

FICHE MÉTHODE

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

N°456 - JANV.-FÉV. 2024

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

TOUT SAVOIR SUR...

LA FINANCIARISATION DE LA SANTÉ



ACTU DÉCODÉE
LA CONVENTION



NOMENCLATURE
OPTION DE PRATIQUE
TARIFAIRE MAÎTRISÉE
POUR LE CARDIOLOGUE ...



**SYNDICATS
REPRÉSENTATIFS**
FICHE 6 UFML - UNION
FRANÇAISE POUR UNE
MÉDECINE LIBRE



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

Rejoignez le seul syndicat de cardiologie libérale !

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

Pourquoi j'adhère ?

► Je contribue à la défense de la profession

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

► Je bénéficie d'un accompagnement professionnel unique et complet

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

► Je suis un acteur de la cardiologie de demain

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

Des résultats concrets

► Gestion de la crise Covid-19

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

► Un accompagnement professionnel

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

Les engagements de votre Syndicat

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

Rejoignez-nous sur sncardiologues.fr



Fotolia / Depositphotos / everythingpossible / Dard Mazay - Pascal Wolff

CARDIOLOGUE PRESSE

13 rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76

E-mail : lecardiologue@lecardiologue.org

Directeur de la publication : Dr Jean-Pierre Binon

Rédacteur en chef : Dr Frédéric Fossati

Rubrique nomenclature :

Responsable – Dr Frédéric Fossati

Publicité : François Bondu

Tél. : 01.45.23.96.27 – Port : 06.47.65.14.01

e-mail : f.bondu@societeccc.fr

Editions CCC – 24 rue Saint-Victor - 75005 Paris

Direction artistique,
secrétariat de rédaction : Pascal Wolff

Réalisation : Tomcat

Crédits photo : Cardiologue Presse/Pascal Wolff/

Fotolia/Phovoir/depositphotos

ABONNEMENT

Gestion des abonnements :

Syndicat national des cardiologues

13, rue Niepce – 75014 Paris

Tél. : 01.45.43.70.76 – Fax : 01.45.43.08.10

Email : contact@sn cardiologues.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.

Il est des mots qui du jour au lendemain se mettent à cristalliser les opinions au point de paralyser la réflexion et ne plus faire réagir qu'en terme de Rouge ou Noir, Bien ou Mal, Passé ou Avenir.

Pour reprendre la définition proposée par Yann Bourgueil et Daniel Benmazoug dans une note sur la financiarisation dans le secteur de la santé de Chaire santé de SciencesPo d'octobre 2023, elle y est définie comme « *le processus par lequel les acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteurs des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi* ».

Mais au-delà de la définition, la financiarisation n'était-elle pas tout simplement la manifestation syndromique de l'absence de stratégie d'investissement globale dans le domaine de la Santé de la part de l'Etat paralysé par un hospitalo-centrisme depuis les lois Debré, de l'absence de marge budgétaire du fait de l'endettement social majeur de la France malgré un taux de prélèvement obligatoire parmi les



LA FINANCIARISATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : ENTRE MULETA, MORALINE ET OPPORTUNITÉS

Vincent Pradeau

Président du Syndicat national des cardiologues

plus importants aux mondes, du prix de l'évolution techniques et technologiques mais aussi pendant longtemps de la résistance des médecins libéraux à prendre en compte la dimension entrepreneuriale de leur activité, sans oublier la volonté assumée pour la majorité d'un exercice individuel.

C'est pour éclairer le débat auquel n'échappe pas notre profession, que nous avons conçu le cahier pratique que nous vous trouverez dans le présent numéro de notre revue *Le Cardiologue*.

Menaces, opportunités, expérience des spécialités qui en éprouve déjà les effets tel la radiologie et l'ophtalmologie sont les éléments de la réflexion que chacun doit s'approprier pour continuer à construire un modèle libéral pour la Cardiologie éthique, dynamique mais aussi attractif et viable sur le plan financier.

Bonne lecture et bonne réflexion.

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 !



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

- Négociations conventionnelles : retour sur la saison 3
- Les négociations vues par Vincent Pradeau, président du SNC

10 NOMENCLATURE

Option de pratique tarifaire maîtrisée Pour le cardiologue ...

12 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS...

FICHE 6 UFML - Union française pour une médecine libre

LE GUIDE DU CARDIOLOGUE LIBÉRAL

Cahier central
détaché

TOUT SAVOIR SUR LA FINANCIARISATION DE LA SANTÉ

- Terminologie
- Les cliniques et les SEL : des exemples de produits financiers potentiels
- Pourquoi craint-on la financiarisation du système de santé ?
- Remarques sur le chevauchement des concepts et pratiques.

13 FICHE MÉTHODE

Savoir analyser la littérature médicale
14^e partie : effet placebo en synthèse

14 LA PAGE DU CNCF

Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge cardiovasculaire des patients devant avoir une chirurgie non-cardiaque -
Risque hémorragique, antithrombotiques et thromboprophylaxie

16 MAGAZINE



Réassambyvouts

HIGHTECH 16

- Les avancées de la bio-impression
- Les Awards du CES 2024



DR

ART&CULTURE 20

Michel de Montaigne - La course de chars à Florence
1^{ère} partie



DR

CULTURELIVRE 18

- Le parrain. Sarko après Sarko : l'enquête
- Goldman



DR

ESPACEVIN 22

Mas Amiel - Voyage au Cœur du Terroir

23 LES PETITES ANNONCES



NÉGOCIATIONS CO RETOUR SUR



Rawpixel - Artur Aliev - Depositphotos

Après une saison 1 mouvementée se terminant sur l'échec des négociations 2022-2023, puis une saison 2 focalisée sur la mise en œuvre du règlement arbitral, nous revenons sur la saison 3 du grand feuilleton de la Convention.

LA LETTRE DE CADRAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ

Comme le prévoit l'article L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale, le ministre de la Santé et de la prévention et la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé ont adressé une lettre de cadrage au président et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pour établir les lignes directrices de la future négociation de la convention médicale.

Deux préalables sont posés : la question de l'accès aux soins doit être appréhendée en travaillant prioritairement sur les conditions du rôle du médecin traitant, la structuration des équipes de médecins spécialistes, la pertinence des parcours de soins et le renforcement des liens avec les autres professionnels de santé.

De plus, de nouvelles modalités de négociation doivent être mises en œuvre, notamment une plus grande transparence et des

priorités resserrées pour davantage de lisibilité. En outre, la négociation conventionnelle ne doit pas être polluée par les discussions législatives (notamment autour du PLFSS). Plusieurs lignes directrices sont identifiées : L'attractivité de la médecine libérale, afin que davantage de jeunes médecins s'installent et s'engagent dans le suivi d'une patientèle au long cours.

L'évolution du rôle du médecin traitant et la structuration de la médecine spécialisée, afin de mieux répondre aux enjeux du vieillissement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

L'ouverture de la discussion en vue de faciliter l'évolution des modalités de rémunération des médecins.

LES ORIENTATIONS DÉFINIES PAR L'UNCAM

En réponse à cette lettre de cadrage, le conseil de l'Uncam a adopté différentes orientations réparties autour de quatre axes :

L'amélioration de l'accès aux soins territorial et financier

- L'accès au médecin traitant doit être considéré comme une priorité.
- La fonction de médecin traitant doit être soutenue, financièrement et dans son organisation au quotidien.
- La collaboration entre les médecins et les autres professions de santé doit être soutenue.
- Le déploiement d'équipes de soins spécialisées doit être soutenu.
- La réalisation de consultations « avancées » doit être organisée et soutenue.

Le soutien de l'attractivité de la médecine libérale

- L'attractivité de la médecine libérale doit être consolidée.
- La consultation clinique doit être revalorisée.
- Les médecins qui s'engagent dans le suivi de long cours des patients doivent être sou-

CONVENTIONNELLES

LA SAISON 3

tenus de manière spécifique.

- Le rôle du médecin traitant doit être mieux valorisé.
- Le soutien aux spécialités cliniques doit être poursuivi – S'agissant des spécialités techniques, la négociation conventionnelle devra trouver une articulation cohérente avec les travaux du Haut Conseil de la nomenclature qui a engagé la refonte de la classification commune des actes médicaux (CCAM).
- Les démarches et tâches administratives qui incombent actuellement aux médecins doivent être limitées ou simplifiées autant que possible.
- Les aides à l'installation doivent être repensées et intégrées dans une logique forfaitaire dans un souci de rationalisation et de simplification.

Le renforcement de la qualité et la pertinence des soins

- Un échange est prévu sur les leviers actionnables pour améliorer la pertinence des dépenses prescrites.
- Nécessité de construire ensemble les conditions d'une meilleure prise en charge du patient avec une juste mobilisation des moyens (produits de santé, examens de biologie ou de radiologie).
- De nouveaux dispositifs d'incitations financières doivent être inventés en faveur du bon usage des médicaments et de la limitation des volumes de prescription.
- La prise en compte de l'environnement comme déterminant majeur de la santé constitue un enjeu de la prochaine convention.

La refonte et la simplification des modes de rémunération.

- Les rémunérations forfaitaires doivent être consolidées et simplifiées afin de les rendre plus lisibles pour les médecins et plus directement en lien avec leurs efforts d'amélioration de leurs pratiques et l'organisation de leur cabinet.

- La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) doit être recentrée sur la prévention et le dépistage.
- L'engagement des médecins dans des missions très spécifiques permettant un meilleur fonctionnement du système de soins devra être davantage reconnu (fonction de maître de stage, implication dans les soins palliatifs...).
- Analyse des projets lancés dans le cadre des expérimentations de l'article 51 et jugés pertinents au regard des enjeux d'évolution vers des modes de rémunération plus collectifs et incitatifs à une prise en charge fondée sur la qualité. Intégration des enseignements de ces expérimentations dans le cadre de la prochaine négociation.

Une fois le cadre posé, des réunions de différentes natures ont été organisées :

- des réunions bilatérales entre la Caisse Nationale de l'Assurance-maladie (Cnam) et

chaque syndicat représentatif ;

- des réunions multilatérales rassemblant la Cnam et l'ensemble des syndicats représentatifs ;
- des réunions « focus » portant sur des thématiques précises. A noter que le syndicat « Jeunes médecins » ne participe à ces réunions qu'au titre d'observateur.

Une dizaine de réunions thématiques ont été organisées entre le 22 novembre 2023 et le 31 janvier 2024. Elles ont permis de travailler de manière spécifique sur les thèmes suivants :

- le médecin généraliste traitant ;
- la pertinence et la qualité des soins, y compris les parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques, la biologie et les médicaments ;
- la pédiatrie ;
- la psychiatrie ;
- les médecins généralistes ;

ZOOM SUR...

LE CONSEIL DE L'UNCAM

Ce conseil est composé de 35 membres représentant notamment des assurés sociaux, des employeurs et des institutions. Les membres ayant voté les orientations des négociations sont :

- le Mouvement des entreprises de France (Medef), I
- la Mutualité sociale agricole (MSA),
- le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI),
- Force ouvrière (FO),
- la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC),
- la Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC),
- la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME),
- la Confédération française démocratique du travail (CFDT),
- l'Union des entreprises de proximité (U2P),
- la Confédération générale du travail (CGT).



- le travail en équipe et les conditions d'exercice ;
- les autres spécialités cliniques ;
- les dispositifs médicaux ;
- les indemnités journalières ;
- les transports de malades ;
- les prescriptions d'actes paramédicaux ;
- l'imagerie médicale ;
- la prévention ;
- les spécialités médicotéchniques ;
- les spécialités de bloc ;
- les territoires ultra-marins et la Corse.

SOUTENIR LES MÉDECINS TRAITANTS

Pour renforcer le rôle du médecin traitant, l'Assurance-maladie propose de mieux rémunérer la fonction. A ce titre, le forfait patiente médecin traitant (FPMT) est identifié comme un outil adapté. Trois scénarios de revalorisation du FPMT sont proposés pour valoriser le suivi de patients complexes : patients en ALD, patients âgés, enfants de moins de 2 ans.

Avec ces propositions et en intégrant les évolutions déjà acquises au travers du règlement arbitral, le FPMT pourrait représenter en moyenne chaque année 19 000 euros par médecin traitant.

FAIRE DU FPMT UN OUTIL INCITATIF À L'EXERCICE EN ZONES SOUS-DENSES, À L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS ET À LA POURSUITE D'ACTIVITÉ DES PLUS ÂGÉS

Le FPMT semble également un levier pertinent pour améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses. Il devrait permettre à davantage de médecins d'y exercer. L'Assurance-maladie propose une majoration de 10 % du FPMT pour les médecins installés en ZIP (zone d'intervention prioritaire) ainsi que des mesures spécifiques de valorisation pour les primo-installés.

De plus, le FPMT pourrait être majoré de 10 % pour les médecins seniors maintenant leur activité après 67 ans.

ASSOULIR LE DISPOSITIF D'AIDE À L'EMBAUCHE D'ASSISTANTS MÉDICAUX (AM)

Près de 6 000 contrats ont été signés fin 2023. Le règlement arbitral a déjà simplifié la procédure. L'Assurance-maladie propose de faire évoluer le dispositif pour le rendre plus souple et plus accessible. Parmi les mesures avancées figurent la possibilité de disposer d'un AM additionnel (au-delà de 1 ETP), de mutualiser les AM entre plusieurs médecins exerçant dans le cadre d'un exercice regroupé, d'assouplir les conditions d'éligibilité à l'aide pour les médecins nouvellement installés et ceux de plus de 67 ans, ou encore d'étendre les missions des AM selon leur profil.

TRAITER LES ENJEUX D'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE DE SPÉCIALITÉ (HORS MÉDECINE GÉNÉRALE)

Deux focus thématiques ont permis de tra-

vailer sur l'ensemble des spécialités, sans que soient faites des propositions spécifiques pour chacune.

Toutefois, plusieurs orientations ont été définies :

- La revalorisation des spécialités cliniques, en particulier les moins valorisées aujourd'hui ;
- un travail sur l'activité d'expertise ;
- la facilitation de l'accès au second recours grâce à des mesures ciblées ;
- l'anticipation de la révision de la CCAM ;
- la consolidation du dispositif OPTAM / OPTAM-co pour le rendre plus attractif.

RENFORCER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

Concernant la pertinence et de qualité des soins, il s'agit de définir collectivement les objectifs prioritaires, sur la base de référentiels scientifiques. Au-delà de cette définition, il est nécessaire d'identifier les leviers permettant de les atteindre. Parmi les thèmes à aborder figure notamment la juste prescription de produits de santé, la pertinence des prescriptions étant en outre intégré dans un objectif écologique. ■

A VOIR OU À REVOIR...

RETROUVEZ NOS DOSSIERS SUR LE SITE [LE CARDIOLOGUE.COM](https://www.lecardiologue.com)

- TOUT SAVOIR SUR...L'EXERCICE COORDONNÉ
- LE TRAVAIL AIDÉ - FOCUS SUR LA SECRÉTAIRE MÉDICALE
- LE SÉCUR DU NUMÉRIQUE
- TOUT SAVOIR SUR LA CONVENTION MÉDICALE
- LES RELATIONS MÉDECINS - INDUSTRIES DE SANTÉ
- 2020-2023 : LE BILAN DU SYNDICAT NATIONALE DES CARDIOLOGUES,
- LA CERTIFICATION MISE EN CAUSE DES CARDIOLOGUES
- 30 PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ
- LES HONORAIRES DES MÉDECINS LIBÉRAUX STRUCTURE ET ÉVOLUTION

LES NÉGOCIATIONS VUES

par le Dr Vincent Pradeau, président du SNC

Le Cardiologue : côté SNC, comment analyser les négociations ?

Vincent Pradeau : Plusieurs points méritent d'être soulignés : on note tout d'abord une volonté très nette d'acheter la paix sociale avec les médecins généralistes et particulièrement avec *MG France* dont la seule signature peut valider la convention pour les seuls généralistes. Le 30 euros en est le symbole, mais cela confirme aussi que nous allons vers une part plus importante de capitation.

Au-delà d'acheter la paix avec les généralistes, les négociations montrent une volonté assumée de l'Assurance-maladie de pratiquer une politique de rééquilibrage de revenus en faveur des spécialités cliniques.

On peut également saluer l'absence de parasitage des négociations, contrairement à ce qu'on a pu observer l'année dernière : aucun dépôt de Proposition de Projet de Loi ni aucune revendication de collectifs extra-syndicaux comme *Médecin pour Demain* ne sont venus perturber les discussions en cours. En revanche, on observe clairement la frilosité de l'Assurance-maladie à aller sur le terrain de la pertinence.

Le Cardiologue : quels sont les points notables pour les cardiologues libéraux à ce stade ?

V.P. : Six points me semblent importants et en premier lieu, la revalorisation de l'APC qui est un sujet essentiel, car c'est une valorisation de l'expertise du médecin spécialiste. Son ampleur et les conditions d'élargissement de son possible emploi seront pour le SNC un des marqueurs de la réussite ou non des négociations.

Ensuite, l'inscription des ESS dans la convention est une bonne nouvelle, encore faut-il que les conditions retenues pour leur création en termes de périmètre géographique et de nombre minimum de cardiologues les rendent opérationnellement viables.

Toujours sur le plan des finances, la revalorisation



“ *L'inégalité de traitement entre la ville et l'hôpital aurait nécessité une réforme de structure et une enveloppe financière d'une tout autre ampleur pour que ces négociations marquent une vraie rupture et une vraie chance pour la médecine libérale* ”

sation générale des actes techniques en anticipation de la révision de la CCAM constitue également une bonne nouvelle même si cette revalorisation est faible (1 à 2 %) par rapport au niveau d'inflation des dernières années.

L'allongement à 4 jours de délai pour l'utilisation de la MCU est également un point intéressant même si en l'état, sa portée est limitée puisqu'on ne peut pas l'associer avec un acte de CCAM.

La possibilité de faire un APC dans les 10 jours après une téléexpertise peut permettre de fluidifier les parcours.

Enfin il reste à ce jour un point à éclaircir :

l'avenir de la ROSP dont la disparition pure et simple constituerait une perte de 2 500 à 3 000 euros en moyenne par an pour les cardiologues.

Le Cardiologue : quelles sont les leçons à retenir de ces derniers mois, de l'échec de la précédente négociation à la situation actuelle ?

V.P. : Les négociations ne sont pas terminées, il y a encore un long chemin à parcourir. Même si certains points sont intéressants, le compte n'y est pas pour les spécialistes au regard de la baisse des revenus résultant de l'inflation, et ce quelle que soit la spécialité considérée.

L'inégalité de traitement entre la ville et l'hôpital aurait nécessité une réforme de structure et une enveloppe financière d'une tout autre ampleur pour que ces négociations marquent une vraie rupture et une vraie chance pour la médecine libérale de prendre toute sa place dans le système de soins et la prise en charge des patients.

Il semble que de plus en plus de décisions seront prises par voie réglementaire et dans ce contexte, on peut s'interroger sur l'intérêt des futures négociations conventionnelles. ■

OPTION DE PRATIQUE POUR LE CARDIOLOGUE

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, en remplacement du Contrat d'Accès aux Soins (CAS), ce dispositif avait pour but d'assurer une meilleure couverture de remboursement pour vos patients tout en offrant des contreparties plus attractives... à l'heure où nous écrivons ces lignes et alors que les négociations conventionnelles ne sont pas encore bouclées, il est difficile de dire s'il sera repris dans les mêmes conditions ou non, sachant que le règlement arbitral l'avait reconduit dans son intégralité.

La maîtrise des dépassements d'honoraires a toujours été un sujet sensible pour l'Assurance-maladie ; face à une décorrélation ancienne et constante des coûts du travail et de la pratique, le dépassement

(ou plutôt complément d'honoraires) a permis aux médecins (et chirurgiens) installés en secteur 2 d'adapter la politique tarifaire de leurs actes en fonction de l'inflation, des charges ou de leur notoriété.

RAPPEL

OPTAM : pour qui ?

Sont éligibles tous les médecins (quelle que soit la spécialité) autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) au titre de l'art. 38.1 de la convention médicale de 2016, y compris ceux qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents et par dérogation, les médecins installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables (secteur 1) mais titulaires de titres leur permettant d'accéder au secteur 2, sans oublier les médecins titulaires du droit à dépassement permanent (DP).

OPTAM : comment y adhérer ?

Le cardiologue remplit et signe le contrat d'adhésion (conforme au contrat type téléchargeable sur le site ameli.fr : modèle de contrat Optam – Annexe 18 de la convention) puis l'envoie en recommandé avec AR à la CPAM de son lieu d'installation en y joignant l'état de sa pratique tarifaire sur les trois dernières années civiles mis à disposition par la caisse. La CPAM enregistre l'adhésion à la date de réception de la lettre et lui adresse un courrier attestant de cet enregistrement. L'adhésion est valable un an et renouvelable par tacite reconduction.

OPTAM : quels engagements pour le cardiologue ?

- La caisse lui met à disposition un état de sa pratique tarifaire : tarifs des principaux actes réalisés, part des actes réalisés aux tarifs opposables et taux de dépassement constaté au cours des 3 dernières années civiles.
- Il s'engage à respecter 2 indicateurs :
 - Taux de dépassement moyen recalculé inférieur ou égal à 100 % (modalités de calcul définies en annexe 21 de la convention).
 - Taux d'activité à tarif opposable recalculé (qui inclut les actes en situation d'urgence médicale, les patients titulaires de la CMU ou de la C2S) supérieur ou égal à celui constaté au cours des 3 dernières années.
- Des dispositions spécifiques sont prévues pour les cardiologues nouvellement installés (< 1 an), pour qui, il n'est bien sûr pas possible

de disposer de données sur leur pratique tarifaire : leur taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne régionale des taux de dépassement constatés par la spécialité sur les trois dernières années. Il en est de même pour les cardiologues installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 et qui disposent de titres pour accéder à l'OPTAM : leur taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne régionale des taux de dépassement constatée par la spécialité et sur la même période de référence. La part d'activité à tarif opposable devra être supérieure ou égale à 30 %.

OPTAM : quels engagements pour l'Assurance-maladie ?

En cas de hausse tarifaire des actes survenue en cours de contrat, un nouvel avenant est soumis au cardiologue comportant le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement. L'Assurance-maladie informe trimestriellement le cardiologue sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements sur son espace Pro. En cas de non-respect de l'un ou l'autre des engagements durant deux trimestres consécutifs, la caisse le notifie au cardiologue par l'envoi d'un courrier d'avertissement en précisant les anomalies constatées et que, si le non-respect persiste à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre.

OPTAM : quels avantages pour le cardiologue ?

- Accès aux tarifs applicables aux médecins de secteur 1 : majorations conventionnelles (complexes) et de la NGAP (MCS, MPC, MCU) ainsi que tarifs CCAM identiques aux médecins en secteur 1.
- Versement d'une prime de 7% appliquée aux honoraires réalisés aux tarifs opposables (équivalente à la prise en charge des cotisations par la caisse pour les médecins de S1) pour ceux qui ont respecté leurs engagements sur l'année n0 et versée en juillet de l'année n+1. Attention toutefois, cette rémunération reste conditionnée au respect

TARIFAIRE MAÎTRISÉE

DIOLOGUE ...



de l'engagement et devient dégressive si l'écart constaté entre l'objectif et le taux réel varie de :

- 1 à 2 points : versement de 90 % de la prime.
- 2 à 3 points : versement de 70 %.
- 3 à 4 points : versement de 50 %.
- 4 à 5 points : versement de 30 %.
- Au-delà de 5 points : aucun versement.

■ Amélioration du remboursement des patients (soins remboursés de la même manière que des actes au tarif opposable).

OPTAM : comment résilier ?

Le cardiologue peut s'opposer à la reconduction tacite à la date anniversaire du contrat en informant au plus tard un mois avant l'échéance sa CPAM par LRAR, qui deviendra effective à la date d'échéance ; il perd alors tous les avantages conférés par l'OPTAM. Il peut aussi, à tout moment, décider de résilier son adhésion, en informant sa caisse par LRAR, résiliation qui deviendra effective un mois après réception du courrier.

COMMENTAIRES

Nous n'avons pas abordé l'OPTAM-CO puisqu'il ne concerne que les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique réalisant au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux art. L.162-1-7 et R. 162-52 du code de la Sécurité sociale et dont les conditions d'accès sont identiques à l'OPTAM. Attention, pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM ; il faut donc sortir la calculette pour analyser l'option la plus rentable...

On peut regretter que le montant de remboursement d'un acte à la NGAP ou à la CCAM soit différent entre un cardiologue en secteur 1 ou 2 avec OPTAM et un cardiologue en secteur 2 hors OPTAM, ce qui pénalise les patients dans ce second cas de figure et les obligent à bien choisir leur contrat de mutuelle pour un remboursement optimal.

Certains considèrent le taux de dépassement recalculé comme un piège, l'OPTAM se basant sur la stabilité du montant de l'acte et non sur la stabilité du montant du dépassement car ce dépassement recalculé l'est aussi à posteriori à l'occasion de chaque revalorisa-

tion d'honoraires ; de ce fait, avec la réintégration des majorations de coordination dans l'acte, c'est le montant du dépassement qui diminue si l'on veut maintenir le même montant de la consultation. En principe, chaque CPAM doit avertir le cardiologue signataire de l'OPTAM (par l'intermédiaire d'un avenant) d'une augmentation tarifaire qui impactera sa pratique tarifaire.

Or, dans les faits, il est arrivé que le praticien ne reçoive pas d'avenant ou que l'information consultable sur son espace pro l'informant du suivi de sa pratique tarifaire soit décalée d'un voire deux et parfois trois trimestres, le plaçant en position délicate car dans l'incapacité à l'adapter et à la limite de la procédure de résiliation... (surtout : « non-respect de l'engagement durant deux trimestres consécutifs »).

Vous l'aurez compris : l'intérêt de l'OPTAM réside dans la possibilité d'utiliser toute (ou presque) la nomenclature en tarif opposable et les actes à la CCAM (dont certains sont mieux valorisés en secteur 1) ; choix éthique plus que financier mais qui nécessite une vigilance accrue et de faire ses comptes. ■

FICHE 6 UFML

UNION FRANÇAISE
POUR UNE MÉDECINE LIBRE

L'Union Française pour une Médecine Libre - Syndicat (UFML-S) est un syndicat de médecins apolitique créé en 2017 après le vote de la loi Touraine. Il dénonçait alors l'étatisation de la médecine libérale symbolisée par la mise en place du tiers payant généralisé obligatoire.

L'UFML-S regroupe et défend les intérêts des médecins de toutes les spécialités et de tous les secteurs, libéraux et salariés.

Il clame son indépendance, ne percevant aucun financement en-dehors de adhésions de ses membres pour éviter de potentiels conflits d'intérêt. L'UFML-S est notamment opposé à l'obtention de financement public et indépendant des laboratoires, sociétés de télémédecine, assurances, mutuelles et organismes de DPC.

UNE ENTRÉE RÉUSSIE À LA TABLE DES NÉGOCIATIONS

L'UFML-S s'est présenté pour la première fois aux URPS en 2021. Il a obtenu 17 % des voix chez les généralistes et 16,7 % des voix chez les spécialistes.

Son programme tenait en 3 piliers :

HONORAIRES

- Aligner l'honoraire de base sur la moyenne européenne (50 euros minimum la consultation et 70 euros la visite).
- Revaloriser la CCAM à la moyenne européenne.
- Permettre l'accès aux honoraires complémentaires pour tous les médecins et suppression des différents secteurs et du tarif d'autorité.
- Défendre le paiement à l'acte, garant de l'indépendance des médecins libéraux et empêcher la généralisation du tiers payant et les paiements au forfait, supprimer la ROSP.
- Libérer les rémunérations des médecins de tout lien avec les dépenses de santé fixées

chaque année par l'Assemblée nationale (ONDAM).

PROTECTION SOCIALE ET JURIDIQUE DU MÉDECIN

- Inclure par défaut la protection accident de travail et maladie professionnelle dans les cotisations URSSAF.
- Passer le délai de carence en cas d'arrêt de travail de 90 à 1 jour.
- Rendre équivalente la couverture sociale pour les grossesses indépendamment du mode et du secteur d'exercice
- Rendre obligatoire la représentation des médecins par un avocat lors des contentieux avec les CPAM.

GOVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Instaurer une nouvelle gouvernance équilibrée entre administration, patients et praticiens.
- Réévaluer l'utilité des ARS et des autres agences de santé au vu de leur coût.
- Indépendance financière des syndicats : ne plus conditionner le financement des syndicats médicaux avec la signature conventionnelle.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Dans le cadre des négociations conventionnelles 2023-2024, l'UFML-S a engagé une action de déconventionnement collectif pour peser davantage sur les négociations. Cette action serait aujourd'hui suivie par près de 3 400 médecins.

Lors de ces négociations, l'UFML-S entend démontrer que la médecine Libérale n'est pas un coût mais un investissement et que le modèle libéral est le plus efficace. Le paiement à l'acte doit rester la pierre angulaire de l'exercice libéral afin de préserver la liberté

et l'indépendance des médecins. L'objectif est de défendre une organisation des soins basée sur la confiance et non la contrainte.

Par ailleurs, l'enjeu de ces négociations est également de redonner de l'attractivité à la profession médicale et à son exercice pour favoriser l'installation des jeunes médecins. L'UFML-S demande la suppression des ROSP et le fléchage des 500 millions d'euros ainsi économisés vers des actions de revalorisation de l'acte médical, rappelant qu'une étude publiée dans *The Lancet* en 2017 démontrait une absence de différence significative de la mortalité par le paiement à la performance (P4P) et une sélection de patientèle pour améliorer ses objectifs.

Pour améliorer les performances des médecins et la qualité de leur pratique, l'UFML-S plaide en faveur d'une formation médicale de haut niveau y compris en termes de formation continue, et d'un choc d'attractivité à même de favoriser de nouvelles installations et d'améliorer l'accès et la qualité des soins. Enfin, l'UFML-S s'oppose fermement à la capitation et à la forfaitisation des soins. ■

**PLUS D'INFOS...**

■ ufml-syndicat.org

LA FINANCIARISATION DE LA MÉDECINE

Pour les économistes, le terme financiarisation fait appel à deux notions principales : celle de la provenance du capital investi, qui est supposé provenir des marchés financiers et non des banques, et celle de l'objectif du financement, dont l'objet importe peu en tant que tel car il est uniquement défini par la possibilité d'obtenir une forte rentabilité du capital investi.

Par conséquent, la financiarisation de la médecine rend compte d'une pratique faisant du service que constitue le soin, un objet spéculatif destiné à faire fructifier un placement. Cela peut être favorable lorsqu'il est nécessaire de disposer d'un capital important pour développer un service onéreux comme certains plateaux techniques ou une clinique par exemple, ou lorsque cela signifie la pratique d'une saine gestion.

Mais si l'unique finalité de l'investissement est d'obtenir un fort rendement, cela comporte des risques pour les acteurs du système de santé qu'ils soient patients, professionnels de santé ou simplement citoyens...

Les grands principes de la financiarisation doivent donc être compris et observés. Et, pour en éviter les dérives et en limiter les risques, la financiarisation doit obligatoirement être régulée, malgré les difficultés que cela comporte.

Terminologie.....	II	Remarques sur le chevauchement des concepts et pratiques.....	V
Les cliniques et les SEL : des exemples de produits financiers potentiels.....	III	En synthèse.....	VI
Pourquoi craint-on la financiarisation du système de santé ?.....	IV	INTERVIEWS. La confrontation de la financiarisation des secteurs de la santé.....	VII



TERMINOLOGIE

Un objet économique défini

D'après divers dictionnaires, la financiarisation est définie par l'accroissement du rôle du secteur financier dans le système économique d'un pays. Pour les économistes, la financiarisation, au sens strict, correspond ainsi au recours accru à des modalités de financement passant par la finance de marché plutôt que par le système bancaire traditionnel. En d'autres termes, les profits sont générés par le biais d'opérations n'ayant comme objectif que leur rentabilité à partir de la mobilisation d'une masse financière, le bien ou service produit ou utilisé n'étant qu'un objet du profit. Schématiquement, le modèle de la financiarisation trouve sa pertinence en opposant les notions de capital financier et de capital productif.

- Dans le modèle de capital financier, des financiers purs n'ont que le profit en ligne de mire à partir de la mobilisation de masses financières vers un quelconque objet pouvant en assurer la profitabilité.
- Dans le modèle de capital productif, des entrepreneurs ont pour objectif principal la création de biens et services originaux, et ils ont initialement recours pour le financement de cet objectif au secteur bancaire. Dans ce modèle, le profit est la récompense du travail et de l'innovation. La financiarisation traduit donc une inversion des perspectives, oppose en quelque sorte le trader à l'entrepreneur.

Dans le modèle de la financiarisation, le recours aux innovations financières est la règle telle la célèbre titrisation des dettes adossée à divers type d'assurances (comme le SWAP permettant d'échanger un paiement préfixé contre un paiement flottant contingent au taux de perte) de la crise des subprimes de 2007-2008.

Un monde complexe

La financiarisation résulte de la possibilité de mobiliser d'importantes masses financières. Elle s'est donc particulièrement développée aux Etats-Unis, pays dans lequel la mise en place d'un système de retraite par capitalisation a conduit des sociétés à disposer d'importantes masses financières provenant des cotisations de retraites des épargnants, masses qu'elles souhaitent faire fructifier par des investissements productifs : les fonds de pension sont devenus l'archétype des sociétés financières mobilisant des masses financières énormes dans un objectif de profit. Plusieurs entreprises (privées comme publiques), toutes les banques et les grands groupes industriels sont aussi des vecteurs de la financiarisation, afin de rentabiliser la masse financière à leur disposition dans de véritables « back office » ou bureau de derrière, face cachée de leur rentabilité.

Ces sociétés ont des structures spécifiques, souvent mal connues, entièrement dévolues à faire fructifier la trésorerie par des investissements et des opérations rentables (bourse...), dont l'objet peut être complètement différent de celui affiché par l'entreprise elle-même. C'est aussi ce que peut faire un particulier, notamment un médecin qui miserait en bourse sur des groupes ayant comme objet de générer du profit à partir d'investissements dans des groupes financiers opérant dans le service de soins.

L'extrapolation à la médecine

La financiarisation repose sur l'essor du capital financier, qui déborde la notion plus étroite de capital productif, exclusivement centrée sur les investissements en équipements de production. Une définition plus large de la financiarisation est la « façon dont la logique des marchés financiers irrigue des univers sociaux en dehors de leur sphère originale ».

Ainsi, lorsque l'on parle de financiarisation en médecine, c'est avec l'idée que les prestations de soins peuvent être assimilées à un objet financier, en d'autres termes un véhicule spéculatif devant permettre un retour sur investissement de bon niveau, une rémunération du capital investi : l'investissement d'un montant X permet d'envisager la revente de l'objet acheté dans un délai raisonnable avec une forte plus-value ou produit chaque année une valeur de rendement supérieure à celle de la moyenne des rendements traditionnels. Dans cette optique, les prestations de soins sont principalement analysées comme un objet financier, comme peut l'être un bien immobilier ou un placement en bourse par exemple.

La financiarisation de l'offre de soins est ainsi définie par l'Assurance-maladie comme un processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi. Cette définition peut toutefois être considérée comme restrictive, car tout ou partie des détenteurs du capital investi peuvent aussi être des professionnels de santé, ou d'anciens professionnels de santé, c'est ce que suppose le terme « non directement professionnels de santé ».

FINANCIARISER LA MÉDECINE

Financiariser la médecine : faire du service que constitue l'offre de soin un produit financier, nécessitant un investissement conduisant à une gestion adaptée permettant la rémunération du capital investi.

La démarche

Financiariser un marché à fin de générer des profits substantiels repose sur une démarche à plusieurs étapes dont les principales sont la réflexion d'amont et la gestion du produit.

Ainsi, l'étape d'amont est l'analyse des potentialités de rentabilité du marché, c'est-à-dire de la possibilité qu'un produit, en l'occurrence un service de soins, de dégager des retours sur investissement significatifs. Un aspect important est l'analyse des stratégies à déployer pour rendre un investissement rentable : prise en compte des réglementations, du cadre légal, des rapports avec les divers acteurs, possibilité de création de produits innovants, modalités de prise de contrôle et de pouvoir dans les différentes structures permettant la captation du profit généré, et donc l'analyse de la gouvernance de ces structures et des moyens de la contrôler...

L'investissement financier qui s'ensuit peut avoir recours au système bancaire traditionnel, mais va surtout être fait par des sociétés ou structures de capital-risque et des fonds de pension par exemple, aidés par les analystes du marché.

S'ensuivent la gestion du produit et la mise en œuvre de la stratégie élaborée. Elle est en général déléguée à des structures spécialisées dans ce type de produit et dont la mission est de répondre à la demande des investisseurs en leur garantissant la rentabilité demandée. Elles analysent et mettent en œuvre les sources d'économies et de profits spécifiques.

Cette gestion peut donc conduire à des regroupements de structures de soins, à l'abandon de certaines activités. Elle prend en charge les négociations avec les organismes payeurs et prend en compte le cadre réglementaire. C'est un peu comme le PDG d'un grand groupe dont le rôle est d'assurer la satisfaction des actionnaires.

LES CLINIQUES ET LES SEL : DES EXEMPLES DE PRODUITS FINANCIERS POTENTIELS

Il est possible de comprendre la financiarisation de la médecine en prenant comme exemple l'évolution historique de nombreuses cliniques en France. Le préambule est de comprendre qu'elles sont un endroit où se croisent trois pouvoirs : le pouvoir financier (on le connaît en répondant à la question : qui détient le capital ?), le pouvoir gestionnaire (on le connaît en répondant à la question : qui gère ? Ce pouvoir est l'interlocuteur ou la courroie de transmission entre les deux autres) et le pouvoir médical (on le connaît en répondant à la question : qui fait fonctionner la structure et attire les patients ?). Doivent y être ajoutés les pouvoirs réglementaire, régulateur et politique, éléments extérieurs qui tentent de prendre en compte les diverses logiques associées à ces trois pouvoirs.

Anciennement, les cliniques étaient le plus souvent détenues par des chirurgiens, voire des obstétriciens, rarement des médecins ou des radiologues, qui de plus les géraient. Les trois pouvoirs étaient donc exercés par les mêmes personnes. Dans les années 1980, parce qu'il fallait moderniser les cliniques ou vendre les parts de capital pour les départs en retraite, des médecins possédant ou souhaitant acquérir des cliniques se sont tournés vers les banques. Certains, dans ces structures financières, ont compris l'intérêt de prendre possession du capital de ces établissements en faisant en sorte que la gestion en soit améliorée, ce qui pouvait conduire à la laisser temporairement aux médecins mais le plus souvent à la faire prendre en charge par des spécialistes de la gestion.

C'est ainsi que progressivement, de très nombreuses cliniques ont vu leur trois pouvoirs appartenir à trois structures différentes, des structures financières détenant le capital, des administratifs gestionnaires et des médecins exerçant leur profession, en négociation constante avec les gestionnaires. Aujourd'hui, il n'est pas rare que les médecins ne sachent pas qui détient le capital de la clinique dans laquelle ils exercent hormis les quelques parts qu'ils en possèdent.

La mainmise de groupes financiers sur les cliniques est un exemple type de financiarisation de la médecine ou un



outil du système de soin est utilisé comme un objet financier permettant de dégager des bénéfices pour les possesseurs du capital de ces groupes.

La financiarisation gagne aussi les sociétés d'exercice libéral (SEL) de médecins qui jusqu'à il y a peu étaient exclusivement détenues par des associés exerçant la médecine notamment dans certaines spécialités comme l'imagerie médicale et l'ophtalmologie. Depuis peu, la réglementation permet à des tiers non professionnels de santé de détenir 25 % du capital social des SEL et à des médecins n'y exerçant pas d'en détenir aussi des parts, avec comme réserve que la majorité des droits de vote doit être détenue par les médecins qui exercent dans la SEL. Mais l'innovation et l'imagination de ceux qui souhaitent détenir le contrôle et augmenter la rentabilité de ces SEL ont dû être réglementées. Ainsi, à propos de dérives constatées dans des SEL de vétérinaires, le Conseil d'Etat a rappelé en 2023 des éléments qui peuvent conduire les médecins à perdre leur indépendance en exerçant au sein de SEL. Il a ainsi perdu de contrôle des professionnels de santé lorsque (cf. revue du CNOM n° 87 septembre-octobre 2023 Médecins) :

- le tiers non-exerçant contrôle, via un conseil de surveillance, l'ordre du jour des assemblées ;
- la nomination et la révocation du président de la société (qui est en vertu de la loi, un professionnel) dépendent de ce comité de surveillance ;
- le comité peut limiter les pouvoirs du président par des autorisations, notamment en cas de recrutement de professionnels ou de prises de participation ;
- les associés-exerçants doivent s'engager à céder leurs actions au tiers investisseur.

La financiarisation a des avantages potentiels, par exemple en permettant d'atteindre les objectifs des politiques publiques lorsqu'il y a nécessité d'investissements ou de restructurations importantes et lorsqu'elle est gage d'une gestion saine. Elle peut aussi représenter une manne financière intéressante pour les professionnels de santé.



POURQUOI CRAINT-ON LA FINANCIARISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Une entreprise de service, et un cabinet médical en est une, quelle que soit sa taille, doit être gérée de façon à n'être ni déficitaire ni neutre en matière de balance entre les entrées et les sorties. Elle doit pouvoir dégager un profit qui est la rémunération de l'entrepreneur, en l'occurrence le médecin. Mais le profit ne peut constituer l'unique finalité de l'entreprise au point que toute la stratégie de l'entreprise soit orientée vers l'augmentation du profit. Or, si le service de soins est envisagé principalement comme un produit financier, la crainte est que toute la stratégie de l'entreprise soit orientée vers la recherche du profit au détriment de la qualité du service, mais aussi du bien-être et de la rémunération des employés.

Il y a plusieurs moyens de créer ou d'augmenter la rentabilité ou les bénéfices potentiellement générés par le service de soins, c'est-à-dire d'obtenir un retour sur investissement de bon niveau. Et chaque moyen n'exclut pas les autres. Quelques-uns seront rapportés dans les lignes qui suivent.

Un premier moyen consiste à diminuer le coût d'investissement, par exemple, par le rachat d'une clinique en difficultés de paiement pour laquelle on pense qu'une gestion mieux adaptée permettra rapidement de retrouver du profit. Une fois celui-ci retrouvé, il est alors possible de garder la clinique pour sa rentabilité ou de la revendre avec une importante plus-value.

Au-delà de l'origine des capitaux investis et du coût d'un éventuel rachat d'une structure de soins, on peut comprendre que l'expression « financiarisation de la médecine » du fait du modèle qui est le sien, présuppose que cette entreprise financière fait courir divers risques en contradiction avec l'éthique médicale.

Ainsi, en créant ou en reprenant une structure de soins, il est toujours possible de minimiser la part d'investissement en ayant recours à des produits et prestations de mauvaise qualité (d'où la nécessité d'une réglementation et d'un encadrement de ces pratiques).

Il est aussi possible de produire le service au moindre coût ou de choisir de développer prioritairement les produits les plus rentables et les moins à risques. Il est aussi possible d'avoir une approche telle celle de l'industrie du luxe en proposant une prestation d'aspect luxueux et donc chère autour du soin (voire du bien-être) en augmentant le prix à la charge du client et avec une marge substantielle : chambres premium en maternité, dépassements d'honoraires excessifs, accueil personnalisé, peignoir et parfums à disposition dans les cabines des cabinets de gynécologie, voirie à l'entrée de la clinique (l'imagination est ici sans limites)... l'objectif est la sélection d'une clientèle solvable appartenant à la sphère du luxe.



Il est tout aussi possible de minimiser les coûts de fonctionnement en utilisant un matériel de mauvaise qualité, renouvelé uniquement en cas de carence extrême et donc de ne pas proposer aux personnels médicaux et paramédicaux les outils leur permettant un exercice fiable et de qualité. Il est possible d'augmenter les reversements ou redevances dues par les médecins à la structure et de limiter les rémunérations des salariés... il est possible de développer une stratégie visant à assurer le monopole d'un type de soins dans une région...

L'enjeu est souvent perceptible pour les cardiologues quand il s'agit de déterminer qui doit posséder les matériels permettant les gestes techniques comme une table de coronarographie par exemple : le ou les médecin(s) ou la structure ? Et alors, moyennant une redevance ou une rémunération à l'acte spécifique et des contrats contraignants ne permettant pas d'exercer hors de la structure si celle-ci est en situation de domination. Un cardiologue voulant exercer un acte technique nécessitant un plateau technique n'a alors plus le choix de ses plages horaires et de ses modalités de rémunération.

Enfin, certains actes dégagent des marges plus importantes que d'autres eu égard aux coûts qu'ils génèrent et il peut être tentant de pousser à leur consommation ou à la sélection de patients relevant principalement de ces actes. Ainsi, il y a divers risques identifiés et la financiarisation de la médecine fait craindre qu'une modalité de gestion d'un service de soins conduise à :

- une dégradation de la qualité des soins dans une logique dominante de rentabilité, avec comme conséquence une augmentation des dépenses publiques liée aux logiques des acteurs financiers ;
- une sélection des patients et de l'offre de soins, notamment en excluant les cas complexes et les patients les moins solvables, en réduisant l'accès aux soins par une augmentation des coûts et du reste à charge ou par les conséquences de restructurations amenant à réduire le nombre de sites ou à fermer certaines activités comme un service d'urgence par exemple, pour augmenter la rentabilité d'un établissement. Ainsi, il existe une possibilité, déjà constatée dans certains territoires de modification de la structure de l'offre de soins et de sa représentation ;
- une perte d'autonomie professionnelle des médecins et un conflit potentiel de valeurs entre des logiques financières et des logiques professionnelles. Le risque est celui de la perte de l'indépendance du médecin, notamment en matière d'organisation de l'activité médicale, de liberté des prescriptions médicales et des actes professionnels. Ainsi, les risques existent tout à la fois pour les patients, les professionnels de santé et le régulateur et payeur.

REMARQUES SUR LE CHEVAUCHEMENT DES CONCEPTS ET PRATIQUES

Le médecin-financier malgré lui

Le modèle sous-entendu par la financiarisation peut être celui développé, directement ou indirectement, par des professionnels de santé.

Si, par financiarisation, on suppose une structure dont la gestion est guidée par des financiers purs, une gestion ayant comme objet essentiel la rentabilité peut aussi être à l'œuvre lorsque des spécialistes se regroupent pour créer un plateau technique de haut niveau et à investissement élevé, voire plusieurs plateaux, comme en ophtalmologie, en radiologie et en biologie par exemple, mais aussi en dentisterie et en médecine vétérinaire. On retrouve le même schéma de risques potentiels alors qu'ici le capital est détenu par des professionnels de santé.

Le fait que le capital soit détenu par des professionnels de santé n'est en effet pas synonyme d'une gestion plus éthique, car adaptée à une demande en phase avec les besoins et par laquelle les médecins exercent alors pleinement leur pouvoir et gardent leur indépendance.

Parfois, même si la philosophie première n'est pas la rentabilité à tout prix, les investissements (et le souhait de retour sur investissement) sont tels que les mêmes risques sont possibles : perte progressive de l'indépendance du médecin par rapport à la structure financière qu'il a créé, dégradation du service offert par souci d'économie, inflation d'actes non pertinents, orientation vers les actes les plus rentables, sélection des patients « les plus rentables »... Ainsi, le médecin qui participe à un tel groupe et qui pense parfois que, parce qu'il détient le capital, ne sera pas soumis aux contraintes d'un groupe de financiers purs est parfois exposé aux mêmes contraintes in fine.

La bonne gestion doit rester la base

La financiarisation n'est pas l'antonyme du secteur public.

La rentabilité n'est pas synonyme de dégradation ou risque de dégradation du service, mais peut et devrait être

jugée comme le gage d'une bonne gestion des ressources matérielles et humaines. Il est ainsi caricatural d'opposer un service privé ou libéral qui serait de mauvaise qualité au prétexte qu'il ne peut se permettre d'être déficitaire et un service public qui serait gage de qualité parce qu'il ne serait pas orienté par le profit, autorisant implicitement une gestion plus aléatoire et conduisant à dégrader la qualité du service produit.

On peut aussi se demander si les autorisations d'exercice en secteur privé et de dépassements d'honoraires avec reversement dans le secteur public ne sont pas aussi le témoin d'une gestion déficitaire qui participe à une financiarisation rampante du secteur public qui ne dirait pas son nom.

Les difficultés du régulateur

Juger de l'atteinte aux principes fondamentaux de l'exercice de la médecine et des droits des patients n'est pas chose aisée, notamment car cela suppose parfois de juger de la pertinence médicale d'un soin ou d'un geste technique et en cela diverses logiques peuvent s'opposer : celle du soin, celle de la pertinence eu égard aux données acquises de la science, au cas particulier du patient et à ses demandes et celle du coût pour la collectivité. Tout laisse à penser que ce sont surtout les pratiques majoritairement déviantes qui sont analysées en vue de sanctions potentielles et que le régulateur, même s'il lui est parfois reproché un aspect tatillon sur certains dossiers, n'a que des possibilités modérées et heureusement limitées de s'immiscer dans la relation médecin-malade offrant parfois une large marge de manœuvre à la mise en place de stratégies ayant la rentabilité comme principe premier.

L'exemple nord-américain

Une des évolutions possibles de la financiarisation peut être envisagée en prenant comme exemple la situation aux Etats-Unis. Dans ce pays, la prise en charge financière des soins est faite par des groupes financiers - dénommés « assurances-santé » : ils collectent les cotisations auprès des entreprises pour financer les soins de leurs employés. Une particularité de leur mode de gestion est que ces groupes font un appel d'offres auprès des hôpitaux pour évaluer le prix des soins qu'ils produisent et ils passent alors un marché pour une durée donnée avec l'hôpital jugé comme le plus intéressant financièrement.

Dès lors, les affiliés d'une assurance-santé déterminée (et choisie par l'entreprise et non par l'employé) devront être soignés dans l'établissement de soins ayant passé le marché avec cette assurance-santé afin d'être pris en charge. Les patients n'ont donc pas le choix de leur établissement de santé, sauf à payer tout ou partie des soins de leur poche. Plus encore, les médecins n'ont pas non plus le choix de l'assurance-santé avec laquelle leur hôpital a passé un accord, et donc leurs patients seront ceux qui dépendent d'une assurance-santé donnée et pas d'une autre.

Ainsi, si le contrat entre l'hôpital A et l'assurance-santé Y n'est pas renouvelé au terme d'un certain délai parce que cette assurance-santé Y a dorénavant passé contrat avec l'hôpital B, tous les patients pris en charge par Y devront dorénavant être soignés par l'hôpital B. Si l'assurance-santé Z, passe alors contrat avec l'hôpital A, le médecin de A, perdra quasiment du jour au lendemain les patients qui étaient pris en charge par Y et devra prendre en charge ceux de l'assurance-santé Z.

EN SYNTHÈSE

La financiarisation du système de santé est progressivement à l'œuvre depuis 30 à 40 ans en France avec plusieurs risques bien identifiés. Certains risques constatés ont conduit à des scandales publics (tels ceux du groupe ORPEA), à un renforcement de l'encadrement d'exercice (notamment pour les centres de soins dentaires) ou à des interdictions de fonctionnement pour certaines structures voire certains groupes.

L'innovation et la capacité à saisir les opportunités étant au centre de la recherche du contrôle et du profit, de multiples formes de financiarisation se font jour, comme les plates-formes de rendez-vous, les cabines de téléconsultation dans les lieux publics... justifiant la vigilance des médecins, des patients et des régulateurs sur toutes les formes d'atteinte à la qualité du service et à l'indépendance des médecins.

L'analyse des tenants et aboutissants et la régulation de la financiarisation constituent des enjeux tant pour les patients que pour les médecins et les régulateurs, afin d'en limiter les risques identifiés et d'en atténuer les conséquences. Tous les acteurs sont cependant sur une ligne de crête quand ils abordent ce problème puisqu'ils doivent prendre en compte plusieurs logiques, comme celle de la nécessité de produire des soins de qualité dans le respect de l'éthique, c'est-à-dire de faire en sorte que les soins restent un bien commun, et celle d'une bonne et saine gestion, puisque le système est financé par ses ayants droit. ■



LA CONFRONTATION DE LA FINANCIARISATION DES SECTEURS DE LA SANTÉ

Différentes spécialités sont confrontées depuis plusieurs années à la financiarisation de leur secteur. C'est notamment le cas de l'ophtalmologie et de la radiologie.

Nous avons rencontré les **Drs Vincent Dedes** et **Jean-Philippe Masson**, qui président respectivement le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR, syndicat des radiologues libéraux).

Le Cardiologue : Depuis quand parle-t-on de financiarisation pour l'ophtalmologie et la radiologie ?



Jean-Philippe Masson : En radiologie la financiarisation a commencé à bas bruit il y a une dizaine d'années lorsque des groupes de cliniques privées ont racheté des centres d'imagerie installés dans leurs locaux. C'est à partir de 2016-2017 qu'elle a pris de l'ampleur lorsqu'un ex-directeur financier d'un de ces groupes s'est lancé dans le rachat de centres de radiologie. A l'époque la réglementation rendait cela possible.



Vincent Dedes : Pour l'ophtalmologie cela fait environ une dizaine d'années.

Le Cardiologue : Comment se manifeste-t-elle ?

J.-Ph. M. : Les groupes financiers font des propositions de rachat à des radiologues, notamment ceux qui sont en fin de carrière et qui ont du mal à trouver des successeurs. Ces propositions se montent à environ 3 fois la valeur de la part et s'accompagnent de conditions variables. La plupart du temps, les radiologues doivent s'occuper des démarches juridiques, ce qui représente un investissement. Puis le groupe les incite à réinvestir 30 à 40 % de la somme qu'ils vont toucher dans le groupe financier. Le reste est perçu sous condition de continuer à exercer pendant quelques années, le temps que le groupe trouve des successeurs pour faire fonctionner le centre. Or beaucoup d'internes (rassemblés au sein de Corail – internes de radiologie de France et radiologues « libres ») ont choisi de boycotter ces groupes, qui ne trouvent donc pas de médecins pour reprendre l'activité. Les radiologues se retrouvent donc coincés.

Aujourd'hui, on sait que 15 à 20 % des groupes ont été rachetés, c'est le même pourcentage qu'aux Etats-Unis. Mais en raison de la baisse de rentabilité liée à l'augmentation des charges, certains sont en difficulté financière. L'un d'entre eux, aux Etats-Unis, est même en cessation de paiement. Le problème c'est qu'aujourd'hui, seuls des investisseurs étrangers ont les moyens de racheter ces groupes, à l'instar de ce qui s'est passé pour la biologie.

V. D. : En ophtalmologie, les acteurs financiers investissent dans les cabinets d'ophtalmologie, officiellement pour aider les ophtalmologistes à mieux travailler. Les montages effectués, au travers de SELAS, leur permettent d'avoir des droits très importants même sans disposer de la majorité des parts. Concrètement, ils sont autorisés à gérer les structures, ils perçoivent des droits préférentiels sur les dividendes et ils ont un droit de regard sur les investissements, alors que les médecins n'ont qu'un pouvoir de décision limité.

Le Cardiologue : Quels sont les points positifs pour les médecins et pour les patients ?

V. D. : Lorsqu'il s'agit d'investisseurs de long terme, cela peut aider les médecins à réaliser certains investissements lourds. En revanche, on voit souvent des investisseurs plus « spéculatifs » comme des fonds d'investissement qui vont insister sur l'optimisation des cotations et la réduction des dépenses et même vont jusqu'à la restructuration pour revendre au bout de quelques années et faire des plus-values.

J.-Ph. M. : Il n'y a aucun avantage pour les patients. Quant aux radiologues, ils peuvent toucher de l'argent mais c'est finalement assez aléatoire et avec des contraintes importantes.

Le Cardiologue : Quels sont les points négatifs pour les médecins et pour les patients ?

J.-Ph. M. : En radiologie, les médecins sont soumis à un rythme de travail soutenu et à une obligation de progression de leur chiffre d'affaires d'environ 5 %/an. Or la conjoncture ne permet absolument pas cette croissance, notamment en raison de l'augmentation des charges.

Les médecins sont donc contraints de pratiquer les examens les plus rentables et sont incités à diriger les patients vers des examens à forte valeur ajoutée comme les scanners et les IRM. Cela induit un manque de pertinence des actes réalisés.

Les patients sont donc davantage exposés aux rayons mais en plus, on constate une perte de chance et une diminution de l'accès aux soins.

En effet, les actes nécessitant un temps médecin important peuvent être confiés à des manipulateurs, parfois assistés d'une sage-femme (pour les mammographies par exemple) et les clichés sont ensuite transmis à un autre centre qui va réaliser une téléexpertise.

Or le dépistage du cancer du sein prévoit que celui qui fait l'examen examine la patiente et interprète le cliché. On voit parfois des centres qui n'effectuent plus du tout de mammographies car elles prennent trop de temps.

V. D. : Pour l'ophtalmologie, on constate une perte d'indépendance des médecins. L'objectif des fonds d'investissement est de gagner de l'argent et cela se fait le plus souvent au détriment du service médical rendu. Par exemple on supprime les activités non rentables et on oriente l'activité sur les pathologies les plus rentables au détriment de la prise en charge des autres. Lorsque le modèle est poussé à l'extrême, comme c'est le cas dans les centres de santé, on assiste à des détournements et à des fraudes. Certains centres ont perdu leur conventionnement pour cette raison.

Le Cardiologue : Quelle est l'attitude des pouvoirs publics par rapport à cette situation ?

V. D. : Il y a quelques années, le Conseil de l'Ordre des Vétérinaires a saisi le Conseil d'Etat sur la question de la financiarisation. Cela a permis d'amorcer une évolution aussi bien au niveau des Ordres que des pouvoirs publics.

Par exemple aujourd'hui, les contrats doivent être validés par le CDOM pour garantir l'indépendance des médecins. Il n'y a d'ailleurs pas de clause de confidentialité opposable au CNOM, c'est une bonne chose.

Du côté des pouvoirs publics, le rapport charges et produits 2023 marque une rupture par rapport aux années précédentes. Ils souhaitent mieux encadrer l'activité des investisseurs financiers et sont très concernés par les questions d'accès aux soins et de pertinence des actes.

J.-Ph. M. : Une ordonnance est sortie en mars 2022 qui concerne plusieurs spécialités. Le sujet est clairement sur la table pour les questions d'accès aux soins des patients et aussi pour limiter les dépenses injustifiées et veiller à la pertinence financière des actes réalisés.

Le Cardiologue : Quelle réaction la profession envisage-t-elle ?

J.-Ph. M. : La FNMR a alerté les pouvoirs publics à de nombreuses reprises, ainsi que les radiologues. Nous organisons des séminaires sur ce sujet ainsi que des formations pour présenter les moyens juridiques qui permettent de se regrouper pour travailler ensemble, fusionner les groupes et revendre des parts aux groupes eux-mêmes, sans aller chercher des investisseurs extérieurs.

V. D. : Nous menons des actions de communication sur les avantages et les limites de la financiarisation et nous organisons des formations pour apprendre aux ophtalmologistes à mieux lire les contrats juridiques. En parallèle, nous avons demandé au Collège des universitaires d'intégrer un module sur l'entreprenariat médical.

Contact du syndicat secretaire@sncardiologues.fr

SAVOIR ANALYSER LA LITTÉRATURE MÉDICALE

14^e PARTIE : EFFET PLACEBO EN SYNTHÈSE

Au terme de six articles consacrés à l'effet placebo et à ses implications dans l'évaluation de l'effet d'un candidat-traitement, il est temps de faire une synthèse sur ce sujet.

La question fondamentale est : comment savoir qu'un traitement est efficace ? Et le problème est celui de l'effet placebo, en d'autres termes, le fait qu'une prise en charge thérapeutique reposant sur des produits sans aucun principe actif peut conduire à observer des effets cliniques, subjectifs, telle une diminution d'une douleur, ou objectifs, telles une bradycardie ou une diminution de la pression artérielle. Comment connaître alors l'effet thérapeutique spécifique du candidat-traitement ?

Définition

L'effet placebo est l'effet clinique d'une substance pharmacologiquement inerte – c'est-à-dire sans principe actif susceptible d'avoir un effet thérapeutique – chez une personne persuadée d'avoir reçu un traitement actif. Ainsi, une prescription ou la prise d'un placebo (sans savoir *a priori* qu'il s'agit d'un placebo), répond à la demande inconsciente de satisfaction induite par l'attente d'une prescription efficace. Lorsqu'on parle d'effet placebo, on parle le plus souvent d'un médicament, mais les procédures invasives occasionnent aussi un effet placebo. Ainsi, par exemple, une incision chirurgicale sous anesthésie, sans aucun geste associé particulier, peut conduire à des effets observables.

Causes

L'étude de l'effet placebo est multidisciplinaire, notamment neurobiologique, psychologique et sociologique, ce qui a conduit à deux explications possibles : une réponse conditionnée de type pavlovien ou une relation psychologique d'attente d'une réponse au traitement. L'effet placebo dépend du patient, du comportement des médecins, de la maladie, du type de produit prescrit et de sa voie d'administration. Ainsi, l'effet placebo contient une part de ce qui est appelé « effet-patient » c'est-à-dire la susceptibilité du patient vis-à-vis de la prise en charge thérapeutique qu'il souhaite, et une part d'« effet-médecin », c'est-à-dire un effet induit par la relation entre le médecin et le patient, dépendant tout à la fois de l'empathie du médecin et de la conviction qu'il transmet de l'efficacité ou non du traitement qu'il propose.

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

Prise en compte dans l'évaluation d'un candidat-traitement

Pour évaluer l'effet thérapeutique réel d'un candidat-traitement, c'est-à-dire en soustraire ce qui revient à un effet placebo, le moyen

trouvé dans la conduite d'un essai thérapeutique contrôlé (ETC) est la procédure de double aveugle. C'est-à-dire que lorsqu'une cohorte est divisée en deux parties en tout point similaires par la randomisation afin que l'une reçoive le candidat-traitement en évaluation et l'autre le placebo (en l'absence de traitement de référence), ni le sujet de l'expérience, c'est-à-dire le patient, ni le médecin ou l'équipe soignante ne doit savoir ce que reçoit réellement le patient. Le patient et le médecin sont ainsi comme aveugles par rapport à la procédure en cours, c'est le double aveugle. Ainsi, tant le médecin que le patient nourriront la même attente envers ce qui sera réellement reçu par le patient (candidat-traitement ou placebo) et le médecin administrera avec la même conviction le placebo ou le candidat-traitement en évaluation.

Le simple aveugle définit le fait qu'une seule personne ne sait pas qui reçoit le placebo ou le candidat-traitement. Le double aveugle définit le fait que ni le patient ni le médecin ne savent ce que reçoit le patient.

Afin de garantir l'aveugle lors d'un essai thérapeutique contrôlé, il faut que le placebo soit d'aspect et de mode d'administration similaires à ceux du candidat-traitement. Ceci peut alors justifier de pratiquer des injections intraveineuses de solutions aqueuses dans les groupes sous placebo, voire d'élaborer des protocoles avec des examens de suivi factices, comme de faux INR, voire d'effectuer des procédures invasives simulées.

Dans l'évaluation d'un candidat-traitement, utiliser des procédures prenant en compte l'effet placebo peut paraître contraire à l'éthique, mais ce qui est contraire à l'éthique, c'est de proposer un « traitement » dont on ne sait pas quel est l'effet thérapeutique réel. Enfin, la pratique d'une étude en double aveugle et l'administration, dans ce cadre, d'un placebo n'est pas un défaut de soin, mais est une acceptation par les diverses parties de se soumettre à un protocole expérimental impliquant la personne humaine.

En synthèse...

Pour évaluer le niveau de preuve d'un ETC, toujours regarder s'il a été conduit en double aveugle et selon quelles modalités initiales et lors du suivi. ■



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

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.

PATIENT SOUS ANTIVITAMINE K (AVK)

Patients ayant une prothèse valvulaire cardiaque mécanique

Les AVK peuvent être maintenus pour les chirurgies et procédures à risque hémorragique mineur et l'intervention avoir lieu lorsque l'INR est proche de la valeur basse de la zone thérapeutique prédéterminée.

Les chirurgies majeures nécessitant un INR inférieur ou égal à 1,5 justifient l'arrêt de l'AVK et un relais par une héparine, bien que les preuves pour l'intérêt d'un tel relais soient faibles.

Comme les nouvelles générations de prothèses valvulaires mécaniques (PVM) en position aortique ont un faible risque thrombo-embolique et que l'étude PERI-OP n'a pas montré d'avantage au relais par héparine, chez les patients ayant une PVM à faible risque thrombo-embolique (comme par exemple les valves à deux ailettes en position aortique chez des patients en rythme sinusal), le relais peut ne pas être nécessaire. Chez les autres patients (remplacement aorto-valvulaire, ancienne génération de PVM, prothèse en position mitrale ou tricuspide, facteurs de risque thromboembolique associés), un relais par héparine doit être envisagé pendant la période où l'INR sera inférieur aux valeurs thérapeutiques. Dans toutes ces situations, le risque accru d'hémorragie devra être mis en balance avec le risque thromboembolique.

Théoriquement, l'héparine injectable non

fractionnée (HNF) est la seule héparine approuvée pour le relais thérapeutique, mais son usage tend à être remplacé par celui des héparines de bas poids moléculaires (HBPM). Une méta-analyses ayant inclus 1 042 patients n'a pas mis en évidence de différence entre HNF et HBPM dans cette situation.

Si une HBPM est utilisée :

- elle doit l'être à sa dose thérapeutique en deux injections par jour ;
- la dose doit être ajustée à la fonction rénale ;
- la surveillance des taux d'anti-facteur Xa (FXa) avec une cible comprise entre 0,5 et 1,0 U/ml peut se discuter en cas de difficulté à déterminer la bonne dose (comme chez les patients insuffisants rénaux ou obèses).

Patients ayant une fibrillation atriale (FA) ou une maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE)

Les AVK peuvent être maintenus pour les chirurgies et procédures à risque hémorragique mineur et l'intervention avoir lieu lorsque l'INR est proche de la valeur basse de la zone thérapeutique prédéterminée.

Dans les cas de chirurgie à risque hémorragique élevé, l'étude BRIDGE-AF chez des patients ayant une FA a démontré que l'arrêt de l'AVK 3 à 5 jours avant la chirurgie, sans relais par une héparine, est supérieur au relais par héparine en matière de prévention des événements hémorragiques sans majoration du risque thrombo-embolique ou de MVTE.

Le relais peut être envisagé chez les patients

ayant une FA et un risque thrombo-embolique élevé (score CHA2DS2-VASc supérieur à 6 ou AVC embolique de moins de 3 mois ou haut risque de récurrence de MVTE) en mettant en balance le rapport bénéfice risque.

Reprise des AVK après chirurgie

La reprise de l'AVK doit avoir lieu 12 à 24 heures après la procédure si le risque hémorragique est contrôlé et le transit intestinal repris. La dose de reprise doit être la dose préalable d'entretien plus 50 % de cette dose pendant 2 jours.

Chez les patients ayant eu un relais par une héparine (HNF ou HBPM), la reprise de l'AVK doit avoir lieu 24 heures (voire 48 à 72 heures en cas de haut risque hémorragique) après la procédure si le risque hémorragique est contrôlé et le transit intestinal repris et l'héparine maintenue jusqu'à ce que l'INR ait atteint la zone thérapeutique.

La réversion de l'action des AVK

L'antidote proposé est le concentré de complexes prothrombiniques (PCC) et le plasma à une dose ajustée à la valeur de l'INR.

PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS (AOD)

Chirurgie non planifiée chez un patient sous AOD

Lorsqu'une chirurgie urgente est nécessaire, il est recommandé d'arrêter immédiatement le traitement par AOD et la stratégie péri-

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

POINTS FORTS POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

- Chez un patient sous AVK ayant une prothèse valvulaire mécanique de dernière génération, faiblement thrombogène et pas de facteur de risque embolique associé, il peut être possible d'envisager un arrêt transitoire de l'AVK lors d'une chirurgie sans relai par une héparine.
- La reprise du traitement par AVK après son arrêt pour chirurgie doit se faire :
 - A la dose préalable à celle de l'arrêt du traitement augmenté de 50 % de cette dose pendant 2 jours ;
 - 12 à 24 heures après l'intervention si le risque hémorragique est contrôlé et si le transit intestinal est repris.
- En cas de chirurgie planifiée chez un patient sous anticoagulant oral direct (AOD), le relai par une héparine n'est pas préconisé lors de l'éventuel arrêt transitoire de l'AOD, sauf dans de rares circonstances où le risque thromboembolique est très élevé, par exemple, un antécédent de moins de 3 mois d'événements thromboembolique tel un AVC, une embolie systémique ou une maladie veineuse thromboembolique et chez les patients ayant un antécédent d'événement thromboembolique lors d'une interruption antérieure du traitement par AOD.

opérateur dépend du type de chirurgie. Selon le risque hémorragique, il sera possible d'utiliser un antidote des AOD parmi ceux validés dans des études en ouvert sans groupe placebo (idaricizumab pour la dabigatran et andexanet alpha pour l'apixaban et le rivaroxaban). Si ces antidotes ne sont pas disponibles, le PCC ou le PCC activé doivent être envisagés bien que l'on ne dispose pas de données sur le rapport bénéfice-risque de cette stratégie dans ce contexte.

Il faudra éviter d'avoir recours à une rachianesthésie et disposer de tous les tests de coagulation préalablement à la chirurgie afin d'évaluer le statut du patient. Toutefois, l'utilisation d'un antidote doit être principalement guidé par la situation clinique.

Chirurgie planifiée chez un patient sous AOD

Une chirurgie à risque hémorragique mineur ou faible peut être effectuée avec le maintien des AOD. Dans les autres cas, une interruption transitoire du traitement est nécessaire et comme le relai par une héparine (HFN ou HBPM) est associé à un risque hémorragique majoré sans

réduction supplémentaire du risque embolique, un tel relai ne doit pas être proposé sauf dans quelques rares circonstances, c'est-à-dire celles où le risque thrombo-embolique est très élevé (comme par exemple, un antécédent de moins de 3 mois d'événements thrombo-embolique tel un AVC, une embolie systémique ou une MVTE) et chez les patients ayant un antécédent d'événement thrombo-embolique lors d'une interruption antérieure du traitement par AOD.

Chez les patients chez lesquels l'AOD ne peut pas être repris rapidement en post-opératoire, une thrombo-prophylaxie de MVTE peut être envisagée avec une HBPM (sous couvert éventuel de la surveillance de l'activité anti-FXa pour ajuster les doses).

Examens de laboratoire

Même si l'évaluation du statut anticoagulant chez les patients sous AOD devant avoir une chirurgie planifiée procure une bonne estimation des concentrations résiduelles du traitement, elle n'est pas utile dans l'immense majorité des cas, car la modulation du délai d'arrêt du traitement en fonction de ces valeurs n'est pas établie et, car les schémas

d'arrêt proposés pour les AOD sont suffisamment sécurisants.

De même, si l'utilisation d'amiodarone, de vérapamil ou de diltiazem est associée à une valeur plus élevée des concentrations d'AOD, leur utilisation n'est pas associée à une augmentation du risque hémorragique périopératoire.

Quand un AOD a été arrêté depuis plus de 72 heures, la probabilité d'un taux résiduel plasmatique d'AOD est extrêmement faible.

Cas particuliers

Avant les interventions à très haut risque hémorragique (anesthésie péridurale, ponction lombaire...) l'interruption d'un AOD pendant plus de 5 demi-vies doit être considérée (3 jours pour les anti-FXa et 4 à 5 jours pour le dabigatran) et la reprise du traitement peut en général avoir lieu 24 heures après l'intervention.

La plupart des procédures dentaires peuvent être effectuées sous maintien des AOD et en ambulatoire, voire en arrêtant une seule dose du traitement et avec des moyens d'hémostase locaux. Cette recommandation repose sur un consensus d'experts et des études les évaluant sont en cours.

Reprise de l'AOD après une chirurgie

En général, l'AOD peut être repris dans les 6 à 8 heures après la chirurgie sauf quand le risque hémorragique d'une reprise à pleine dose surpasse le risque thrombo-embolique, auquel cas l'AOD sera repris 48 à 72 heures après la procédure. Dans ce cas, un traitement de thromboprophylaxie veineuse jusqu'à reprise de l'AOD est en général sans risque.

L'utilisation d'une HNF peut aussi être proposée chez les patients ne pouvant reprendre leur traitement par voie orale. L'utilisation hors indication des doses réduites d'AOD pour diminuer le risque hémorragique post-opératoire n'est pas recommandée, faute de preuve validant cette stratégie. ■



LA BIO-IMPRESSION DES AVANCÉES À PETITS PAS

2^e partie



© iingyapunt - stock.adobe.com

Nous avons vu dans notre précédent numéro le principe et l'importance de la bio-impression dans la recherche, les fondements, les applications et les récentes avancées dans le domaine de la santé. Nous faisons le point dans cette deuxième partie des limites vues les contraintes technologiques actuelles et les perspectives futures.

LES DÉFIS ET LES LIMITES

La bio-impression fait face depuis plusieurs années aux limites de la technologie, de problèmes éthiques et de compatibilité et d'acceptation clinique des receveurs.

■ **Les contraintes technologiques actuelles**, malgré les avancées, représentent l'un des principaux obstacles de l'évolution de la bio-impression. Les imprimantes 3D spécialisées n'ont pas une précision pour reproduire naturellement la complexité microscopique des tissus. Les résolutions limitées peuvent directement influencer sur la fonctionnalité des organes imprimés.

■ **Les problèmes éthiques**, de leur côté, soulèvent des questions morales. Les cellules souches embryonnaires humaines (CSE), par exemple, sont au centre des controverses éthiques en raison de leur dérivation d'embryons humains. L'utilisation de cellules souches pluri-potentes induites (CSPi) constitue un autre défi éthique malgré ses promesses dans la médecine régénérative (1), l'une des préoccupations majeures étant le risque de reprogrammation anormale au cours du processus d'induction des CSPi.

■ **Le défi de l'acceptation cli-**

nique se pose également. L'organe bio-imprimé intégré dans le corps du receveur reste une préoccupation avec les réactions immunitaires, le risque de rejet et la nécessité d'assurer la fonctionnalité optimale de l'organe artificiel. Ces défis complexes nécessitent une compréhension approfondie des interactions biologiques.

Il faudra également une approche globale entre les laboratoires afin de réunir, comparer les résultats et de réaliser des protocoles universels. Une normalisation est donc nécessaire afin garantir des résultats et une validation clinique.

LES PERSPECTIVES FUTURES

Malgré ces difficultés, les perspectives futures de la bio-impression médicale pourraient jouer un rôle crucial dans des domaines émergents tels que la médecine personnalisée et la régénération tissulaire avancée.

■ **Personnaliser la réalisation d'organes** et de tissus en fonction des caractéristiques génétiques et physiologiques de chacun permettrait un traitement des maladies de manière plus ciblée et efficace avec un développement sur mesure des organes et des tissus, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives pour des

thérapies plus efficaces et mieux tolérées.

■ **Le coût.** La bio-impression, en offrant une production d'organes sur mesure, pourrait réduire la dépendance vis-à-vis des greffes d'organes traditionnelles et des traitements coûteux, ce qui pourrait contribuer à terme à une diminution des coûts de santé associés aux procédures complexes de transplantation.

EN CONCLUSION

En récapitulant les points clés, cette technologie d'impression 3D permet une fabrication sur mesure d'organes et de tissus, en offrant des solutions novatrices pour la transplantation et la régénération tissulaire.

Les progrès technologiques récents ont surmonté certains défis, mais des obstacles subsistent, comme nous l'avons vu, notamment sur le plan éthique et clinique. Malgré cela, l'avenir de la bio-impression sur la santé est important, ouvrant la voie à une médecine personnalisée, plus efficace et accessible. Les perspectives futures s'annoncent prometteuses, avec la possibilité de personnaliser les traitements, de réduire les coûts de santé, et d'apporter des avancées significatives dans la médecine régénérative.

L'intelligence artificielle promet également de redéfinir les normes de la bio-impression. La bio-impression représente un chapitre passionnant dans l'histoire de la médecine, invitant à l'optimisme quant à son potentiel révolutionnaire. ■

(1) La médecine régénérative (ou médecine régénératrice) est un domaine interdisciplinaire de recherche et d'applications cliniques axée sur la réparation, le remplacement ou la régénération de cellules, de tissus ou d'organes pour restaurer une fonction altérée » du corps humain.

Source : Frezone, Wikipedia, 3Dnatives

Voir dans notre précédent numéro :

Les fondements

Les applications en santé

Les avancées récentes



©rdclassenlayouts - depositphotos



CES 2024

LE SHOW DE LA SANTÉ AU CONSUMER ELECTRONICS

Après les années Covid, une édition 2023 en demi-teinte et deux ans d'absence, le Digital Health Summit du Consumer Electronics Show (CES) de Las Vegas a fait son retour sur les dernières technologies développées.

Le point sur quelques-unes des principales Innovations Awards 2024.

STIMULATEUR CARDIAQUE SANS FIL À DOUBLE CHAMBRE



Destiné à traiter les personnes ayant un rythme cardiaque lent, le système de stimulateur cardiaque sans fil à double chambre (DR) AVEIR™ est le premier stimulateur cardiaque sans fil à double chambre. Faisant environ un dixième de la taille d'un stimulateur cardiaque traditionnel, les composants auriculaires et ventriculaires de ces stimulateurs peuvent communiquer entre eux grâce à la première technologie i2i™ (implant à implant) afin d'établir une stimulation continue et synchronisée entre l'oreille droite et le ventricule droit. Ils sont également conçus pour être récupérés si les besoins thérapeutiques d'une personne changent ou si elle a besoin d'un appareil de remplacement à l'avenir.

THERMOMÈTRE INTELLIGENT SANS CONTACT



HiiTCHECK est un thermomètre intelligent sans contact conçu pour une surveillance de la température. Compatible avec n'importe quel smartphone, il se fixe facile-

ment et offre une rotation pratique à 360 degrés permettant ainsi un suivi sans effort de sa propre température corporelle (ou celle de votre bébé). Ses capteurs mesurent avec précision la température corporelle à 0,1 °C, ce qui le rend suffisamment précis et utile pour suivre l'ovulation et faciliter le timing de la grossesse. HiiTCHECK est sans batterie.

MATELAS INTELLIGENT SLEEPINBODY-INCLINE



Le matelas intelligent SleepInBody-Incline est un matelas de santé numérique qui a été créé pour garantir un état de sommeil stable en analysant les changements en temps réel des signes biologiques telles la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire de l'utilisateur grâce au système IoT (1), une technologie clé.

Le matelas ajuste automatiquement sa fermeté, sa hauteur et son angle en fonction de l'IMC de l'utilisateur et de l'activité quotidienne collectée par la balance SmartBody et les appareils portables qui y sont connectés. Le fabricant garantit un meilleur environnement de sommeil pour tout le monde...



THERMOMÈTRE NUMÉRIQUE

Sur les réseaux sociaux, les commentaires vont bon train et cela commence ainsi : « Plus besoin d'aller chez le médecin avec ce boîtier, on lui envoie les mesures et c'est tout ! », « Bientôt on fera son boulot au médecin avec en prime une consultation à 40 boules », « C'est bien connu, un médecin ne fait que prendre des mesures. »...

Withings présentait son nouveau thermomètre numérique BeamO, appareil de check-up santé 4-en-1. sont inclus un stéthoscope digital (avec bien entendu une interprétation par le personnel médical [sic]), un ECG de grade médical à une dérivation afin de détecter la fibrillation auriculaire (FA), un oxymètre mesurant le taux de saturation en oxygène dans le sang (SpO2) et, bien sûr, un thermomètre sans contact pour mesurer la température corporelle.

BeamO n'est pas encore validé cliniquement ou médicalement. L'appareil est actuellement en phase d'obtention de validation clinique ainsi que le marquage CE et l'approbation de la FDA. Lancement prévu à l'été 2024.

APPAREIL DE BIOIMAGERIE POUR LE BIEN-ÊTRE VASCULAIRE EN TEMPS RÉEL



ATRI (Advanced Technology Research Institution) a présenté un appareil de bio-imagerie pour la surveillance vasculaire et le diagnostic des maladies inflammatoires.

Avec un taux de mortalité important, la détection précoce est donc cruciale. ATRI a développé une technologie utilisant un filtre bloquant les ultraviolets en visualisant uniquement l'image de fluorescence de la thrombose. ■

(1) On parle d'Internet of Things (IoT) lorsque des objets physiques sont équipés de capteurs, de logiciels et d'autres technologies dans le but de se connecter



DEUX PARCOURS

Deux biographies parues à un mois d'intervalle, relatent deux parcours de vie très différents. Le premier est celui de Nicolas Sarkozy qui après avoir voulu être et avoir été président de la République semble dorénavant avoir trois envies : être riche, continuer à briller selon les critères qu'il définit et échapper à la prison. Le deuxième est celui de Jean-Jacques Goldman qui, inversement, veut devenir le plus discret possible alors qu'il était encore en 2023, la personnalité préférée des français alors qu'il a quitté la scène il y a 20 ans et n'apparaît quasiment plus dans l'espace public.

LE PARRAIN

Etienne Girard, rédacteur en chef à *l'Express* et Laurent Valdiguié, grand reporter à *Marianne*, décrivent la vie de Nicolas Sarkozy depuis qu'il a été battu à la primaire des Républicains en 2016, mettant un terme probable à ses possibilités de redevenir président de la République. Pour ce faire, ils ont orienté leur ouvrage selon quatre axes : la vie politique, les procès, le business et enfin l'affaire libyenne pour laquelle Nicolas Sarkozy risque l'emprisonnement ferme.

UN RISQUE JUDICIAIRE MAJEUR

Schématiquement, il est possible de relier la vie politique actuelle de Nicolas Sarkozy à l'affaire libyenne et à son business, c'est-à-dire sa façon de vouloir « être riche » et d'échapper à la prison. Le procès relatif à l'affaire libyenne devrait durer 3 mois en début d'année 2025. Cette affaire repose sur la possibilité que la campagne présidentielle de 2007 de Nicolas Sarkozy ait pu bénéficier d'un financement en liquide, à hauteur de 50 millions d'euros, par le président libyen de l'époque, Mouammar Kadhafi. Dans cette affaire aux multiples rebondissements, Nicolas Sarkozy est mis en examen depuis mars 2018 pour corruption passive, recel de détournement de fonds publics (libyens) et financement illégal de campagne électorale, depuis 2020, au même titre que Claude Guéant, Brice Hortefeux et Thierry Gaubert, pour association de malfaiteurs en vue de la préparation de ces délits et depuis le 6 octobre 2023, pour recel de subornation de témoin et participation à une association de malfaiteurs en vue de commettre l'infraction d'escroquerie au jugement en bande organisée.

La vie politique actuelle de Nicolas Sarkozy semble faite de facilitation potentielle de carrières et d'entremise auprès de dirigeants, tel Emmanuel Macron, pour promouvoir à des postes-clefs, des personnalités qui lui sont favorables. L'objectif est double. Le principal est d'espérer qu'en cas de condamnation à la prison ferme, il puisse bénéficier d'une grâce par l'entremise d'un président qui lui serait favorable pour services rendus (Macron ou Darmanin). Le deuxième est de continuer à entretenir des réseaux politico-financiers lui permettant de jouer pleinement son rôle d'entremetteur pour les diverses entreprises et sociétés qui ont recours à ses services notamment de conseils

rémunérés, de participations à des conseils d'administration et d'aide au développement d'affaires entrepreneuriales.

UN BUSINESS SIMPLE DANS SON PRINCIPE, COMPLEXE DANS SES RÉSEAUX

Comme le disent les auteurs « *le business de Nicolas Sarkozy repose sur un principe simple. Il s'agit de monnayer ses conseils et son entremise auprès de grands patrons et de dignitaires étrangers* ». Ce qui lui rapporte d'après les auteurs de l'ordre de 250 000 euros par mois. Pour ce, par exemple, il favorise l'expansion africaine du groupe hôtelier Accor, sans oublier au passage ses affaires personnelles. Il a ainsi fait en sorte que les vignobles dont il est propriétaire avec Stéphane Courbit, produisent des vins qui seront présents dans les restaurants du groupe Bourdonde racheté par Accor dont il est administrateur.

C'est ainsi qu'il est conseiller de Vincent Bolloré et d'Arnaud Lagardère (ce dernier l'ayant qualifié de frère) qui possèdent plusieurs médias et maisons d'édition permettant d'augmenter la surface publicitaire et les pourcentages des livres qu'il publie chez eux.

C'est ainsi qu'il a parole ouverte pour venir régulièrement fournir sa version des faits à propos des mises en examen dont il est l'objet. A ce sujet, le chapitre consacré à l'affaire Paul Bismuth est à la fois édifiant et cocasse. Cocasse quand, lors d'une perquisition chez l'avocat Thierry Herzog, celui-ci prétend n'avoir pas d'autre téléphone que celui que les policiers viennent de saisir et qu'un autre téléphone sonne dans la poche de la robe de chambre qu'il porte, téléphone qui vient d'être appelé, non pas comme le pense l'avocat par Sarkozy-Bismuth pour le prévenir, mais par un des policiers présents. Edifiant quand Nicolas Sarkozy, pour « preuve de sa bonne foi » indique que le juge bordelais au centre de l'affaire n'a pas été muté à Monaco, ce qui prouverait selon lui qu'il n'y a pas eu de trafic d'influence alors que le contenu des écoutes rapporté dans le livre ne laisse aucun doute, Nicolas Sarkozy disant à son avocat à propos de ce juge « *Appelle-le aujourd'hui en disant que je m'en occuperai parce que moi, je vais à Monaco et je verrai le prince* ». Et comme le précise les auteurs, le fait



que la démarche n'a pas abouti n'a aucune importance et n'a aucune valeur de preuve, car en droit « *La réalité de l'influence importe peu, son intensité n'a pas à être vérifiée dès lors qu'elle pouvait être réelle ou supposée. Cette influence peut n'exister que dans l'esprit du corrupteur... Le trafic d'influence supposé, comme son nom l'indique,*

implique que chaque partie suppose que l'autre fera son bout de chemin ». Et la sanction à l'issue de l'appel est la suivante pour Nicolas Sarkozy : trois ans d'emprisonnement dont deux avec sursis, et trois ans de privation des droits civiques, c'est-à-dire de droit de vote et d'éligibilité. ■

GOLDMAN

Tout autre est la vie de Jean-Jacques Goldman, telle que racontée dans un essai passionnant par Ivan Jablonka, qui est aussi un enfant d'immigrés juifs et qui trace quelques parallèles entre sa vie et celle du chanteur, « hyperstar » malgré lui.

En effet, tout, chez Jean-Jacques Goldman apparaît être un parcours d'humilité au point qu'il n'a pas invité ses parents lors de son premier spectacle à l'Olympia, estimant, qu'il n'y avait là rien de recommandable ou d'édifiant par rapport à ce que font d'autres personnes qui méritent nettement plus d'être reconnues que lui. A tel point qu'alors que les premiers succès arrivant tardivement, au début des années 1980, Goldman continua d'habiter son pavillon de Montrouge et à vendre des articles de sport dans le magasin familial en franchise.

Premier vendeur français de disques des années 1980, Jean-Jacques Goldman a pourtant été méprisé par la critique et les journalistes au point que ces derniers avaient appelé au boycott d'une grande série de concerts qu'il donna en 1985 à Paris. Cette série fut un succès à « guichets fermés » et comment répondit Goldman à ses critiques ? Il acheta une pleine page de publicité dans un des journaux qui le conspuait, page reprenant les critiques qui lui avaient été faites et qui avait comme titre « Merci d'être venu quand même ».

Mais une fois le succès reconnu, alors que sa personnalité semble faite d'humilité, de modestie et de simplicité, celle-ci fut encore décrite en 2001 par les mêmes journalistes comme un marketing habile fait d'un non-marketing. Une sorte d'impossibilité de croire à la sincérité. Pourtant, tout dans ses attitudes, sa tenue vestimentaire, son parcours, les paroles de ses chansons indiquent la réalité de celle-ci.

LE SUCCÈS DISCRET MAIS RÉEL

Ce qui fait le succès de Goldman à l'issue de la lecture de ce livre tient en sa valeur d'exemplarité de son attitude qui peut se résumer à « *voyez comme je suis, je fais comme je pense qu'il faut faire, discrètement* ». Et c'est probablement pour cela qu'il a été élu personnalité préférée des français plus de 10 fois lors des 20 dernières années alors qu'il n'apparaît plus qu'exceptionnellement en public et alors dans des spectacles à caractère caritatif.

Ce qui fait le succès de Goldman, c'est aussi l'emploi de mots, d'images et de schémas narratifs simples dans ces chansons. C'est d'ailleurs probablement cette simplicité qui lui est reproché, mais Charles Trenet, un monument de la chanson française avait des paroles tout aussi simples. Et au milieu d'un important répertoire, il y deux vrais perles, deux chefs d'œuvre : « Comme toi » et « Né en 17 à Leidenstadt ».

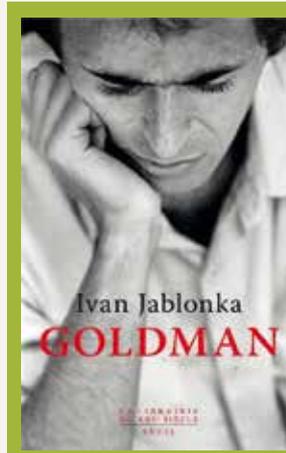
Deux chansons dont les textes sont étudiés dans les écoles pour la valeur de leur message. La première véhicule une émotion très forte et le deuxième une vraie réflexion sur le devenir des hommes selon le contexte dans lequel ils évoluent. Des textes à lire et relire, des chansons à écouter et ré-écouter. ■

LE PARRAIN. SARKO APRÈS SARKO : L'ENQUÊTE



Auteurs : Etienne Girard, Laurent Valdigué
Editeurs : Seuil
Parution : septembre 2023
Pagination : 320 pages
Prix broché : 20,90 €
Prix numérique : 14,99 €

GOLDMAN



Auteurs : Ivan Jablonka
Editeurs : Seuil
Parution : août 2023
Pagination : 400 pages
Prix broché : 21,90 €
Prix numérique : 15,99 €

LA COURSE DE CHARS SUR LA PLACE DE MICHEL DE MONTAIGNE (1533-1592) À JACQUES CALLOT (1592-1635)

Le 23 juin 1581 à Florence, c'est la veille des festivités de la Saint-Jean qui revêtent une importance particulière, car c'est le saint patron de la ville où Michel de Montaigne (1533-1592) va assister à une course de chars. Nous sommes dans le cadre d'un périple hors du commun qui va durer plus de 17 mois (1580-1581) et dont le récit ne sera publié que près de deux siècles plus tard, après la découverte fortuite du manuscrit non destiné initialement à être publié. [1] En préambule, il nous faut préciser le contexte. Tout d'abord il fait très chaud puisque Montaigne relate qu'« il faisoit une chaleur dont les habitans eux-mêmes étoient étonnés ». Une course de chars est organisée « dans une grande et belle place carrée plus longue que large, et entourée de tous côtés de belles maisons ».

C'est la Piazza Santa Maria Novella dont le tracé irrégulier date du XIV^e siècle. Pour le voyageur moderne arrivant par le train, la place n'est qu'à quelques minutes de marche en traversant la Piazza della Stazione puis en contournant l'église et les cloîtres de Santa Maria Novella qui ferment la place du côté nord et dont le début de la construction remonte à 1278. La façade, aux motifs géométriques en marbre vert et blanc, date du milieu du XIV^e siècle. A droite de l'église se situe un petit cimetière où repose Domenico Ghirlandaio (1448-1494) à l'injuste réputation « d'imagier, payé pour couvrir les murs ». [2]

La place sert de parvis à l'église à l'intérieur de laquelle et plus précisément dans la chapelle des « Strozzi de Mantoue » on peut admirer les fresques (1350-1357) du peintre et architecte Nardo di Cione mort en 1366, et illustrant la Divine comédie de Dante (1265-1321) incluant l'Enfer. C'est ainsi que « pendant des années, on entraînait dans cette église de Florence, la plus proche de la gare, pour y voir le diable » [5] A l'opposé se situent les arcades Renaissance de la loggia dell'Ospedale di San Paolo, c'est-à-dire de l'ancien hôpital des Leopoldines datant du XIII^e siècle et abritant, de nos jours, le récent (2014) Museo Novecento qui expose des œuvres italiennes de la première moitié du XX^e siècle. Depuis le Moyen-Âge, cette place

terminée en 1325, était dévolue aux sermons des dominicains mais aussi aux tournois et fêtes diverses.

C'est en 1563 que la place devint le lieu du Palio dei Cocchi institué la veille de la Saint-Jean, par le premier grand-duc de Toscane, Cosme I^{er} (1519-1574). Il s'agissait d'une course de chars qui contournaient deux tours de bois plus tard remplacées par deux obélisques de marbre (1608) soutenus par des tortues en bronze, probablement de Giambologna (1529-1608). Les lys d'or des sommets sont du XIX^e siècle, en l'honneur de la Cité du Lys. Nous disposons de très peu de représentations des courses de chevaux qui se déroulaient sur cette place.

La peinture à l'huile faite entre 1789 et 1791 et intitulée Course de chevaux sur l'ancienne place de Santa Maria Novella (Musée des Offices Florence), fait partie des dernières œuvres du peintre paysagiste et graveur Antonio Cioci (1732-1792). [3] Il était alors dessinateur et marqueteur à l'Atelier des pierres dures de Florence, l'ancienne manufacture de la « mosaïque florentine » destinée à fabriquer des marqueteries de pierres précieuses et semi-précieuses et qui fut créée en 1558 par le grand-duc Ferdinand I^{er} de Médicis (1549 -1609). Faite plus de deux siècles après le passage de Montaigne, la toile nous montre une course de chevaux stricto sensu et non pas une course de chars.

Les cavaliers tournent dans le sens antihoraire autour des deux obélisques. Les chevaux sont représentés, de façon très suggestive bien qu'irréaliste, membres antérieurs et postérieurs tendus à l'horizontale à l'instar de ce que peindra vers 1821 Théodore Géricault (1791-1824) avec la Course de chevaux, dite le Derby à Epsom (Musée du Louvre). Le tableau d'Antonio Cioci montre la loge de Léopold I^{er} (1747-1792) grand-duc de Toscane de 1765 à 1790, dans la loggia dell'Ospedale alors que, non seulement la quasi-totalité de la place est ceinturée d'estrades dotées d'au moins une demi-douzaine de rangs bondés de monde, mais le terre-plein central entre les deux obélisques est rempli d'une foule de spectateurs dont l'élégance est manifeste. En outre, il y a des spectateurs aux fenêtres des immeubles

mais aussi sur les toits à une dizaine de mètres du sol, à leurs risques et périls.

Il nous faut maintenant revenir à Montaigne mais aussi à la gravure intitulée La course de chars sur la place Santa Maria Novella à Florence - Bibliothèque municipale de Lyon *Figure 1* par Jacques Callot (1592-1635) [4] qui a été faite relativement peu de temps après le passage de Montaigne, lors du séjour de Callot à Florence (1612-1621), et peut de ce fait en éclairer les propos. A noter qu'à près de deux siècles d'intervalle, le peintre Antonio Cioci et le graveur Jacques Callot se sont apparemment positionnés au même endroit, en surplomb et en prenant suffisamment de recul pour voir la totalité de la place.

A l'inverse du côté opposé limité par des immeubles, le côté Est, apparemment encore peu urbanisé, du moins au XVI^e siècle, leur est apparu l'endroit le plus propice, de façon globalement parallèle à l'axe central délimité par les obélisques qui, rappelons-le, n'existaient pas du temps de Montaigne.

Les deux représentations ne sont pas des vues cavalières, car on y retrouve la perspective avec ses lignes de fuite. Voilà ce qu'en dit Montaigne : « A chaque extrémité de la longueur, on avait dressé un obélisque, ou une aiguille de bois quarrée, et de l'une à l'autre étoit attachée une longue corde pour qu'on ne pût traverser la place ; plusieurs hommes mêmes se mirent encore en travers, pour empêcher de passer par-dessus la corde »

Il n'est donc pas question, à l'inverse de ce que nous montre la peinture d'Antonio Cioci, de mettre des spectateurs au centre de la place. A l'inverse de cette sorte de muraille humaine figurée dans le tableau d'Antonio Cioci, seule la corde et quelques hommes ont vocation à dissuader les chevaux de couper court. Cette corde doit être nécessairement tendue mais les « aiguilles de bois » n'auraient, probablement, pas supporté une telle traction.

La gravure de Jacques Callot réputé pour son art des « petites scènes saisies sur le vif », nous montre que la corde est remarquablement horizontale, ce qui, compte tenu de sa longueur, n'est possible que grâce à la forte trac-

LA COURSE DE SANTA MARIA NOVELLA À FLORENCE

(1592-1635) - 1^{ère} PARTIE



La course de chars sur la place Santa Maria Novella à Florence.

Par Jacques Callot (1592-1635)
Bibliothèque municipale de Lyon

tion de la douzaine d'hommes positionnés aux deux extrémités. Poursuivons la description de Montaigne : « Les balcons étoient remplis de Dames, et le Grand Duc avec la Duchesse et sa cour, étoient dans un Palais », qui ne peut correspondre, comme nous l'avons vu, qu'à la loggia dell'Ospedale bien visible chez Cioci mais moins évidente chez Callot d'autant qu'il a représenté à gauche de la gravure, en tout premier plan, un homme qui, par contraste, semble être Gulliver aux pays des Lilliputiens.

La comparaison, bien qu'anachronique avec Les Voyages de Gulliver (1735), est légitime si l'on considère que les « foules lilliputiennes »^[4] ont réussi à l'exceptionnel graveur que fut Jacques Callot qui parvint à placer, dans un « champ de trente centimètres de largeur sur vingt-deux de hauteur (...) plus de trois mille individus dont on devine presque les idées tant leurs gestes ont de crânerie et de personnalité ». ^[4] En 1581, le grand-duc de Toscane est François de Médicis (1541-1587), le fils aîné de Cosme I^{er} de Médicis (1519-1574) et d'Éléonore de Tolède (1522 -1562). François est un dilettante plus intéressé par l'alchimie, les sciences naturelles et l'architecture que par la politique et le gouvernement de la cité.

La grande-duchesse est Bianca Capello (1548-1587), cette fille de patricien vénitien qui dut s'enfuir de Venise en 1563, à l'âge de quinze ans et enceinte de Pietro Buonaventuri, un clerc florentin guère plus âgé qu'elle et avec lequel elle se maria à Florence pour légaliser

sa situation. Cependant, ayant été remarquée pour sa beauté par François de Médicis, elle ne tarda pas à devenir sa maîtresse, peut-être dès 1565, avec l'assentiment au moins tacite de son mari qui va mourir opportunément en 1572, assassiné sur ordre probable du prince. Après la mort de Cosme I^{er} en 1574 suivie, en 1578, de la disparition de Jeanne d'Autriche (1547-1578), l'épouse de François, rien ne pouvait plus s'opposer à l'ascension irrésistible de Bianca Capello qui avait clairement un ascendant sur le prince, ce qui fera dire au secrétaire de Montaigne qu'« elle lui sembla bien avoir la suffisance d'avoir angeolé ce Prince, et de le tenir à sa dévotion long-temps ». C'est peu après son veuvage, qu'en 1579, François épousa Bianca après qu'elle ait été proclamée grande-duchesse de Toscane. Voici donc un couple sulfureux qui, pratiquant l'adultère de notoriété publique et des dépenses somptuaires de longue date, est devenu très impopulaire, ce qui va se retrouver dans l'ambiance de la course qui nous occupe. Reprenons, avec Montaigne, le déroulement de la course : « Le peuple étoit répandu le long de la place et sur des especes d'échafauds où j'étois aussi ». Montaigne est un spectateur comme les autres

sur une estrade, assis ou plus probablement debout compte tenu de l'engouement populaire. Montaigne a dû choisir le meilleur endroit pour voir la course, peut-être proche de celui où se mettront les deux artistes précédemment évoqués. Jacques Callot qui « communiquait aussi la vie à chaque unité et lui donnait un rôle défini dans la scène », ^[4] nous montre une foule disparate, les personnages étant figés dans leurs activités. Dans l'angle gauche de la gravure, on devine une buvette avec un personnage en train de boire une chopine alors que semblent être suspendus un peu plus loin des jambons, peut-être le prosciutto di Parma ou di San Daniele. Il y a un va et vient de passants et de voitures d'aspect divers, qu'il s'agisse de carrosses, de chars ou de citernes avec probablement du vin mais aussi de l'eau pour les gens et les chevaux nécessairement assoiffés du fait des efforts dans la poussière et sous la chaleur ardente du soleil.

On voit des scènes curieuses comme cet homme étendu sur le dos. Il est possible qu'il ait été renversé par le cheval qui se cabre face à un chien qui aboie et d'ailleurs un autre homme s'en éloigne en courant tout en protégeant une femme. Il est aussi possible que l'homme à terre, et vers lequel semble se précipiter un homme pour lui porter secours, ait été agressé par celui qui s'enfuit à toutes jambes, peut-être après un vol à la tire à moins qu'il ne s'agisse d'un spadassin puisqu'il nous semble apercevoir le pommeau d'une épée - spada. On voit le coupable présumé dans l'angle inféro-droit de la gravure dont il s'apprête à sortir comme certains personnages des dessins animés de Tex Avery (1908-1980) sortiront de la bande cinématographique près de quatre siècles plus tard. Ainsi, le spectacle est aussi « dans la salle ». C'est alors qu'« on voyoit courir à l'envi cinq chars vides ». Comment est-il possible que les chars soient vides ? ■

RÉFÉRENCES

- 1) *Journal de voyage de Michel de Montaigne. Edition présentée, établie et annotée par François Rigolot. puf 1992*
- 2) Goetz A. *Dictionnaire amoureux de la Toscane. Plon 2023*
- 3) Gregori M. *Le musée des Offices et le palais Pitti. La peinture à Florence. Ed. Place des Victoires 2012*
- 4) Bouchot H. *Jacques Callot, sa vie, son œuvre et ses continuateurs (Ed. 1889) hachette livre BnF*
- 5) Picquet T. *Les Rites festifs florentins de la Renaissance Cahiers d'études romanes, 18 - 2008.*



MAS AMIEL INITIAL VOYAGE AU CŒUR DU TERROIR

Baignés par le soleil méditerranéen, les vignobles du Roussillon sont connus pour produire des vins d'une richesse exceptionnelle. Parmi ces trésors, le Mas Amiel Initial est né d'une sélection maîtrisée de 17 parcelles qui s'étendent des coteaux de schistes à la Devèze où la présence de calcoschistes en profondeur est la plus remarquable. Ces parcelles sont tournées vers le nord et le sud-est, préservant ainsi les raisins de l'ardeur des rayons du soleil.

HÉRITAGE ET TRADITION

Fondé en 1816, le domaine de Mas Amiel est situé au nord du département des Pyrénées-Orientales et plus exactement dans la vallée de l'Agly, au cœur du Roussillon.

C'est en 1816 que Raymond-Etienne Amiel a créé le Mas Amiel avec cette vision de produire des vins de grande qualité en exploitant les terroirs exceptionnels de la région. À l'époque, le domaine se concentrait principalement sur la production de vins doux naturels élaborés à partir de raisins surmûris et séchés au soleil, offrant une concentration de saveurs exceptionnelle.

C'est au tournant du XXI^e siècle, en 1999 exactement, que Mas Amiel connaît son renouveau avec la reprise du domaine par Olivier Decelle, propriétaire du Château Jean Faure à Saint-Émilion. Il prend ainsi la tête de la propriété d'une superficie de 226 hectares, dont 155 plantés de vigne, la production est constituée essentiellement de vins doux naturels, comme il y a deux cents ans.

Les nouveaux propriétaires (et acteurs du domaine) injectent alors une nouvelle énergie et une vision contemporaine tout en respectant l'héritage particulier du domaine.

Sous la direction de la nouvelle équipe, Mas Amiel élargit sa gamme de vins pour inclure des cuvées plus diversifiées tout en maintenant la qualité qui a fait sa renommée. Outre les vins doux, le domaine propose des vins rouges secs qui expriment le caractère unique du terroir de la région.

Les cuvées comme le Mas Amiel Vintage et le Mas Amiel Initial illustrent parfaitement

l'expertise du domaine dans la production de vins doux et expressifs.

LES SOLS

Le Mas Amiel Initial est né d'une sélection de dix-sept parcelles face au nord et au sud-est, préservant ainsi les raisins de l'énergie des rayons du soleil. Celles-ci s'étendent sur les coteaux de schistes dans le secteur du Mas Amiel et de La Devèze avec une remarquable présence de calcschistes en profondeur.

L'entretien des sols se fait par labour. L'âge des vignes, conduites en gobe-

let (appelée aussi taille mixte, libre ou irrégulière et qui est la conduite la plus courante et la plus ancienne), est de 25 à 45 ans. Le rendement moyen est de 18 hl/ha avec des densités de plantation de 3 500 à 4 000 pieds/ha. La superficie totale en production est de 29 ha.

ÉLABORATION DU VIN

Le Mas Amiel Initial est le fruit d'un assemblage subtil de cépages autochtones comme le grenache noir, le carignan et le Syrah qui puisent leur force dans la diversité des terroirs de calcschistes.

La récolte est réalisée entièrement à la main en caissettes de 20 kg afin de préserver leur intégrité. Les raisins sont ensuite intégralement égrappés. La macération et l'élevage en fûts de chêne confèrent au vin une profondeur et une complexité remarquables. Le résultat est un vin rouge d'une élégance rare, alliant puissance et subtilité.

LE NEZ ET LA BOUCHE

Lorsque l'on déguste le Mas Amiel Initial, on est immédiatement enchanté par son bouquet aromatique. Des notes de fruits rouges mûrs, de cassis, de cerise noire et de réglisse titillent les sens.

En bouche, la structure est impeccable, avec des tanins soyeux et élégants et une acidité équilibrée de jus frais avec une pointe de fruits noirs plus prononcée. La finale persistante laisse une empreinte gustative inoubliable, longue en bouche, fraîche et délicatement épicée.

ACCORDS GOURMANDS

Le Mas Amiel Initial s'accorde parfaitement avec la cuisine méditerranéenne. Les viandes grillées, les plats à base d'agneau, de côtes de bœuf au gros sel et à l'huile d'olive et les fromages affinés, mettent en valeur la richesse et la complexité du flacon. Servi à une température idéale, il révèle toute sa splendeur.

CONCLUSION

En choisissant le Mas Amiel Initial, vous portez un hommage au terroir, à la passion des vignerons et à la tradition transmise de génération en génération. Chaque gorgée raconte l'histoire d'un vignoble qui a su évoluer tout en préservant son authenticité.

Élevé dans la plus pure tradition, le Mas Amiel Initial est certifié agriculture biologique et Eurofeuille. ■

Domaine Mas Amiel
66460 Maury

“ Le vin est un professeur de goût, il est le libérateur de l'esprit et l'illuminateur de l'intelligence ” Paul Claudel



TENEZ LE CAP... FAITES UN GAP

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

SI VOUS AVEZ...

- Un groupe de cardiologues plus ou moins constitué
- Envie de vous former sur vos propres thèmes en toute convivialité
- En choisissant le lieu et l'horaire (4 fois 2 heures en année calendaire)
- En validant votre DPC... et en donnant un coup de main au SNC
- En étant rémunérés (pourquoi pas...)

GROUPE D'ANALYSE DE PRATIQUES, C'EST QUOI ?

- Évaluez vos Pratiques Professionnelles tout en validant l'obligation triennale du DPC
- Structurez vos réunions entre pairs au sein de vos cabinets et vos cliniques
- Choisissez des thèmes au plus proche de votre pratique quotidienne en échangeant sur vos dossiers patients
- Comparez vos prises en charge individuelles tout en les mettant en perspective avec les recommandations des Sociétés Savantes

Pour toute information, contactez le secrétariat de formatCœur
secretariat @formatcoeur.fr

Format Cœur/UFCV est le principal organisme national de formation cardiovasculaire en France.
Tous les ans, plus de 1 000 cardiologues font confiance à nos formations qui bénéficient du
concours des meilleurs experts français