les règles d'association, l'annexe 3 définit la classification des équipements d'IRM, scanner et TEP tandis que la 5 le cahier des charges pour archivage. La dernière détermine la facturation des forfaits de bilan de soins infirmiers.

ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/LISTE_DES_ACTES_ET_DES_PRESTATIONS_-18.08.2023.pdf

LA NGAP

Créée il y a plus de 50 ans (arrêté au *Journal Officiel* du 27 mars 1972), elle reste la seule opposable ; sa dernière version en vigueur date du 18/08/2023. Son champ est vaste puisqu'il recouvre les actes réalisés par les médecins soit de façon exclusive (actes cliniques, actes d'anatomie et de cytopathologie, actes de prélèvements réalisés par des médecins biologistes, actes de chimiothérapie anticancéreuse, actes de pratique thermale) soit en commun avec des paramédicaux

(lorsque l'acte existe à la fois en NGAP et à la CCAM comme le cathétérisme urétral chez l'homme, où le médecin code et facture en CCAM et l'infirmière en NGAP) mais également par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmières et pédicures-podologues.

Cette nomenclature est subdivisée en cinq parties mais c'est surtout la première qui nous concerne essentiellement puisqu'elle traite des

LES ERREURS DE COTATION ?

dispositions générales en 23 articles et décrit en particulier les actes cliniques dont la liste est détaillée dans les articles 2 et 2bis (lettres clés et coefficients), les frais de déplacement pour des actes effectués au domicile du patient (art. 13), les actes effectués la nuit ou les jours fériés ainsi que certaines majorations (art. 14), les contenus des différents types de consultation en fonction des spécialités ou de visite

à domicile et leurs majorations complexes (art.15), l'avis ponctuel de consultant (art. 18), les honoraires de surveillance en établissement de santé (art. 20) ou encore la consultation préanesthésique (art. 22)

ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2018.08.2023_VF.pdf

LA CCAM

C'est une liste d'actes techniques, codée (pour mémoire sous forme alphanumérique de sept caractères), commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale et chirurgicale. Établie par la décision de l'UNCAM (mise en œuvre au Livre II de la décision du 11 mars 2005), elle remplace la NGAP pour tous les actes relevant de son champ d'application, affectés d'un tarif.

Les dispositions qui s'y appliquent sont décrites dans les livres I et III de la décision de l'UNCAM correspondant respectivement aux Dispositions générales et Dispositions diverses, régulièrement mises à jour (dernière en date du 18 août 2023). Elle fut introduite de façon progressive entre le 31 mars 2005 et le 31 décembre 2006, date à partir de laquelle l'ensemble des médecins durent facturer en CCAM. Elle se compose de 19 chapitres dont les 17 premiers répondent à une classification anatomique par « grand appareil », le chapitre 18 où figurent les anesthésies complémentaires et les gestes complémen-

taires de l'acte principal et le chapitre 19 créé pour des besoins de transition entre la NGAP et la CCAM, contenant des actes non transposables en CCAM (reconnaisables car affectés d'un code de type YYYYnnn) et quelques modificateurs.

La CCAM dispose d'un site qui lui est dédié, téléchargeable selon 2 formats (PDF et/ou Excel) permettant de consulter les règles de facturation, de trouver un acte (selon une recherche par code, mot-clé ou chapitre), ou encore d'établir la liste des 50 actes les plus fréquents de chaque spécialité. Il existe également d'autres documents téléchargeables (comment utiliser le site en ligne, comment remplir une feuille de soins en CCAM, etc.). Elle est régulièrement mise à jour (nous en sommes à la version 73.10 en date du 14 septembre 2023).

ccam.ameli.fr

LA CONVENTION MÉDICALE

En l'absence de signature de la convention médicale par tous les syndicats médicaux en début d'année, un règlement arbitral applicable aux médecins libéraux est paru au *JO* le 30 avril 2023, applicable au 1er mai 2023, régissant les relations entre ces derniers et leur caisse d'Assurance-maladie.

Arrêté pour une durée de 5 ans mais cessant dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention négociée entre les partenaires conventionnels, il reprend les principales dispositions issues de la convention signée le 25 août 2016 ainsi que ses annexes et avenants, tout en apportant quelques nouvelles mesures comme des évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, une revalorisation

de certaines consultations (1,5 € à partir du 1^{er} novembre 2023) et création d'une nouvelle consultation (consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant d'un patient relevant d'une ALD exonérante), revalorisation de la participation des médecins à la prise en charge des soins non programmés, revalorisation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients âgés de plus de 80 ans et ceux atteints d'une ALD ainsi que quelques évolutions techniques.

ameli.fr/lille-douai/content/reglement-arbitral-avril-2023-journal-officiel

QUE RETENIR ?

Il n'est donc pas nécessaire de connaître sur le bout des doigts ces différents textes mais plutôt de pouvoir s'y référer car ils vous permettent de vous libérer de certaines situations incertaines ou com-

plexes et d'éviter de possibles actions contentieuses de la part de votre CPAM. ■

FICHE 3 MG FRANCE

FÉDÉRATION FRANÇAISE
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Syndicat monocatégoriel créé en 1986 à la suite d'une scission de généralistes de la CSMF.
- Résultats aux élections URPS 2021 : collègue généralistes -36,58 % des suffrages (n°1, +5,3 points vs 2015).

ORGANISATION
DE MG FRANCE

- **Le bureau national** : douze membres dont un membre de droit (président de l'organisme de formation MG Form).
- **Le comité directeur** : quinze délégués régionaux élus par les régions, trente Conseillers nationaux élus par l'Assemblée générale et dix membres associés (organisme de formation, syndicat de généralistes intervenant en établissement, fédération des CPTS...).
- **Des chargés de mission** travaillent sur des thèmes d'intérêt pour la profession (accessibilité, femmes, formation initiale et recherche, inégalités sociales de santé...).

NÉGOCIATIONS
CONVENTIONNELLES
ET RÈGLEMENT ARBITRAL

En amont du début des négociations conventionnelles, MG France avait indiqué les points incontournables des échanges :

- Une mise à niveau du tarif de la consultation tenant compte de l'inflation : 29 € en novembre 2023, 30 € en août 2024 et non conditionnée par des contraintes supplémentaires pour les généralistes.
- La valorisation de l'acte complexe pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, à niveau égal au cabinet médical et au domicile du patient.
- La reconnaissance et la valorisation des missions du médecin traitant (valorisation du forfait médecin traitant).
- Une aide pérenne à l'embauche d'un assistant médical.

Fin février, le comité directeur du syndicat a rejeté la convention à l'unanimité, la condamnant de fait (en effet pour être adoptée, elle devait être signée par un ou des syndicats ayant recueilli au moins 30 % des voix aux élections URPS de 2021).

Les éléments à l'origine de ce rejet :

- Le contrat d'engagement territorial (CET), refusé par l'ensemble des syndicats.
- La revalorisation du C à 26,50 alors que le syndicat en demandait 30 euros pour tous les médecins sans conditions (ces 30€ étaient proposés pour les médecins qui auraient été signataires du CET).

Concernant le règlement arbitral
entré en vigueur au mois de mai, MG
France a notamment dénoncé deux
points :

- **L'aggravation du différentiel de rémunération entre spécialités médicales** : la consultation de base en médecine générale est cotée à 26,50 € alors que celle des autres spécialités est portée à 31,50 €. Ce tarif est obtenu en additionnant le tarif du Cs à une majoration forfaitaire transitoire de 3,50 € et à une majoration de coordination spécialiste de 5 € alors que la convention prévoit une application conditionnée de ces majorations.
- **La téléconsultation** : établie à 25 € pour toutes les spécialités avant le règlement arbitral, elle est restée au même tarif pour les généralistes mais a été portée à 30 € pour les autres spécialités.

MG France estime qu'il s'agit d'un mauvais signal envoyé aux jeunes médecins qui souhaiteraient s'engager en médecine générale, alors même que 10 % des Français de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant. Le traitement égal des spécialités est pour le syndicat un préalable à la reprise des négociations.

ZOOM : RAPPEL :
LES PROPOSITIONS
DE MG FRANCE LORS DES
ÉLECTIONS URPS DE 2021

- **Une rémunération** à la hauteur des missions.
- **Un exercice quotidien** simplifié et sécurisé.
- **Des moyens** pour une meilleure qualité de vie au travail.
- **Remplacement** : Promouvoir les statuts de médecin adjoint/assistant/collaborateur.
- **Installation** : Un forfait de primo installation pour tous les médecins généralistes pour compenser l'absence de rémunération forfaitaire.
- **Maternité/paternité** : Moduler les indemnités journalières maternité/paternité en fonction des revenus, harmoniser la durée des congés des futurs parents sur le modèle du droit commun.
- **Maladie** : Indemnités journalières maladie proportionnelles aux revenus sans délai de carence. Améliorer la prise en charge de l'invalidité.
- **Retraite** : Chaque euro cotisé doit ouvrir les mêmes droits.



PLUS D'INFOS...

- mgfrance.org

LE TRAVAIL AIDÉ

FOCUS SUR LA SECRÉTAIRE MÉDICALE

Votre secrétaire est en principe le premier point de contact du patient avec votre cabinet. Elle en est donc la vitrine et participe à la construction de son image et de sa réputation au même titre que vos autres patients lorsqu'ils se répandent en commentaires élogieux ou en critiques acerbes.

- Que fait au juste une secrétaire ?
- Comment est-elle formée ?
- Quelle différence avec un assistant médical ?
- Y a-t-il encore un avenir pour les secrétaires médicales ?



LES INTERVENANTS POSSIBLES
AU SEIN DU CABINET II

A QUOI SERVENT LES SECRÉTAIRES
MÉDICALES ? III

LES COMPÉTENCES, SAVOIR-FAIRE
ET SAVOIR ÊTRE DE LA SECRÉTAIRE
MÉDICALE IV

QUELLES ÉTUDES POUR DEVENIR
SECRÉTAIRE MÉDICALE ? IV

RÉMUNÉRATION DE LA SECRÉTAIRE
MÉDICALE V

L'ENTRETIEN ANNUEL D'ÉVALUATION V

QUELLE ÉVOLUTION POSSIBLE ? VI

RÉCAPITULATIF : QUI FAIT QUOI ? VI

SECRÉTAIRE MÉDICALE :
QUEL AVENIR POUR CETTE FONCTION ? VI

TÉMOIGNAGES VII



LES INTERVENANTS POSSIBLES AU SEIN DU CABINET

SECRÉTARIAT ET TÉLÉSECRÉTARIAT

Plusieurs tâches sont communes au secrétaire et au télésecrétaire médical, notamment :

- La permanence téléphonique du cabinet (accueil et information des patients) ;
- La prise des rendez-vous et la prise en note les messages ;
- La gestion des urgences ;
- La rédaction des comptes-rendus ou des courriers médicaux ;
- Eventuellement la retranscription d'entretiens et de conférences ;
- Le classement, l'actualisation et l'archivage des documents et dossiers administratifs.

En termes de statut, le secrétaire est traditionnellement salarié du cabinet. En revanche le télésecrétariat peut être assuré par un indépendant ou une entreprise spécialisée dans ce type de mission ou encore un salarié du cabinet ayant fait le choix de travailler à distance.

ASSISTANT MÉDICAL *(voir le cahier pratique du n°444)*

- La fonction d'assistant médical (AM) est récente. Il permet au médecin de se libérer de tâches sans plus-value médicale pour se concentrer sur le soin.
- La formation de l'AM lui permet de maîtriser la manipulation des produits de soin ou des prélèvements et la réalisation d'actes plus techniques pour aider les médecins en cas de besoin.
- L'AM peut prendre en charge trois types de mission : des tâches administratives, la préparation et le déroulement de la consultation et l'organisation et la coordination, notamment avec les autres acteurs de santé.
- Le niveau de rémunération de l'AM peut aller d'un salaire mensuel brut minimum compris entre 1 642 et 1 953 € selon son positionnement sur la grille de classification.
- L'Assurance-maladie facilite l'embauche d'assistants médicaux en versant une aide financière, dont une partie pour couvrir certains des frais d'embauche.

INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE *(voir innov'cardio n°2 - octobre 2021)*

- Un infirmier en pratique avancée (IPA) est un IDE ayant acquis, à travers des études supérieures poussées (master au minimum), les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes. Il possède également les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel il exerce.
- En cardiologie, une consultation d'IPA permet d'assurer la continuité des soins et le suivi d'une maladie chronique stabilisée. Elle favorise la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé, de dépistage et d'orientation. Elle aide à la constitution d'une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.
- Globalement, travailler avec un IPA permet d'améliorer à la fois l'accès aux soins, les prises en charge, la qualité de vie des patients et de leurs proches et les conditions d'exercice des praticiens. Elle induit également une réduction des dépenses de santé en augmentant l'efficacité des prises en charge et en diminuant leur délai.
- L'IPA peut exercer en libéral (cotation selon tarifs Cnam) ou comme salarié au sein du cabinet (prévoir dans ce cas entre 35 et 40 k€ brut / an).





A QUOI SERVENT LES SECRÉTAIRES MÉDICALES ?

Les secrétaires médicales peuvent exercer des missions très variées et qui s'adaptent selon les besoins des médecins pour lesquels elles travaillent.

Dans le cadre de la création du métier d'assistant médical, l'Assurance-maladie avait calculé le temps consacré par les secrétaires à différentes tâches :

- tâches administratives : 6 h 36 ;
- gestion du matériel médical : 45 mn ;
- informatique - dossiers patients : 47 mn ;
- gestion du parcours de soins des patients : 73 mn ;
- problématiques sociales : 48 mn ;
- relation avec les CPAM : 30 mn ;
- autres sujets : 29 mn.

Une journée type comporte l'exécution de plusieurs missions :

- L'accueil des patients ; sa qualité est essentielle pour garantir leur satisfaction ;
- La gestion de l'agenda du ou des médecin(s) :
 - fixer les rendez-vous en les organisant de manière efficace ;
 - gérer les changements éventuels.
- Le traitement des appels et s'assurer que les demandes des patients reçoivent une réponse (prise de message, transmission des informations au médecin, rappel du patient le cas échéant) ;
- La préparation et la mise à jour des dossiers médicaux ;
- Le suivi administratif des patients (interaction Assurance-maladie, gestion des remboursements, traitement confidentiel des informations) ;
- L'accomplissement des tâches courantes liées à la gestion du cabinet : vérification de l'état des stocks de fournitures de bureau, gestion du courrier papier et électronique.

Les missions des secrétaires médicales peuvent être très variées et s'adaptent selon les besoins des médecins.





LES COMPÉTENCES, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR ÊTRE DE LA SECRÉTAIRE MÉDICALE

SAVOIR-ÊTRE

Premier point de contact du patient avec votre cabinet, la secrétaire médicale en est la vitrine. De l'impression qu'elle fera naître chez lui dépendra en partie la manière dont il vous percevra et dont il percevra l'ambiance qui règne au sein du cabinet. Il est donc important qu'elle soit dotée de qualités humaines solides : sens du relationnel, bienveillance, disponibilité, courtoisie mais aussi adaptabilité, rigueur et discrétion sont des qualités nécessaires pour ce type de poste.

DES COMPÉTENCES ET DES SAVOIR-FAIRE PLUS TECHNIQUES SONT ÉGALEMENT REQUIS :

- connaître l'activité, les contraintes et les besoins du cabinet ;
- savoir gérer les priorités ;
- être efficace dans la gestion des appels téléphoniques ;
- maîtriser les outils informatiques adaptés à sa fonction (traitement de texte, tableurs, logiciels de dossier médical) ;
- maîtrise de l'orthographe ;
- expression écrite et orale professionnelle ;
- posséder un minimum de notions appartenant au domaine médical ;

QUELLES ÉTUDES POUR DEVENIR SECRÉTAIRE MÉDICALE ?

Il n'existe pas de diplôme d'Etat spécifique à la profession. Certains établissements proposent des titres certifiés accessibles après le bac ou plusieurs années d'expérience. Pour accéder à ces titres, le bac pro AGOrA - assistance à la gestion des organisations et de leurs activités et le bac techno ST2S constituent une bonne base.

EXEMPLES DE FORMATIONS

- **BEP** dans le secteur tertiaire complété par une expérience professionnelle dans le secteur médical.
- **Niveau bac**
 - Certificat secrétaire médico-social(e).
 - Certificat secrétaire médicale.
 - Titre de secrétaire médical.
 - Titre de secrétaire technique option santé.
 - Titre secrétaire assistant médico-social.
- **Bac + 1**
 - FCIL secrétariat médical.
 - FCIL secrétariat médico-social.
 - secrétaire médical et médico-social (IRFSS).
- **Bac + 2**
 - Secrétaire médico-social.
 - DU de technicien de l'information médicale (université d'Avignon).
- **Bac + 3**
 - FCIL secrétaire assistant médico-administratif.





RÉMUNÉRATION DE LA SECRÉTAIRE MÉDICALE

La rémunération de la secrétaire médicale dépend de son positionnement sur la grille de classification issue de l'accord de branche du 27 juin 2019. Rappelons que celle-ci s'articule autour de :

- 5 filières professionnelles : médicale, médico-technique, paramédicale, transversale, management
- 16 emplois repères
- 13 niveaux de positionnement qui tiennent compte de « critères classants » qui sont : la formation ou acquis de l'expérience, le degré d'autonomie, le niveau de complexité et le niveau de la dimension relationnelle requis pour chaque emploi.

L'addition des niveaux pour chacun des quatre critères aboutit à un score de 4 à 16 qui permet d'établir une grille de positionnement des emplois repères. Les salaires minimaux conventionnels sont fixés par référence à la situation du poste de chaque salarié sur la grille de positionnement. Une secrétaire médicale obtient normalement un score entre 4 et 8. Selon l'avenant 89 signé le 7 juillet dernier, cela correspond à des salaires minimaux mensuels compris entre 1747,20€ et 2010,41 € (salaires bruts pour 151,67 heures travaillées par mois).

L'ENTRETIEN ANNUEL D'ÉVALUATION

L'entretien annuel d'évaluation valorise votre secrétaire médicale et montre votre capacité à reconnaître son travail et l'intérêt que vous lui portez. Il contribue ainsi à son bien-être et à son efficacité.

UN ENTRETIEN POUR ...

- échanger avec votre secrétaire médicale de manière structurée et en suivant une méthodologie spécifique ;
- faire le bilan de l'année écoulée ;
- visualiser les difficultés rencontrées et y trouver des solutions ;
- faire le point sur ses compétences et leur adéquation à son poste ;
- parler d'avenir (évolution, formation, prise de responsabilité) ;
- offrir à votre secrétaire médicale un cadre officiel transparent d'échanges et de consensus ;
- lui faire un retour objectif sur ce qu'elle apporte à votre pratique et à vos patients, tout en lui donnant la possibilité d'évoquer ses éventuelles difficultés ;
- l'impliquer davantage dans la gestion quotidienne du cabinet ;
- l'inciter à suggérer des idées, faire remonter des remarques de patients susceptibles de modifier votre mode de fonctionnement pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins... ;
- lui indiquer que son travail est apprécié et reconnu, la motiver et la fidéliser.

Pour que l'évaluation soit utile et efficace, définissez et communiquez en amont les règles de fonctionnement et les bases sur lesquelles elle repose :

- une procédure acceptée et des résultats attendus : process d'évaluation, enjeux, préparation ;
- une méthodologie définie en amont : possibilité de s'exprimer, pas de décision prise à l'avance, un support pré remplis par votre secrétaire et vous, ... ;
- un échange respectueux : écoute, absence de préjugés, échanges non conflictuels, ... ;
- un retour et un suivi partagé : formalisation d'un compte-rendu conforme à ce qui a été dit.





QUELLE ÉVOLUTION POSSIBLE ?

Une secrétaire médicale peut évoluer vers une fonction d'assistante médicale. Le médecin pourra alors choisir de remplacer ou non sa secrétaire médicale selon son utilisation des outils d'aide à la gestion du cabinet (dictée vocale, prise de rendez-vous en ligne...).

RÉCAPITULATIF : QUI FAIT QUOI ?

	Secrétaire administrative	Secrétaire médicale	Assistant médical	IPA
Gestion des rendez-vous	■	■	■	
Gestion des dossiers administratifs	■	■	■	
Coordination autres professionnels	■	■	■	
Facturation	■	■		
Installation / préparation du patient		■	■	■
Mesures anthropométriques			■	■
Prise des constantes			■	■
Prévention primaire			■	
Prévention (primaire, secondaire, tertiaire)				■
Examens et prélecture				■
Entretien patient			■	■
Education à la santé			■	■
Education thérapeutique				■
Télésurveillance DECI				■
Suivi des plaies				■
Orientation vers autres professionnels				■
Prescription d'examens				■
Adaptation des traitements				■

SECRÉTAIRE MÉDICALE : QUEL AVENIR POUR CETTE FONCTION ?

Avec la modernisation des cabinets médicaux et le recours croissants aux outils numériques, on peut se demander si la fonction de secrétaire médicale a encore un avenir.

Plateformes pour les prises de rendez-vous, logiciels de transcription vocale, développement de la fonction d'assistant médical (avec l'aide financière de l'Etat), ... Les tâches traditionnellement dévolues aux secrétaires semblent se réduire comme peau de chagrin. Oui mais ... qui les remplacera à l'entrée du cabinet pour accueillir les patients d'un sourire rassurant et chaleureux ? Qui veillera à leur confort pendant qu'ils attendent patiemment leur rendez-vous ? Qui se chargera de ranger la pile de magazines dans la salle d'attente ? Bref, qui se chargera de tous ces petits rien qui font toute la différence au quotidien ?



TÉMOIGNAGES

Personne ne peut mieux parler de la fonction de secrétaire médicale que vos collaboratrices. Martine et Patricia se sont prêtées à l'exercice.



MARTINE exerce le métier de secrétaire médicale depuis 30 ans dans un hôpital privé appartenant au groupe ELSAN (autrefois une clinique privée).



PATRICIA travaille depuis 20 ans dans un centre médical regroupant quatre cardiologues ainsi que plusieurs autres spécialistes – dermatologie, neurologie, gastro-entérologie, gynécologie.

Votre travail a-t-il évolué ?

Martine : Oui ! les tâches sont plus diversifiées. C'est souvent lié aux nouveaux outils de travail (scannage, saisies de planning, programmation de bloc, plus d'examens à planifier, etc.).

Patricia : Complètement. Au début, les dossiers patients étaient au format papier. Les logiciels sont aujourd'hui adaptés à chaque spécialité. On peut faire automatiquement le suivi du tiers payant, la télétransmission, la comptabilité... donc suivre à la fois l'administratif et le médical. L'arrivée de la télémédecine entraîne aussi des répercussions sur l'activité.

Les relations avec les patients

Patricia : Le centre médical est situé dans une zone rurale plutôt favorisée. Les patients sont gentils, il n'y a pas d'incivilité ou autre, ou peu. En revanche, il y a eu un avant- et un après-Covid. Les gens sont plus exigeants et plus angoissés, ils ne comprennent pas toujours les délais et s'ajoutent à cela leurs problèmes liés à l'âge et à la maladie qui s'ajoutent. Il faut en tenir compte quand on leur explique pourquoi les délais sont longs, et leur faire comprendre que les choses ont changé et qu'ils ne peuvent plus possible venir du jour au lendemain et sans prévenir.

Martine : Les rapports avec les patients ont évolué : ce sont souvent des gens très exigeants, très égoïstes et très assistés (surtout une certaine tranche d'âge). Malheureusement, nombreux se croient seuls. De plus ils viennent souvent sans ordonnances de médicament, sans leurs analyses, sans leur dossier. Cela génère une perte de temps pour tout le monde surtout pour le médecin pour qui il est difficile de statuer sans tous les éléments.

La gestion des plannings et la double injonction manque de temps du médecin - demandes plus ou moins urgentes des patients

Martine : Nous avons l'habitude de gérer, mais il y a beaucoup de demandes et il faut savoir trier les vraies et les fausses urgences (une personne qui a juste oublié de prendre son rendez-vous annuel et qui le veut tout de suite) ou une personne qui a des symptômes suspects que nous rajoutons toujours même si les plannings sont déjà très chargés. Les plannings sont de plus en plus surchargés.

Patricia : La gestion des plannings est compliquée, car nous devons tenir compte de nombreux paramètres. Il faut être à l'écoute du patient et poser des questions ciblées pour mieux comprendre son besoin et identifier une urgence éventuelle. En cas de doute, je demande son avis au médecin. Nous avons aménagé l'agenda pour réserver des créneaux spécifiques aux urgences (2 par demi-journée) et nous avons bloqué demi-journée par semaine ou par quinzaine pour pouvoir assurer par

exemple le suivi rapproché des patients lors de la mise en place d'un traitement. Ces créneaux ne peuvent pas être réservés sur internet.

Les agendas en ligne : avantage ou contrainte ?

Patricia : Nous avons un système d'agenda indépendant disponible sur internet, mais il est finalement peu utilisé par les patients pour la cardiologie. En revanche, il est très utilisé par la patientèle plus jeune d'autres spécialités (ophtalmologie, gynécologie, ORL). Comme les plannings sont chargés, la plupart du temps les patients prennent leur rendez-vous d'une fois sur l'autre, à 3 mois, à 6 mois. Et la prise de rendez-vous est toujours possible par téléphone pour les patients qui ne sont pas à l'aise avec internet.

Martine : Je pense que Doctolib est un avantage, en particulier parce qu'il permet d'envoyer des rappels de rendez-vous. Le problème des patients ne se présentant pas à leur rendez-vous est récurrent. Cela pénalise les autres patients et les médecins.

L'arrivée des nouveaux outils type télésurveillance, etc ?

Martine : La télésurveillance est un outil précieux pour les patients. Cela permet au médecin de traiter rapidement et à distance des situations sans gravité, parfois simplement en renforçant un traitement. C'est également très utile pour les patients qui habitent loin, qui se déplacent difficilement ou qui sont plus fragiles.

Patricia : Nous faisons de la télécardiologie depuis quelques années. C'est un plus qui m'a permis de progresser dans mon travail. La télé médecine permet de suivre les patients à distance pour par exemple revoir les traitements si besoin. Quant à la télésurveillance, les patients l'acceptent très bien et sont rassurés par ce suivi supplémentaire, ainsi que leurs proches. Le logiciel reçoit alerte, on va sur la plateforme, on analyse les alertes et on gère les tarifications. Malheureusement, cela ne sera à rien pour les patients en maison de retraite, car l'appareillage est souvent débranché et rangé dans un placard.

L'évolution du métier et de la fonction de secrétaire médicale

Martine : Pour notre secrétariat c'est un peu particulier, car nous avons été reclassées en « assistantes médico-techniques », car nous faisons beaucoup de manipulations (électrocardiogramme, pose de Holter, préparation épreuve d'effort). À ce jour le secrétariat pur est en souffrance, car nous n'avons pas beaucoup de temps pour le faire (trop souvent dans les salles) et peu de temps pour mettre les dossiers à jour. Il y a beaucoup de retard dans le courrier, le scannage, les remises de chèques, etc.

Je pense qu'il faudrait que les gens se rendent compte en France que nous avons la chance d'avoir un bon système de santé et que nous ne devons pas en abuser. On a la chance d'être remboursés et cela incite certaines personnes à venir trop souvent sans que cela soit justifié alors que d'autres ont réellement besoin.

L'impression générale des secrétaires aujourd'hui est unanime : les gens oublient qu'ils ne sont pas seuls et n'ont plus la notion de l'urgence. Ils sont très exigeants et cela devient compliqué à gérer. Heureusement, d'autres patients sont raisonnables et comprennent parfaitement la situation.

Patricia : Le métier va continuer à évoluer avec l'arrivée des nouvelles technologies, notamment l'IA qui pourra peut-être remplacer la secrétaire par exemple pour écrire les courriers. Mais je crains que le métier se déshumanise. En attendant, c'est un poste qui nécessite une relation de confiance avec le cardiologue. ■

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

12^e PARTIE : RENDRE LE DOUBLE AVEUGLE OPÉRATIONNEL

L'effet placebo comprend une part d'effet-patient, notamment sa susceptibilité au fait de recevoir un traitement qu'il envisage ou non comme efficace, une part d'effet-médecin, notamment la plus ou moins grande croyance et persuasion du médecin dans l'effet du traitement qu'il propose, et donc une part de relation patient-médecin. L'effet placebo est une constante pouvant fausser l'appréciation de l'effet réel ou effet thérapeutique spécifique d'un candidat-traitement. La méthode du double aveugle étant le moyen de prendre en compte l'effet placebo dans l'évaluation d'un candidat-traitement : comment faire en sorte que le double aveugle soit opérationnel ?

La nécessité d'un groupe contrôle

Pour rendre opérationnel le double aveugle, il faut réaliser une étude comparant deux groupes de patients ayant une même maladie et supposés identiques dans la valeur moyenne des critères qui les caractérisent. Il faut donc diviser en deux un même groupe par le processus de randomisation afin que les deux groupes ne diffèrent que par un seul élément : l'un recevant le candidat-traitement en évaluation et l'autre non. À la place du candidat-traitement, le deuxième groupe recevra un placebo dont l'aspect et les modalités d'administration devront être identiques à celles du candidat-traitement, de même que devront l'être les modalités du suivi des deux groupes.

Si rien ne permet de savoir qui reçoit le placebo et qui reçoit le candidat-traitement, l'effet placebo sera en moyenne identique dans les deux groupes comparés et, si une différence apparaît au fil du temps entre les groupes dans l'incidence d'un événement recherché, on pourra conclure qu'elle résulte de l'effet thérapeutique spécifique du candidat-traitement et non d'un effet placebo.

Le groupe recevant le placebo est dénommé « groupe contrôle » car il sert de référence, de témoin : l'incidence des événements recherchés sera évaluée dans ce groupe et servira de valeur de référence. L'incidence des mêmes événements sera évaluée dans le groupe recevant le candidat-traitement et comparée à celle du groupe contrôle. S'il y a une différence dans les incidences évaluées entre les deux groupes et si, par un test statistique préalablement défini, cette différence a moins de 5 % de probabilité d'être l'effet du hasard, cette différence (positive ou négative) sera attribuée à l'effet spécifique du candidat-traitement. Cette différence, quantifiée en valeur relative, est dénommée effet thérapeutique lorsqu'elle est positive, effet nocif lorsqu'elle est négative, et prend donc la forme d'une ampleur d'effet.

Le terme « contrôlé » dans la dénomination « essai thérapeutique contrôlé » (ETC) n'est pas lié au fait que l'étude est effectuée sous le contrôle d'expérimentateurs, mais au fait qu'il existe un groupe servant de référence ou groupe contrôle.

Ni le patient, ni le médecin, ni l'évaluateur ne doivent pouvoir influencer l'essai

L'aveugle signifie qu'au moins une personne ne sait pas si le patient reçoit le candidat-traitement évalué ou le placebo, le terme « aveugle » est parfois remplacé par le terme « insu » comme dans l'essai en double insu. Le simple aveugle définit le fait qu'une seule personne ne le sait pas. Il s'agit en général du patient, mais parfois cela peut être le médecin, dans le cadre, par exemple, de l'évaluation des effets d'une chirurgie laparoscopique versus une chirurgie conventionnelle.

Le double aveugle définit le fait que ni le patient ni le médecin ne savent ce que reçoit le patient. Lorsqu'il est inclus dans un ETC, un patient peut être pris en charge par plusieurs médecins : son médecin traitant, le médecin investigateur, le médecin réalisant un éventuel geste thérapeutique (comme par exemple, un pontage coronaire avec ou sans artère mammaire...) et un médecin évaluant les événements survenus. Le double aveugle signifie que, ni le patient, ni le médecin investigateur qui suivra le patient, ne savent ce que reçoit le patient, et de ce fait, le médecin traitant ne le sait pas non plus, et ceci pour garantir un suivi identique dans les deux groupes. Dans le terme de double aveugle, certains incluent le médecin qui évaluera les événements survenus, et, dans ce cas, certains préfèrent alors utiliser le terme de triple aveugle.

Quoi qu'il en soit, il est important que le médecin qui évalue la réalité et la gravité des événements survenus ne sache pas dans quel groupe est le patient analysé afin que la façon dont il apprécie subjectivement et préalablement les avantages et risques du candidat-traitement n'influence pas la façon avec laquelle il évaluera l'événement. Au terme de son analyse des cas où il a évalué la réalité des événements sans connaître le groupe dans lequel est le patient, l'aveugle est levé afin de connaître le nombre d'événements survenus dans chaque groupe et de comparer ces nombres. Cela est fait lors de l'analyse finale prévue, mais aussi parfois lors d'analyses intermédiaires, auquel cas, à un moment donné quelques médecins savent ce qui se produit dans l'étude en faveur ou non du candidat-traitement afin de continuer ou non l'étude. ■

RECOMMANDATIONS ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DEVANT AVOIR UN RISQUE HÉMORRAGIQUE, ANTITHROMBI

En 2022, la Société européenne de cardiologie (ESC) a émis de nouvelles recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque. Nous continuons leur présentation avec 4 articles successifs consacrés au risque hémorragique, aux antithrombotiques et à la thromboprophylaxie per-opératoire. Ce domaine a de fortes implications médico-légales nécessitant tout à la fois une trace écrite des justifications des décisions prises et que l'information concernant ces décisions circule rapidement et efficacement entre tous les acteurs de la prise en charge.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

La prise en charge des traitements anti-thrombotiques chez un patient devant avoir une chirurgie non-cardiaque repose sur trois éléments :

- l'évaluation du risque ischémique ;
- l'évaluation du risque hémorragique ;
- le type de traitement antithrombotique.

Les modalités de l'évaluation du risque

ischémique ont été rappelées dans notre revue *Le Cardiologue* n°450 - février 2023 et titré « *Les bases du bilan pré-op en chirurgie programmée* ».

L'évaluation du risque hémorragique doit être faite conformément aux données du *tableau 1* permettant de déterminer trois catégories de risque hémorragique. Les éléments à prendre en compte sont la fréquence des hémorragies associées au geste (cas d'organes très vascularisés), la possibilité de les contenir par un geste mécanique local, leur importance et leur retentissement fonctionnel.

Le prototype de l'hémorragie grave est l'hémorragie intracérébrale ou au niveau médullaire : même si le volume de l'hémorragie n'est pas important, le risque fonctionnel en est majeur ce qui contribue à qualifier un patient exposé à ce risque de patient à haut risque hémorragique. Il ne faut donc pas se méprendre sur l'expression « haut risque hémorragique », voire à « risque hémorragique élevé ». Par ailleurs, le risque d'événements CV majeurs est augmenté en cas d'hémorragie majeure.

Une fois ces deux risques déterminés, les experts à l'origine des recommandations indiquent que l'évaluation de la balance bénéfice-risque peut être difficile justifiant alors une concertation multidisciplinaire en sachant que le risque ischémique est mieux apprécié par le cardiologue et le risque hémorragique est mieux apprécié par le chirurgien. Cette concertation pourrait réunir le cas échéant, cardiologue, neurologue, spécialiste vasculaire, hématologue, chirurgien et anesthésiste.

Lorsqu'un traitement anti-agrégant plaquettaire (AAP) est en cours, si les tests évaluant les fonctions plaquettaires ont des intérêts théoriques, en pratique, ils ne doivent pas être utilisés pour guider les modalités de prise en charge du fait de leurs limites encore importantes.

Il est recommandé de différer une chirurgie non cardiaque jusqu'à 6 mois après une angioplastie coronaire avec stent et jusqu'à un an après un syndrome coronaire aigu (SCA). Cependant dans les cas d'une chirurgie nécessaire plus rapidement (hors urgence), celle-ci peut être envisagée

Tableau 1. Risque hémorragique en chirurgie non-cardiaque

Chirurgie à risque hémorragique mineur	Chirurgie à bas risque hémorragique (peu fréquente ou à faible influence clinique)	Chirurgie à haut risque hémorragique (fréquente ou à forte influence clinique)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cataracte ou procédure pour glaucome ■ Chirurgie d'extraction dentaire (1 à 3 dents), chirurgie parodontale, pose d'implant, chirurgie endodontale (racine canalaire), nettoyage ou détartrage sous-gingival ■ Endoscopie sans biopsie ou résection ■ Chirurgie superficielle (par exemple : incision d'abcès, petites excisions ou biopsies cutanées) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie abdominale : cholécystectomie, réparation herniaire, résection colique ■ Chirurgie mammaire ■ Chirurgie dentaire complexe (multiples extractions dentaires) ■ Endoscopie avec biopsie simple ■ Gastroskopie ou coloscopie avec biopsie simple ■ Procédure avec des aiguilles de gros calibre (par exemple : biopsie médullaire ou d'adénopathie) ■ Chirurgie oculaire non liée à la cataracte ■ Petite chirurgie orthopédique (pied, main, arthroscopie) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie abdominale avec biopsie hépatique, lithotripsie extracorporelle ■ Chirurgie carcinologique étendue (par exemple : pancréas, foie) ■ Anesthésie neuraxiale (rachianesthésie, péridurale) ■ Neurochirurgie (intracrânienne, spinale) ■ Chirurgie orthopédique majeure ■ Procédures avec biopsie d'organes vasculaires (rein, prostate) ■ Chirurgie plastique reconstructrice ■ Interventions spécifiques (résection de polype colique, ponction lombaire, réparation endovasculaire d'anévrisme) ■ Chirurgie thoracique, résection pulmonaire chirurgicale ■ Chirurgie urologique (prostatectomie, résection de tumeur de vessie) ■ Chirurgie vasculaire (par exemple : réparation d'anévrisme de l'aorte abdominale, pontage vasculaire)

POUR L'ÉVALUATION DE LA CHIRURGIE NON-CARDIAQUE ANTITHROMBOTIQUES ET THROMBOPROPHYLAXIE

Tableau 1. Point-clés chez un patient recevant un traitement antithrombotique et devant avoir une chirurgie non cardiaque

- Evaluation du risque ischémique et hémorragique et de la balance bénéfico-risque
- Décision en fonction du traitement en cours et de la balance bénéfico-risque
- Concertation multidisciplinaire dans les cas non simples
- Ne pas utiliser les tests d'évaluation des fonctions plaquettaires en routine
- Lors de l'interruption transitoire d'une double anti-agrégation plaquettaire, l'aspirine doit être maintenue
- Diminuer le recours au relai par héparine lors de l'interruption d'un traitement anticoagulant, notamment lorsqu'il s'agit d'un anticoagulant oral direct pour une reprise dès que possible en post-opératoire, sauf cas spécifiques
- Information du patient et de son médecin traitant
- Assurer une bonne circulation de l'information concernant les décisions prises

au moins un mois après une angioplastie coronaire élective ou trois mois après une angioplastie pour SCA, délais pendant lesquels une double anti-agrégation plaquettaire (DAAP) sera maintenue. L'interruption transitoire ou prolongée d'une DAAP correspond à l'arrêt de l'anti-P2Y12 (clopidogrel, ticagrelor ou prasugrel) et au maintien de l'aspirine.

Le relai d'un anticoagulant oral par un autre traitement anticoagulant ou par un AAP n'est pas recommandé chez les patients à risque thrombotique bas ou intermédiaire ayant une chirurgie non cardiaque. Cela signifie qu'en cas de risque hémorragique élevé et d'arrêt transitoire d'un anticoagulant, ce dernier sera repris dès que possible en postopératoire, sans relai par une héparine, sauf cas spécifiques à connaître.

Toutes les décisions prises devront être communiquées au patient et à son médecin traitant en faisant en sorte que l'information soit claire, précise et accessible à tous les acteurs de la prise en charge.

PATIENT SOUS ASPIRINE

Prévention primaire

Chez les patients recevant de l'aspirine en prévention primaire, celle-ci peut être interrompue pour la période péri-opératoire. Le délai de l'arrêt avant l'intervention n'est pas précisé dans le texte mais est en général de 5 à 7 jours avant. Élément notable, les experts suggèrent de réévaluer l'indication

pour juger de la nécessité de reprendre ou pas l'aspirine au décours de l'intervention, en réévaluant la balance bénéfico-risque chez le patient.

Prévention secondaire

Les données exploitées proviennent principalement du plus grand essai conduit dans le domaine, l'étude **POISE 2** qui avait comparé l'arrêt de l'aspirine versus son maintien ou son introduction chez plus de 10 000 patients ayant une chirurgie non cardiaque : elle a démontré que l'aspirine ne réduit pas le risque ischémique (décès ou infarctus du myocarde [IDM] non-fatal) et augmente significativement le risque d'hémorragie majeure. L'arrêt de l'aspirine est donc préconisé.

Les modalités de l'arrêt ne sont pas précisées dans ces recommandations aussi est-il utile de rappeler celles adoptées dans l'étude POISE 2 : l'aspirine devait être arrêtée 4 à 8 jours avant la chirurgie et jusqu'à 7 jours après.

Prévention secondaire quand stent coronaire

L'étude POISE 2 a donné lieu à l'analyse a posteriori d'un sous-groupe de 470 patients ayant un antécédent d'angioplastie coronaire avec stent. Malgré ses limites, cette analyse a montré que le maintien ou l'introduction d'aspirine chez ces patients, par rapport à son arrêt diminue significativement le risque de décès ou d'IDM non-

fatal, sans majorer le risque d'hémorragie majeure.

De ce fait, en l'absence de chirurgie à haut risque hémorragique (voir tableau 1), ces données incitent à maintenir l'aspirine pendant la période périopératoire chez les patients ayant un antécédent d'angioplastie avec stent coronaire.

CAS PARTICULIERS

Antécédent de TAVI

Aucune donnée ne permet d'envisager de façon fiable la conduite à tenir. Les experts proposent d'arrêter l'aspirine en période péri-opératoire lorsque les risques de son maintien paraissent dépasser les bénéfices, et donc de l'arrêter dans les chirurgies non cardiaques à haut risque hémorragique.

En cas de clopidogrel en monothérapie

Les experts préconisent un arrêt court du clopidogrel en cas de chirurgie à haut risque hémorragique (sans relai par aspirine).

Dans les cas de monothérapie par clopidogrel résultant d'une désescalade thérapeutique après syndrome coronaire aigu, après une angioplastie coronaire, ou dans le cas d'une intolérance à l'aspirine ou après un AVC ou dans le contexte d'une artérite, une concertation multidisciplinaire est justifiée pour évaluer le rapport bénéfico-risque du maintien ou de l'arrêt du clopidogrel : maintien, arrêt transitoire, remplacement transitoire par l'aspirine. ■



L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

UNE RÉALITÉ UTOPIQUE ?

©yingyaipumi - stock.adobe.com

Comme nous l'avons vu dans précédent numéro (*Le Cardiologue* 453), la sortie de chatGPT a considérablement impacté le développement de l'intelligence artificielle dans le monde et dans tous les secteurs. La santé est particulièrement mise en avant avec l'IA : développement, recherche, diagnostic,... et toutes ses implications sur les patients et les professionnels de la santé.

LE DIAGNOSTIC MÉDICAL

S'il est un domaine où les enjeux sont colossaux, c'est bien celui du diagnostic. Les taux de faux positifs et de faux négatifs pourraient s'en trouver diminués avec une amélioration de la rapidité et de la précision des décisions sur des traitements plus appropriés et une suppression des examens inutiles. L'intelligence artificielle apporte son lot d'amélioration dans le domaine du diagnostic.

Une détection précoce des maladies

L'IA analyse des quantités très importantes de données médicales (imagerie, résultats de tests de laboratoire, données génétiques...) dans la détection des signes précoces de maladies, ce qui permettra de diagnostiquer ou d'identifier des anomalies ou des signes de maladies, améliorant ainsi les chances de réussite des traitements.

Un diagnostic plus précis

Le nombre d'erreurs de diagnostic pourra être diminué grâce aux analyses de données complexes et aux recommandations basées sur des preuves. Il y aurait également une garantie de traitements plus appropriés.

une personnalisation des traitements

L'IA peut analyser les données médicales des patients et proposer des plans de traitement personnalisés. En tenant compte des caractéristiques génétiques, des antécédents médicaux et des réponses antérieures aux traitements, les thérapies seront mieux adaptées aux besoins spécifiques de chaque individu.

L'aide à la décision clinique

L'intelligence artificielle peut fournir des informations pertinentes et des suggestions de traitement en temps réel en se basant sur les meilleures pratiques médicales et les dernières recherches. Cela peut être particulièrement utile lors de décisions complexes.

La télémédecine améliorée

L'intégration de l'IA dans des applications de télémédecine sera une aide précieuse pour l'évaluation à distance des patients. Cela est d'autant plus actuel et particulièrement utile dans les régions éloignées ou mal desservies (déserts médicaux).

La gestion des données de santé

L'organisation et l'analyse des don-

nées de santé massives sont le fer de lance de l'IA, ce qui sera extrêmement bénéfique pour les études épidémiologiques, la recherche médicale et la gestion des dossiers médicaux électroniques (*voir plus loin le développement des médicaments*).

La réduction des coûts de soins de santé

Certains des points cités ci-dessus contribueront à réduire les coûts de soins à long terme grâce à l'amélioration du diagnostic, des erreurs médicales, de l'optimisation des traitements. L'efficacité opérationnelle des établissements de santé, notamment la planification des ressources, l'optimisation des flux de patients et la gestion des stocks de médicaments s'en trouveront améliorés.

LA PRÉVISION DES ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES

La capacité à prédire les événements cardiovasculaires dans le futur dépendra bien sûr des progrès technologiques, mais également des données disponibles et des méthodes de modélisation utilisées. L'IA a déjà montré son potentiel pour aider à prédire les événements cardiovasculaires en utilisant des modèles d'apprentissage automatique (*machine learning* [1] et *deep learning* [2]) qui analysent de grandes quantités de données médicales, notamment des informations sur les patients, les antécédents médicaux, les facteurs de risque et les données de surveillance en temps réel.

Voici quelques points pour la prédiction des événements cardiovasculaires :

Les modèles de prédiction du risque. Les IA peuvent être formées pour développer des modèles de prédiction du risque qui estiment la probabilité qu'un individu subisse un événement cardiovasculaire, comme une crise cardiaque ou un AVC, dans un avenir proche. Ces modèles prennent en compte de nombreux facteurs de risque, tels que l'âge, le sexe, les



L'ÉTHIQUE ET L'HUMAIN AVANT TOUT

L'Organisation mondiale de la santé a publié en juin dernier un premier rapport sur les défis liés à l'intelligence artificielle et notamment le « grand espoir qu'elle suscite (...), mais à condition de placer l'éthique et les droits humains » en son cœur.

Les questions liées à la confidentialité des données, à la réglementation et à la responsabilité médicale doivent être garanties pour une utilisation appropriée et sécurisée.

Encore faut-il que tous les pays se mettent d'accord sur ces principes de précaution évidents...

habitudes de vie, les données génétiques, les niveaux de cholestérol, la pression artérielle, etc.

La surveillance continue. Grâce aux dispositifs médicaux connectés et des capteurs de surveillance, les données des patients peuvent collecter en temps réel, ce qui permet aux IA un suivi des signes vitaux et un déclenchement des alertes en cas de risque accru d'événements cardiovasculaires.

Le diagnostic précoce. L'IA peut être formée pour détecter de manière précoce des anomalies dans les données médicales, telles que des signes de maladies cardiovasculaires, en analysant des images médicales, des électrocardiogrammes, ou d'autres données diagnostiques.

La personnalisation des traitements. Les médecins peuvent concevoir des plans de traitement personnalisés grâce à l'IA en fonction des caractéristiques individuelles des patients, ce qui peut contribuer à réduire le risque d'événements cardiovasculaires.

Cependant, il est important de noter que la prédiction des événements cardiovasculaires est un domaine complexe et qu'aucun modèle ou algorithme n'est parfait.

L'efficacité dans la prédiction des événements cardiovasculaires continuera de s'améliorer à mesure que la technologie évoluera et que de nouvelles données seront disponibles. Néanmoins, il est probable que l'IA sera utilisée en complément des compétences cliniques des professionnels de la santé pour améliorer la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires dans le futur.

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'IA DANS LA RECHERCHE MÉDICALE

L'analyse massive des données

L'IA analyse rapidement de vastes ensembles de données médicales, y compris des images médicales, des dossiers électroniques de patients, des données génomiques, etc. Elle repère les tendances, les corrélations et les informations importantes dont les chercheurs pourraient manquer.

Le diagnostic assisté

En fournissant des suggestions basées sur l'analyse des données cliniques, l'intelligence artificielle peut aider les médecins dans le processus de diagnostic et contri-

buer éventuellement à réduire les erreurs de diagnostic et à améliorer la précision (et, pour certains, la décision).

Le développement de médicaments

Le développement et la découverte de médicaments sont l'un des points forts de l'IA. En analysant de grandes bases de données de composés chimiques, en prédisant leur efficacité et en identifiant de nouvelles cibles thérapeutiques. Les laboratoires internationaux (Bayer, BioNTech, Roche, Merck KGaA...) ont d'ailleurs acquis ou investi dans des start-up.

Recherche en biologie et en génomique

L'IA peut accélérer la recherche fondamentale en biologie en modélisant des processus biologiques complexes et en permettant aux chercheurs de comprendre plus rapidement les mécanismes sous-jacents de nombreuses maladies.

Prédiction des épidémies et surveillance de la santé publique

Une surveillance en temps réel est réalisée par l'intelligence artificielle grâce aux données de santé publique permettra de détecter les épidémies potentielles et de réagir rapidement.

Découverte de biomarqueurs

L'IA peut aider à identifier de nouveaux biomarqueurs pour diagnostiquer précocement les maladies ou évaluer la progression de la maladie.

Amélioration de la gestion des soins de santé

Les systèmes d'IA peuvent être utilisés pour améliorer

Recherche en sciences sociales et éthiques

L'IA peut également aider à comprendre les aspects sociaux et éthiques de la recherche médicale, notamment en analysant les opinions publiques et en identifiant les questions éthiques potentielles liées à la médecine de précision et à l'utilisation des données médicales.

Cependant, il est important de noter que l'IA ne remplacera pas complètement les chercheurs médicaux, mais elle les assistera dans leurs travaux. De plus, des questions liées à la confidentialité des données, à la sécurité et à l'interprétation des résultats devront être prises en compte pour garantir que l'IA est utilisée de manière éthique et efficace dans la recherche médicale. ■

(1) *Le machine learning est un sous-ensemble de l'intelligence artificielle qui permet à une machine ou à un système d'apprendre et de s'améliorer automatiquement.*

(2) *Deep learning est l'apprentissage profond ou apprentissage en profondeur est un sous-domaine de l'intelligence artificielle qui utilise des réseaux neuronaux pour résoudre des tâches complexes grâce à des architectures articulées de différentes transformations non linéaires.*

Source : apmNews, openai, OMS, tic pharma



REMETTRE LES PENDULES

En expliquant pour l'un, les coûts environnementaux, sociétaux et politiques de l'industrie du numérique, et pour l'autre, ce qu'a été réellement la victoire de l'URSS sur l'Allemagne nazie, et qui est qualifiée de « Grande guerre patriotique » par Vladimir Poutine, deux ouvrages récents remettent en quelques sortes les pendules à l'heure face aux rêves et à la désinformation.

LE NUMÉRIQUE N'EST PAS UNE ABSTRACTION MAGIQUE

Kate Crawford, qui se qualifie de spécialiste des implications sociales et politiques de l'intelligence artificielle (IA) a intitulé son livre contre-Atlas, car, comme dans un Atlas, elle parcourt un territoire, ici celui de l'IA (IA), mais comme dans un contre-Atlas, elle souhaite en montrer la face cachée. Elle démontre que ce que l'on dénomme IA n'est ni intelligente, ni artificielle.

L'IA N'EST PAS ARTIFICIELLE

Cela commence par le coût environnemental du numérique. Si l'auteur indique que l'industrie du numérique représentera 14 % des émissions des gaz à effet de serre d'ici 2040, elle va bien au-delà de ce qui commence à être connu concernant les coûts énergétiques des grands centres de données, pour s'intéresser notamment à la consommation de matières premières. Et notamment de terres rares car, comme le dit l'auteure « *le cloud est la colonne vertébrale de l'industrie de l'IA, et il est fait de pierres, de saumure de lithium et de pétrole* ». Et elle rappelle que l'industrie minière actuelle d'extraction des métaux rares comme le lithium n'a rien à envier aux mines de charbon de la fin du XIX^e siècle : « *La Chine fournit aujourd'hui 95 % des minéraux de terres rares... La domination chinoise sur le marché doit beaucoup moins à la géologie qu'à la volonté d'un pays d'accepter les dégâts environnementaux de l'extraction* ».

Une petite pique en passant « *on estime que Tesla utilise chaque année plus de 28 000 tonnes d'hydroxyde de lithium, soit la moitié de la consommation totale de la planète. En fait, il serait plus juste de présenter Tesla comme un fabricant de piles que comme un constructeur automobile* ». Si une seule entreprise de voiture électrique consomme la moitié du lithium produit annuellement, qu'en sera-t-il quand il existera de très nombreuses entreprises de construction de voitures électriques et que tous les pays seront incités à « *rouler à l'électrique* » ?

On y apprend aussi au passage que Google, cette entreprise qui « *vous veut du bien* » a installé ses locaux sur une ancienne base mili-

taire californienne dotée de pistes d'atterrissages afin que ses cadres fortunés puissent venir au travail avec leurs avions privés.

L'IA N'EST PAS INTELLIGENTE

Le deuxième chapitre est consacré à la main-d'œuvre dévolue à l'IA, non pas les fameux cadres fortunés mais tout le sous-prolétariat mondial, sous-payé pour trier et classer les données afin d'alimenter les logiciels de l'IA, qui n'est donc pas intelligente puisqu'elle a besoin de l'homme pour prétrier les données.

S'ensuit une longue présentation de ce qu'est en réalité la collecte de données, sur tous les supports et indépendamment de la vie privée. Et vos photos personnelles mises sur le Cloud sont ainsi largement pillées pour développer les outils de reconnaissance faciale et de détection des affects ou des sentiments prétendument devinés selon l'expression de votre visage.

L'auteure estime qu'il s'agit d'un pillage illégal d'un bien commun. Plus encore, les données sont analysées en fonction de classifications qui reproduisent des biais culturels, notamment en matière de simplification de données complexes, comme par exemple, le genre, qui ne peut être que binaire, la couleur de peau, qui connaît mal la nuance, etc.

Et tout cela pour arriver progressivement à un scénario du type Minority Report, dans lequel d'après l'analyse de données il serait possible de prédire quand et par qui un acte illégal sera commis. Sans entrer dans cette science-fiction, l'auteure montre comment les données de reconnaissance faciale et d'estimation des affects sont déjà utilisées par divers Etats et sociétés privées, notamment pour le recrutement du personnel dans plusieurs entreprises.

Et l'auteure de conclure sa démonstration par ces mots « *développée et conçue sans contrôle ni évaluation, sans critères de justice ni d'éthique, l'IA renforce la toute-puissance des géants de la tech et des institutions qui l'adoptent* ». ■

POUTINE ET SES MENSONGES

Vladimir Poutine tente d'unifier la population vivant sur le territoire qu'il administre en créant ou renforçant le mythe de la « Grande Guerre Patriotique », c'est-à-dire, celle de la victoire du peuple sovié-

tique sur la barbarie nazie, permettant ainsi de libérer le monde et ce au prix de tels sacrifices que le monde devrait être éternellement reconnaissant de la grandeur du peuple russe. Plus encore, il justifie



S À L'HEURE

sa guerre contre l'Ukraine par le fait, qu'une nouvelle fois, le peuple russe doit éliminer l'ennemi nazi.

Pierre Rigoulot et Florence Grandsenne sont deux historiens dont le livre démonte complètement ce mythe reposant sur une histoire tronquée et complètement falsifiée de la seconde guerre mondiale. Cela permet de comprendre un peu plus les modes de pensée et le cynisme du dirigeant russe.

L'URSS N'A ATTAQUÉ LES NAZIS QUE CONTRAINTE

Si l'URSS a fini par combattre le nazisme, ce n'est qu'après que celui-ci se fut retourné contre elle. Mais pendant des années, elle a facilité son expansion avec comme point d'orgue le pacte germano-soviétique signé en août 1939 et destiné à partager la Pologne entre l'Allemagne et l'URSS. Et les grands patriotes soviétiques n'ont pas hésité à massacrer un par un, d'une balle dans la nuque, tous les officiers polonais à Katyn. Et quand on évoque Katyn que répond Poutine : il dévie vers une autre ville, Khatyn, avec un h, une autre ville, celle-ci agressée par les nazis.

Jusqu'à l'invasion de l'URSS par les troupes allemandes, en juin 1941, l'URSS aidera l'Allemagne en lui fournissant des matières premières (blé, pétrole...), des armements et des produits industriels, trop contente que l'Allemagne, menée par un dirigeant autoritaire puisse régler leur compte aux démocraties européennes menées par des pleutres.

Ainsi, l'URSS n'est pas la figure de proue historique du combat contre le nazisme et le Monde ne lui doit pas cette reconnaissance revendiquée.

L'URSS A GAGNÉ CONTRE LE NAZISME AU PRIX FORT

Il lui doit d'autant moins cette reconnaissance que la victoire soviétique a eu un prix très élevé. Notamment des millions de morts russes tués par les russes eux-mêmes, d'une part par les importantes erreurs stratégiques de Staline qui s'est improvisé chef de guerre et d'autre part, car le soldat soviétique avait le choix entre mourir face aux allemands ou reculer et mourir face au NKVD. Mais il y a eu aussi les millions de viols de femmes allemandes dans les territoires « libérés », ce que Staline cautionnait parfaitement « *Et qui a-t-il à prendre du bon temps avec une femme après de telles horreurs ?* ».

Cette victoire a aussi eu un coût pour les pays occidentaux, notamment les Etats-Unis car les puissances occidentales ont très largement aidé l'URSS dans sa lutte contre les Allemands en fournissant des armes, des avions, des camions etc.

Mais Poutine réécrit l'histoire et il est légalement interdit de dire le contraire

Poutine a installé le mythe de la grandeur du peuple russe ayant délivré le monde du nazisme mais plus encore dans une loi signée

par lui-même en avril 2012, il n'est pas permis de contester cette histoire telle qu'elle est racontée : « *Selon la loi fédérale est engagée la responsabilité civile de quiconque violerait l'interdiction établie par cette même loi fédérale (...) de nier le rôle décisif du peuple soviétique dans la défaite de l'Allemagne nazie et dans la mission humanitaire de l'URSS lors de la libération des pays européens* ».

Et les auteurs de conclure par un chapitre intitulé « *Au pays du Grand Mensonge* » dont la première phrase est « *la guerre que mène Poutine contre l'Ukraine est idéologiquement, historiquement et moralement monstrueuse* ». Et ils démontrent pourquoi. ■

CONTRE-ATLAS DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE les coûts politiques, sociaux et environnementaux de l'IA



Éditeur : Editions Zulma,
Parution : mars 2022
Auteurs : Kate Crawford
Pagination : 384 pages
Prix broché : 23,50 €
Prix numérique : 12,99 €

QUAND POUTINE SE PREND POUR STALINE L'ombre de la Grande Guerre patriotique sur l'Ukraine



Auteurs : Pierre Rigoulot,
Florence Grandsenne
Éditeur : Editions
Buchen-Chastel
Parution : mai 2023
Pagination : 218 pages
Prix broché : 22,99 €
Prix numérique : 16,99 €

GERARD DE LAIRESSE (1641-1711)

OU PIRE QUE D'ÊTRE AVEUGLE À GRENADE - 1^{ère} PART

L'Alhambra de Grenade et la Grande mosquée de Cordoue sont les fabuleux témoins de la présence musulmane en Espagne du VIII^e au XV^e siècle et qui prit fin avec « le dernier soupir du maure » consécutif à la chute du royaume d'Al-Andalus et à la prise de Grenade par les rois catholiques d'Espagne en 1492. Il faut dire qu'il y avait de quoi pleurer « comme une femme pour ce qu'on n'a pas pu défendre comme un homme », à l'idée de perdre définitivement ce remarquable ensemble fortifié dominant la ville de Grenade, face au quartier populaire de l'Albaicín. Sous le chaud soleil et le ciel bleu d'Andalousie, les sommets enneigés de la Sierra Nevada déversent une eau pure qui rafraîchissait les princes du désert. C'est cette musique de l'eau qu'entendra l'écrivain Jorge Luis Borges (1899-1986) qui, encore jeune et atteint d'une cécité inexorable, continuera d'écrire avec l'aide de sa mère puis d'une secrétaire. Et puis, il y a l'exubérance des jardins en étages où alternent escaliers, pergolas, et fontaines baignées par les fragrances entremêlées du thym et de la menthe mais aussi des roses, du jasmin, du chèvrefeuille et de la clématite. Mais l'Alhambra est surtout une place forte avec l'Alcazaba de l'arabe « Al Casbah » signifiant forteresse ou citadelle. C'est de sa hauteur que les arabes observaient les mouvements des troupes chrétiennes dans la plaine de Grenade. C'est sur une muraille adjacente que sont inscrits les vers du poète mexicain Francisco de Icaza (1863-1925) qui interpelle une femme dédaignant de donner une pièce à un mendiant aveugle, en disant : « Donne-lui l'aumône, femme, car il n'y a rien dans la vie de plus grande peine que d'être aveugle à Grenade ». Est-ce bien vrai ? On peut en douter lorsqu'on s'intéresse à la vie du peintre Gérard de Laïresse (1641-1711) qui, « arrivé au sommet de son art et de son succès, malédiction pire que toute autre pour un peintre, devient aveugle et, qui, loin de se résigner, continue à enseigner et dicte à son fils un livre où il tente de résumer et transmettre toute son expérience ».^[1]

ACTE I - LES PREMIÈRES ŒUVRES À LIÈGE : 1660-1664

Gérard de Laïresse naît en septembre 1641 à Liège dans une famille d'artistes puisque son père était un peintre assez renommé mais dont il ne reste que peu de traces, et sa mère fille d'un peintre bruxellois. Gérard est le second de quatre garçons qui devinrent peintres avec des fortunes diverses. Il est probable qu'une grande partie de l'apprentissage se fit dans l'atelier de son père qui l'initia aussi à la musique et à la poésie, mais ce père bienveillant étant devenu un peintre de faux marbres, fut amené à souvent s'absenter loin de chez lui. Il en résulta que, encore très jeune, le jeune Gérard fut livré à lui-même.^[1] C'est alors qu'il est influencé, sans qu'il s'agisse nécessairement d'un véritable apprentissage,^[1] par les œuvres du peintre liégeois Bertholet Flémal (1614-1675), revenu à Liège en 1646 après avoir séjourné plusieurs années à Rome puis à Paris. Lorsque son frère aîné revint lui-même d'un voyage d'étude en Italie avec le livre d'emblèmes illustré de gravures de l'érudit italien Cesare Ripa (v.1555 -1622), Gérard s'en inspire en faisant des dessins très appréciés. Il est ainsi très probable que, « dès ses débuts à Liège, le style de Laïresse était déjà engagé dans une voie qui resta irréversible, pour l'essentiel : celle de l'art franco-italien »^[2], ce goût pour le « classique » dont nous reparlerons. C'est à partir de 1660, à l'âge d'à peine vingt ans, que Gérard de Laïresse commence à prendre son envol lorsqu'il part pour Cologne en s'arrêtant au passage à Aix-la-Chapelle où il peint un Martyre de Sainte-Ursule (perdu) qui lui attira à la fois l'admiration des uns et la jalousie des autres peintres de la ville. De retour à Liège, il obtient plusieurs commandes en peignant avec le même bonheur des sujets empruntés à l'histoire, à l'allégorie, à la mythologie et à la Bible. C'est ainsi que, très actif, insouciant, gagnant beaucoup d'argent et en dépensant plus encore, « tout lui prédisait un avenir heureux » mais sa vie passa « bientôt pour irrégulière et dissipée ».^[3] C'est de 1662, à la suite d'une commande de l'ancien

bourgmestre de Liège, que date Orphée aux Enfers (Musée de l'Art Wallon Liège, en dépôt au Musée d'Ansembourg), mais aussi la première gravure à l'eau-forte datée de Laïresse dénommée Ira qui nous montre la violence d'un guerrier aveuglé tant par la colère que par son manteau qui passe, curieusement, devant son visage. Nous pourrions, maintenant, y voir un fâcheux présage puisque cette technique de l'eau-forte n'a probablement pas été étrangère à la perte ultérieure de sa vue. Les historiens de l'Art y ont surtout vu une œuvre de jeunesse avec « plus d'intentions et de souci d'expression que de maîtrise ».^[1] C'est aussi durant cette période liégeoise (1660-1664) qu'il fit des tableaux inspirés des Métamorphoses d'Ovide, et qui étaient « d'une invention et d'une galanterie aussi plaisante que savante ».^[1] C'est en avril 1664 que survint un drame qui va obliger l'artiste à quitter précipitamment Liège. Avant toute chose il faut dire qu'« un seul don lui avait été refusé : la beauté. Laid, très laid, les lèvres grosses et sensuelles, le nez camus, les yeux saillants, il avait cette face de lutin dont parlent les médecins, mais on verra que cela ne l'empêcha pas de plaire » car, « connaissant sa laideur, il cherchait à y remédier en s'occupant sans cesse de sa parure ».^[3] C'est ainsi que lui qui était « fort camard, mais naturellement joli et bien coiffé »^[1], n'était pas du genre à se satisfaire d'un « visage de polichinelle qui prête à rire » et tous s'accordent à reconnaître que son intelligence s'efforça de trouver des remèdes à sa mauvaise fortune. Il fit en sorte d'être « poli et bien coiffé et ses yeux étincelants faisaient que, selon un contemporain, les belles lui faisaient bien des avances »^[3], et « à cause de ce défaut de nez, il se récompensait de certaines complaisances qui ne rebutaient pas les belles mêmes, qui ont aussi bien fait des avances ».^[1] A l'instar du célèbre peintre grec Zeuxis (464-398 av. J.-C.) qui, dit-on, peignit une grappe de raisins avec un tel réalisme que les oiseaux vinrent la picorer, on raconte que Gérard de Laïresse, ayant vu un homme revenu de France avec une dentelle travaillée, peignit « une dentelle avec du blanc à l'eau pour en orner un collet, et que chacun s'y trompa, croyant qu'il s'agissait de



dentelle véritable ». [3] En outre, il fit en sorte d'en changer le motif « tous les dimanches au grand plaisir de la jeunesse qui se piqua d'en avoir de France ». [1] Finalement, on s'aperçut de la supercherie mais il fut néanmoins « fort estimé de cette tromperie ». [1] Dans un autoportrait au crayon noir et sanguin fait à l'âge d'environ vingt ans (Staatliche Museum Berlin), on peut noter « les grands yeux qui pétillent d'intelligence, la bouche sensuelle et le gros nez court et épaté ». [1] Un autre autoportrait fait une quinzaine d'années plus tard (Offices Florence) montre que son « regard vif compense ce nez camus qui le rendait si disgracieux. On sent nettement ici le souci de Lairesse de plaire, d'être élégant, et de composer avec la laideur que la nature lui avait donnée ». [1] En définitive, il n'est pas ni le premier, ni le dernier à comprendre que la séduction ne se résume pas à la seule plastique mais son désir forcé de plaire, en prenant sa revanche sur cette nature ingrate, va lui amener de sérieux ennuis. ■

ACTE II - L'ANNÉE FATIDIQUE : 1664

Le jeune Gérard de Lairesse était, dit-on, « sensible et facile à se laisser prendre ». [3] Il se lie d'amitié avec deux jeunes filles originaires de Maastricht qui « demeuraient au-devant de sa chambre. L'une était belle et l'autre d'une virilité et d'un courage extraordinaire pour son sexe ». [1] Il s'agissait de deux sœurs venues à Liège pour y chercher fortune et qui, de fait, vivaient en face de sa chambre, sur le même palier. [3] Ce qui devait arriver, arriva. Notre jeune Gérard, qui avait 24 ans, non seulement tomba amoureux de la plus belle, dont il fit un portrait « sur un morceau de planche » [1], mais « ardent et étourdi » alla jusqu'à lui faire une promesse écrite de mariage, ce qui est une toute autre affaire puisque « chose promise, chose due » selon l'adage bien connu. La famille de Gérard ayant trouvé un tel mariage indigne, utilisa un subterfuge pour l'en dissuader en lui envoyant, pour le séduire, une cousine de telle sorte que la « fiancée » se fâcha. La situation prit une singulière acuité lorsque les deux



Portrait de Gérard de Lairesse tenant un papier par Rembrandt (1606-1669) vers 1665-1667 (Metropolitan Museum of Art New York).

sœurs vinrent trouver le jeune peintre qui leur indiqua alors que ses intentions étaient changées. Il nous faut maintenant être attentif à la déclaration de Gérard de Lairesse devant l'avocat Delbrouck qui était aussi son beau-frère. C'est après avoir dîné (déjeuné) chez son père que, regagnant sa chambre pour y travailler, il fut accosté par les deux « maastrichtoises » qui descendaient d'une taverne publique, suggérant que leur sang ait pu être échauffé par quelques bières consommées dans cet estaminet. C'est alors que « pendant qu'une l'entretenait, l'autre lui donnait par derrière un coup de couteau à la gorge qui rencontra l'os

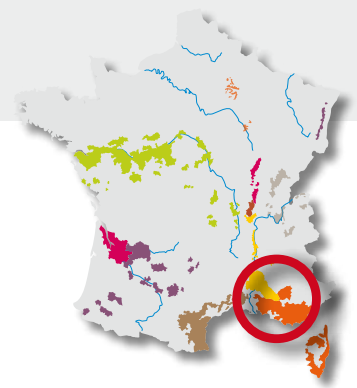
en dessous de la mâchoire, puis mit la main à une épée cachée sous sa faille tandis que l'autre prenait un stylet aussi caché. Lairesse pour sauver sa vie, porta un coup d'épée qu'il porte continuellement en vue de se défendre ». Il s'agissait d'une « petite épée de salon qu'il portait toujours avec lui ». [3] Il fut donc dans l'obligation de se défendre en état de légitime défense face à un spadassin manifeste, bien qu'il s'agisse d'une femme, et le jeune homme ne manquera de faire valoir le fait que sa réaction fut proportionnée à l'agression et n'avait pas outrepassé « les termes de juste et défense, ne lui ayant été possible d'échapper autrement à leurs furies ». [1] C'est ainsi que la fille qui l'avait attaqué reçut, « en reculant, deux coups de l'épée de son adversaire, (...) l'un sous le sein et l'autre sur sa partie honteuse » [1] de telle sorte que « se sentant en sang, elles se retira chez un apothicaire, dont elle manqua de mourir ». Cela se passait « à une heure et demie en plein jour l'an 1664 ; lui se retira aux pères Dominicains, où, pendant qu'il se faisait panser, il fut jugé appréhensible ». Un mandat d'arrêt est lancé contre lui et de ce fait décrété de prise de corps [3], le peintre prend le parti de quitter Liège et « prenant ses hardes, chargea le tout sur une charrette, y compris la cousine » [3] que sa famille lui avait destinée et avec laquelle il se maria peu après « à la soldatesque » dans les faubourgs de Liège. C'est, semble-t-il, après s'être arrêté à Bois-le-Duc, qu'ils rejoignent Utrecht et ils auront un premier fils, Andries, en 1665. [1] ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Roy A. *Gérard de Lairesse 1640-1711 Préface de J. Thuillier Arthena 1992*
 [2] Hendrick J. *La peinture au pays de Liège: XVI^e, XVII^e et XVIII^e siècles. Ed. Perron-Wahle, 1987*
 [3] Dumaitre P. *Un peintre aveugle Gérard de Lairesse. L'ophtalmologie des origines à nos jours, 1986 ; 5 :73-79 Laboratoires H. Faure*
 [4] Corbin A. *L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide. In: Romantisme, 1981, n°31 : 131-150. www.persee.fr*
 [5] Brown Ch. *La peinture de genre hollandaise au XVII^e siècle. Images d'un monde révolu. De Bussy-Vilo-Paris 1984*

Remerciements au Docteur Philippe Frisé ophtalmologiste pour sa documentation

Erratum. Une erreur s'est glissée dans notre précédent numéro sur l'illustration du tableau de La Mélancolie (1532). Il fallait lire « La Mélancolie (1532) par Lucas Cranach l'Ancien (1472-1553). Huile sur bois 76,5 cm x 56,0 cm. Musée d'Unterlinden. » et non pas par Albrecht Dürer.



ROSÉ PETRA 2021 DOMAINE HAUVETTE

Brad Pitt à Miraval, George Clooney à Brignoles, George Lucas au Château Margüil, Ridley Scott dans le Lubéron, bénéficiant de leur renommée, les «people» hollywoodiens, conquis par la Provence et ses potentiels viticoles, tentent de pousser vers les sommets leurs cuvées, notamment de rosés. Mais pour la plupart des spécialistes, le meilleur rosé provençal est bien produit par une française, la discrète, solitaire, au tempérament bien trempé, Dominique Hauvette, dont j'ai déjà vanté le remarquable blanc « Doli a » dans cette revue (*Le Cardiologue* n° 416).

Ses 17 ha de vignes, cultivées sur le magnifique piémont nord des Alpilles, bénéficient d'un excellent terroir argilo-calcaire près de Saint-Rémy-de-Provence. Choissant d'emblée la culture biologique et biodynamique certifiée dès 2003, Dominique Hauvette n'utilise aucun produit chimique, remplacé par des tisanes de plantes. En empathie avec l'environnement, elle estime que cette méthode lui permet de ne pas troubler « *l'osmose entre ses vins et la nature* ». C'est une vraie philosophie pour elle qui accorde un grand respect aux sols et à l'authenticité de ses terroirs. Un travail acharné dans les vignes, mais toujours avec une grande douceur, la taille et l'ébourgeonnage permettent de limiter drastiquement les rendements aux alentours de 15 hl/ha.

UN VIN EN BIODYNAMIE

En cave, la même démarche biodynamique conduit la vinification : limitation au minimum des interventions et intrants, pas de soufre ajouté. Dominique insiste : « *Je me concentre sur la production de beaux raisins. Travailler à la vigne permet d'être paresseux au chai* ». Le rosé Pétra, assemblant 75 % de cinsault, 15 % de grenache, 15 % de syrah, est obtenu par la technique du pressurage direct, où les raisins éraflés sont foulés, puis immédiatement et doucement pressurés, pour colorer, tel que désiré, le jus qui, débourbé, fermente spontanément grâce à ses levures indigènes. La maturation et l'élevage sur lies fines, pour garder fraîcheur et vivacité, s'étendent sur 3 à 6 mois dans des cuves en béton en forme d'œuf ; ce contenant procure une homogénéisation parfaite n'amenant pas à filtrer le vin. Aux antipodes des habituelles teintes pelure

d'oignon diaphanes et translucides des rosés provençaux, la cuvée Pétra 2021 du domaine Hauvette arbore une éclatante robe poudrée, rose soutenu tirant sur le rubis pale avec des reflets dorés et orangés.

Il explose littéralement du verre en répandant des senteurs intenses de fruits rouges : framboise, fraise des bois, groseille, de pêches de vigne, d'orange sanguine, d'amande fraîche ; mais aussi de fleurs : rose, violette, pivoine, où viennent s'incorporer des notes épicées de réglisse, de cardamome, de coriandre, et anisées. La

bouche, tout en fraîcheur, en limpidité, d'une longueur magistrale, a une texture d'une salinité salivante. La minéralité prégnante apporte beaucoup d'énergie, de générosité, d'équilibre à cette cuvée qui s'épanouit en finale sur de beaux amers mentholés. Ce vin cristallin manifeste une élégance, une finesse, un juteux comme pourrait l'être un vin rouge, d'ailleurs Dominique Hauvette me dit : « *Ce n'est pas un rosé, mais un rouge léger* ».

UN ROSÉ GASTRONOMIQUE

Ce rosé Pétra qui bouleverse la perception des rosés de Provence, est réellement un vin de gastronomie et les choix culinaires sont nombreux ; tout naturellement les plats méditerranéens : ceviche de daurade ou de bar au pamplemousse et baies roses, encornets farcis à la sétoise, zarzuela catalane, pâtes aux langoustines et bien sûr bouillabaisse. Mais c'est avec le rouget qui, par son goût corsé, apprécie bien les vins rouges que l'on

va trouver les mariages les plus aboutis : rouget de roche grillé à la plancha, filets à la tapenade ou à l'aigre-douce, papillotes au basilic et coquillage ou aux agrumes, saltimbocca à la sauge. Ce rosé puissant peut être l'excellent partenaire d'une viande blanche : poulet au citron et olives vertes, agneau au curry, blanquette de veau. Je pense qu'il vaut

“ Sa transparence accoutumée – Après une rose fumée – Reprit aussi pure la mer – Perdu ce vin, ivre les ondes ! ”

Paul Valéry

mieux ne pas lui faire accompagner un fromage ou un dessert en dehors d'une salade de fruits rouges.

Le prix de cette bouteille aux alentours de 30 € est remarquablement doux, lorsqu'on

sait qu'une bonne part des rosés banaux de Provence se vend entre 20 et 40 €, voire plus (la cuvée Garrus, créée par Sacha Lichine, s'envole à 115 €).

A noter malheureusement que Mme Hauvette ne reçoit pas au domaine pour des visites ou dégustations (quand on va chez le pâtissier, on ne demande pas à goûter le gâteau avant de l'acheter, dit-elle).

Écoutons Dominique Hauvette : « *J'ai toujours été un garçon manqué et puis... J'ai trouvé ma féminité dans le vin. La gourmandise, la suavité, la douceur, la souplesse, ce sont pour moi des caractéristiques de mes vins* ».

Élever des pur-sang arabes, élaborer de grands vins, contempler le coucher du soleil sur les Alpilles en tournant le dos à la civilisation et en se ressourçant dans la solitude, telle est la vie que Dominique Hauvette a choisi et qui lui convient. ■

**Domaine Hauvette
13210 Saint-Rémy-de-Provence**

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

**DANS LA
FIBRILLATION
ATRIALE NON
VALVULAIRE
ET LA
MALADIE
THROMBO-
EMBOLIQUE
VEINEUSE**

Eliquis®
apixaban



ELIQUIS® est indiqué :

- en prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients adultes atteints de fibrillation atriale non valvulaire (FANV) et présentant un ou plusieurs facteur(s) de risque tels que : antécédent d'AVC ou d'accident ischémique transitoire (AIT) ; âge ≥ 75 ans ; hypertension artérielle ; diabète ; insuffisance cardiaque symptomatique (classe NYHA \geq II).¹

ELIQUIS® est un traitement de 1^{re} intention dans cette indication.^{2,3}

- dans le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP) et de l'embolie pulmonaire (EP), et prévention de la récurrence de TVP et d'EP chez l'adulte (voir rubrique Mises en garde spéciales et précautions d'emploi du RCP pour les patients ayant une EP hémodynamiquement instable).¹

ELIQUIS® est un traitement de 1^{re} intention dans cette indication.²

ELIQUIS® fait l'objet d'un plan de réduction des risques relatifs aux hémorragies comprenant :

- un guide de prescription* destiné aux professionnels de santé, que nous vous recommandons de consulter au moment de la prescription, est disponible en ligne sur : www.eliquis-prosante.fr.
- une carte de surveillance destinée aux patients insérée dans les boîtes d'ELIQUIS®.
Nous vous recommandons d'inciter vos patients à la récupérer dans les boîtes du médicament.

Liste I. Remboursement Sécurité Sociale à 65 % pour les boîtes de 60 comprimés dans cette indication. Agréé aux collectivités.



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

* Disponible sur : <https://www.bms.com/fr/our-medicines.html>.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit ELIQUIS®. 2. Avis de la Commission de la Transparence ELIQUIS®. HAS janvier 2018. 3. Avis de la Commission de la Transparence. HAS juillet 2020.

