

ACC.26



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY



Peut-on arrêter les bêtabloquants après un infarctus : ACC26
Dr Kamel ABDENNBI,
Dr Walid AMARA



Fermer l'auricule ou pas en l'absence de contre indication aux anticoagulants ?
Pr Gilles LEMESLE,
Dr Walid AMARA



Quoi de neuf en HTA à l'ACC26
Dr Julien DOUBLET,
Dr Walid AMARA



Quoi de neuf en insuffisance cardiaque à l'ACC26
Pr Ahmed BENNIS,
Dr Walid AMARA



L'assistance cardiaque IMPELLA dans l'étude STEMI DTU à l'ACC26
Dr Pierre LEDDET,
Dr Walid AMARA

- Essai CHAMPION-AF

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Lou HIRSCH

- Essai CHIP-BCIS3

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Franck ALBERT

- Essai Ez-PAVE

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Simon CATTAN

- Essai HI-PEITHO

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Jacques DUJARDIN

- Essai SCOUT-HCM

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Lou HIRSCH

- Essai SirPAD

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Loic BELLE

- Essai SMART-DECISION

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Simon CATTAN

- FFR/microFR : Essai FAST III vs. Essai ALL-RISE (tableau comparatif)

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Michel HANSEN

- IVUS : Essai IVUS-CHIP vs.

Essai IVUS-OPTIMAL (tableau comparatif)
Dr Alexandru MISCHIE, Dr Franck ALBERT

AUTRES RUBRIQUES

BEST OF HTA

Dr Romain BOULESTREAU et Dr Alexandru MISCHIE

Le test d'effort en 2026 - Encore utile ?

Dr Dany Michel MARCADET et Dr Kamel ABDENNBI

Conduite à tenir devant un patient suspect de myocardite à l'immunothérapie

Dr Annabelle JAGU et Dr Chloé ARBAULT-BITTON

La cardiologie libérale - Toujours un avenir ?

Dr Olivier HOFFMAN et Dr Walid Amara

Comment se prémunir du risque de plainte

Pr Yves COTTIN et Dr Cédric GAULTIER

Vers un nouveau paradigme de l'imagerie cardiaque décentralisée

Mr Arnaud CHAMBRETTE

Que deviendra ce rapport ? Quoi qu'il en soit, il interroge !

Dr Michel HANSEN

Télésurveillance des implants en cardiologie

Isabelle FILIPPI

Veille juridique CARDIO H - mars 2026

Bureau de rédaction

Michel de Montaigne (1533-1592) Médecin à son corps défendant

Dr Louis-François GARNIER



JE LA PORTE PARCE QUE...

Je voudrais être avec elle
encore 20 ans de plus

Vous la prescrivez afin de le protéger d'un arrêt cardiaque soudain. Il aura beaucoup d'autres raisons de la porter.

- 3 patients sur 4 prennent mieux soin d'eux-mêmes depuis que la LifeVest¹ leur a été prescrite¹
- La LifeVest met vos patients en confiance pour faire de l'exercice ou de la réadaptation cardiaque¹

ZOLL LifeVest[®]

www.zoll.com

© 2015 ZOLL Medical Corporation. ZOLL et LifeVest sont des marques déposées de ZOLL Medical Corporation aux États-Unis et / ou dans d'autres pays.

¹ Whiting J, Simon M. Health and Lifestyle Benefits Resulting from Wearable Cardioverter Defibrillator Use. *The Journal of Innovations in Cardiac Rhythm Management*, Mars 2012: 1-2.

LifeVest[®] est un défibrillateur portable, dispositif médical de classe IIb, (CE0297), fabriqué par ZOLL Manufacturing Corp., indiqué pour le traitement des patients adultes à risque d'arrêt cardiaque soudain, et couvert par la sécurité sociale si prescrit par des centres autorisés dans les conditions et pour les indications médicales détaillées sous le code LPPR 1112161. Veuillez lire attentivement les indications, contre-indications, avertissements et instructions d'usage disponibles sur demande adressée à ZOLL (LifeVest.Info-FR@zoll.com). 24 Août 2015.



**Collège National
des Cardiologues
des Hôpitaux**

Comité de rédaction :

Redacteur en chef

Dr Alexandru Mischie

Past rédacteur en Chef : **Dr Jean-Lou Hirsch**

Coordonnateur section : **Dr Pierre Leddet**

Président – Dr Jérôme TAIEB

CH Aix-en-Provence

jtaieb@ch-aix.fr

Président sortant

Walid AMARA – Montfermeil

Trésorier

Michel HANSEN – Haguenau

Organisation du Congrès

Jean-Lou HIRSCH – Avignon

Présidents honoraires

Claude BARNAY – Loïc BELLE – Simon CATTAN

Jean-Jacques DUJARDIN – Guy HANANIA

Michel HANSEN – Patrick JOURDAIN

Conseillers en communication

Géraldine GIBAUT GENTIL – Versailles

Raphaël LASSERRE – Pau

Alexandru MISCHIE – Montluçon

Conseillers permanents

Simon CATTAN – Paris

Membres du bureau

Responsables de groupes

Alain DIBIE – Paris / Alexandru MISCHIE – Montluçon

Annabelle JAGU – Paris / Ariane TRUFFIER – Paris

Arnaud DELLINGER – Chalons Sur Saône

Aurélien VEUCEOIS – Paris ; Bruno PAVY – Macheoul

Franck ALBERT – Chartres / Fanny VILLANOVA – Jossigny

Géraldine GIBAUT GENTY – Versailles

Grégoire RANGÉ – Chartres / Hadi KHACHAB – Aix-en-Provence

Jean-Jacques DUJARDIN – Douai

Jean-Lou HIRSCH – Avignon / Jean-Louis GEORGES – Versailles

Jean-Michel TARTIERE – Toulon

Jérôme TAIEB – Aix-en-Provence / Julien ADJED – St-Laurent du Var

Julien MORENO – Villeneuve St Georges

Laurence ARTIGUES – Pau / Lionel BONNEVIE – Villeneuve Sur Marne

Loïc BELLE – Annecy

Marine QUILLLOT – Avignon / Mathieu VALLA – Metz

Michel HANSEN – Haguenau / Olivier NALLET – Montfermeil

Pierre SOCIÉ – Chartres / Raphaël LASSERRE – Pau

Régis DELAUNAY – Saint-Brieuc / Renaud FOUCHÉ – Belfort-Montélimard

Saïda CHEGGOUR – Avignon

Sarah LAROCHE – Clermont FERRAND

Simon CATTAN – Paris / Stéphane ANDRIEU – Avignon

Thibaud DEMICHELI – Chartres

Walid AMARA – Montfermeil

Secrétariat

Emilie GAY - cnch@stcardio.fr



ÉDITORIAL

Chers collègues,

Notre spécialité traverse une période de transformation fascinante, et les pages qui suivent témoignent de la vitalité de la recherche scientifique et de notre capacité à réinventer nos pratiques.

Ce passionnant 73^{ème} numéro de CARDIO H a rassemblé pour vous des mises au point d'experts précieuses pour notre pratique, et l'actualité brûlante de l'ACC 2026 : l'essai SMART-DECISION nous démontre que l'arrêt des bêtabloquants après un an post-infarctus est non inférieur chez les patients stables sans dysfonction ventriculaire gauche. Nos stratégies interventionnelles sont bousculées, comme le soulignent les passionnants débats autour de la fermeture de l'auricule gauche avec CHAMPION-AF, ou encore les remises en question apportées par les essais sur l'imagerie endocoronaire.

Dans cette revue sont également traités les défis démographiques, territoriaux et économiques de notre système de santé. L'expérience du protocole de coopération IPA d'imagerie cardiaque délocalisé avec des échographes portables est rapportée et pourrait faire école. Le rapport IGAS et IGF qui préconise une meilleure intégration territoriale est décrypté pour vous.

Sans oublier la rubrique histoire de la médecine qui nous rappelle d'où nous venons.

Bonne lecture à toutes et à tous !



*Dr Jérôme TAIEB
(Président du CNCH)*



*Dr Alexandru MISCHIE
(Rédacteur en Chef CardioH)*

32^{ÈME} CONGRES CNCH
DU 18 AU 20 NOVEMBRE 2026
NOVOTEL PARIS CENTRE TOUR EIFFEL
www.cnch.fr

Contactez le comité de rédaction :
cardioh@cnch.fr
Pour toutes idées ou propositions d'articles,
veuillez nous contacter.

Imagerie IRM Édité par :

L'Européenne d'éditions®

Régie publicitaire :

RÉGIMÉDIA S.A.

17, Rue de Seine

92100 Boulogne Billancourt

Tél. : 01 49 10 09 10

cnchq@affinitésante.com

Réalisation : **Valérie NERAUDEAU**

Responsable de fabrication : **Lydie CAUDRON**

Relation presse & publicité :

André LAMY - Tél. : 01 72 33 91 15

alamy1@regimedia.com



Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement les articles contenus dans la présente revue sans l'autorisation de la direction. Les informations publiées ne peuvent faire l'objet d'aucune exploitation commerciale ou publicitaire. Les opinions émises de cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Past Présidents :				Past Rédacteurs en chef de la revue CARDIO H :	
	2023 - 2025 : Walid AMARA (Montfermeil)		2016 : Patrick Jourdain (Pontoise)		2002 - 2005 : Jean-Pierre Monassier (Mulhouse)
	2020 - 2022 : Franck Albert (Chartres)		2013 - 2015 : Simon Cattan (Le Raincy Montfermeil)		1998 - 2001 : Jean-Jacques Dujardin (Douai)
	2017 - 2019 : Loïc Belle (Annecy)		2010 - 2012 : Michel Hanssen (Haguenau)		1991 - 1997 : Guy Hanania (Aulnay-Sous-Bois)
			2006 - 2009 : Claude Barnay (Aix-En-Provence)		1985 - 1991 : Jean-Louis Medvedowsky (Aix-En-Provence)
					Guy Hanania (Aulnay-Sous-Bois)
					Jean-Jacques Dujardin (Douai)
					Claude Barnay (Aix-En-Provence)
					Jean-Lou Hirsch (Avignon)

COLLEGE NATIONAL DES CARDIOLOGUES DES HÔPITAUX

DU 18 AU 20 NOVEMBRE 2026

32^{EME} CONGRES CNCH



Inscrivez-vous
dès maintenant !



Découvrez le
pré-programme

NOVOTEL PARIS
CENTRE TOUR EIFFEL



Société
Française de
Cardiologie



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

WWW.CNCH.FR

SOMMAIRE

N°73
AVRIL 2026

6



BEST OF HTA

Dr Romain BOULESTREAU
et Dr Alexandru MISCHIE

7



Le test d'effort en 2026 - Encore utile ?

Dr Dany Michel MARCADET
et Dr Kamel ABDENNBI

9



Conduite à tenir devant un patient suspect de myocardite à l'immunothérapie

Dr Annabelle JAGU et
Dr Chloé ARBAULT-BITTON

10



La cardiologie libérale - Toujours un avenir ?

Dr Olivier HOFFMAN
et Dr Walid AMARA

12



Comment se prémunir du risque de plainte

Pr Yves COTTIN
et Dr Cédric GAULTIER

13

Vers un nouveau para- dигme de l'imagerie cardiaque décentralisée

Mr Arnaud CHAMBRETTE

FOCUS ACC.26

14



Essai CHAMPION-AF

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Jean-Lou HIRSCH

15



Essai CHIP-BCIS3

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Franck ALBERT

16

Essai Ez-PAVE

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Simon CATTAN

17



Essai HI-PEITHO

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Jean-Jacques DUJARDIN

18



Essai SCOUT-HCM

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Jean-Lou HIRSCH

19

Essai SirPAD

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Loïc BELLE

20

Essai SMART-DECISION

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Simon CATTAN

21

FFR/microFR : Essai FAST III vs. Essai ALL-RISE

(tableau comparatif)
Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Michel HANSEN

23

IVUS : Essai IVUS-CHIP vs. Essai IVUS-OPTIMAL (tableau comparatif)

Dr Alexandru MISCHIE,
Dr Franck ALBERT

26

Que deviendra ce rapport ? Quoi qu'il en soit, il interroge !

Dr Michel HANSEN

27

Télesurveillance des implants en cardiologie

Isabelle FILIPPI

28

Veille juridique Cardio H - mars 2026

Bureau de rédaction

30

Michel de Montaigne (1533-1592) Médecin à son corps défendant

Dr Louis-François GARNIER

BEST OF HTA

*Dr Romain BOULESTREAU¹ et
Dr Alexandru MISCHIE²*

1. CHU de Bordeaux, Roanne. 2. CH de Châteauroux.



*Regardez
l'interview !*



Dr MISCHIE :

Bonjour Romain. Où en est-on sur l'hypertension en 2025 ?

Dr BOULESTREAU :

L'OMS a récemment publié une large évaluation mondiale de l'hypertension artérielle. De nombreux pays ont progressé grâce à des programmes coordonnés et des protocoles précis. En France, en revanche, nous restons en retard avec seulement 33 % des patients correctement contrôlés sur le plan tensionnel. La Cour des comptes a également évalué la prise en charge de l'AVC et souligne surtout un déficit majeur de prévention cardiovasculaire. La priorité est donc clairement la prévention, à la fois pour la santé des patients et pour la soutenabilité de notre système de soins.

Dr MISCHIE :

Face à ces constats, que devons-nous faire concrètement ? Existe-t-il des recommandations récentes ?

Dr BOULESTREAU :

Oui. Les recommandations américaines de 2025, alignées avec celles de l'ESC 2024 et de l'ESH 2023, sont très cohérentes. Elles considèrent l'hypertension dès 130/80 mmHg. À ce seuil, une évaluation du risque cardiovasculaire est indispensable, et un traitement doit être débuté si le risque est élevé. En cas de persistance au-delà de trois à six mois, un traitement est recommandé même si le risque est faible. Les recommandations insistent également sur la confirmation ambulatoire de la pression artérielle, le dépistage des causes secondaires et l'initiation d'une bithérapie dès 140 mmHg.

Un point fondamental est l'organisation coordonnée des soins : pharmaciens, infirmiers/infirmières de pratique avancée et automesure tensionnelle jouent un rôle clé. Des pays comme le Canada atteignent ainsi des taux de contrôle proches de 65 %.

Dr MISCHIE :

Le problème reste néanmoins la pénurie médicale et le manque de temps en consultation. Comment concilier recommandations et réalité du terrain ?

Dr BOULESTREAU :

Le problème n'est pas médical mais systémique. Nous devons déléguer et travailler en équipe. Les infirmiers de coopération et les pharmaciens peuvent préparer le suivi tensionnel afin que le cardiologue se concentre sur les décisions complexes. Cela améliore l'efficacité, la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients.

Dr MISCHIE :

Quelles sont les pistes thérapeutiques futures ?

Dr BOULESTREAU :

Plusieurs avancées majeures ont marqué 2025. Les traitements antihypertenseurs injectables comme le zilebésiran permettent une administration tous les trois à six mois avec une baisse tensionnelle significative, améliorant l'observance. D'autres molécules innovantes, comme le baxdrostate et le lorundrostate, inhibent la synthèse de l'aldostérone et offrent une efficacité importante avec moins d'effets indésirables. Enfin, une étude française publiée dans le New England Journal of Medicine suggère que chez les patients âgés très fragiles en EHPAD, l'allègement des traitements antihypertenseurs peut être envisagé sans sur-risque.

Dr MISCHIE :

Quand ces nouveaux traitements seront-ils disponibles ?

Dr BOULESTREAU :

Certains sont déjà accessibles dans les essais cliniques. Les molécules en phase 3 pourraient arriver plus rapidement, mais pour les autres, il faudra encore plusieurs années.

Dr MISCHIE :

Et pour les patients âgés ?

Dr BOULESTREAU :

Chez les patients âgés fragiles, une cible moins stricte est acceptable. En revanche, chez les patients âgés en bon état général, maintenir une pression systolique inférieure à 130 mmHg reste bénéfique. L'évaluation gériatrique est essentielle pour guider ces décisions.

Dr MISCHIE :

Merci beaucoup.

Dr BOULESTREAU :

Merci Alexandru.

LE TEST D'EFFORT EN 2026 - ENCORE UTILE ?

*Dr Dany Michel MARCADET¹ et
Dr Kamel ABDENNBI¹*

1. Centre Coeur et Santé, Paris. 2. Cardiologue Hôpital Léopold Bellan, Paris.



*Regardez
l'interview !*



Dr ABDENNBI :

Bonjour à tous. Aujourd'hui, on a le plaisir d'accueillir le docteur Dany Marcadet, que tout le monde connaît, en particulier sur le sujet de son choix, les tests d'effort.

Et comme vous le savez, les recommandations ont beaucoup « titillé » les épreuves d'effort.

Merci d'être avec nous aujourd'hui pour nous éclairer un peu plus sur les épreuves d'effort en 2026 : quid des épreuves d'effort ? Est-ce qu'il faut mettre tout ça à la poubelle ou est-ce qu'il faut encore et encore reparler des épreuves d'effort ?

Dr MARCADET :

Alors, je pense qu'il faut en parler ! Et je te remercie de m'avoir invité à venir parler de ça, parce qu'effectivement il y a quelques attaques sur la technique, en disant : « elle n'est pas assez sensible, pas spécifique, elle n'est pas assez bien payée, laissons la tomber ».

Parmi les explorations complémentaires dont on dispose, il y a le scanner, le score calcique, la scintigraphie myocardique, l'échocardiographie d'effort, l'IRM. On a une grande panoplie d'examen qui ont tous des inconvénients et des avantages.

Le test d'effort, parmi tous ceux là, c'est quand même le plus disponible, le plus facile à faire, le plus reproductible et, surtout, le moins cher de très loin par rapport aux autres examens. Il faut voir que l'écho d'effort est déjà trois fois plus chère que le test d'effort, en tout cas pour les remboursements de la CCAM.

Alors, laisser tomber complètement l'ECG d'effort, ça paraît complètement nul pour moi et un non sens, parce que de toute façon on aura besoin d'évaluer les patients quoi qu'il arrive.

On sait même – et on a eu une belle présentation tout à l'heure – que l'écho soit disant positive, « faux positif » avec une coronarographie normale, eh bien dans 46 % des cas exactement, ce sont des gens qui ont une atteinte de la microcirculation ou un spasme coronaire. Donc il ne faut pas négliger ces examens, ne pas les mettre de côté, parce que je pense qu'ils remplissent une grosse classe.

Dr ABDENNBI :

J'ai beaucoup apprécié ta première diapo où tu disais : « Voici les situations où il ne faut pas faire un test d'effort », et tu as cité le bloc de branche gauche et d'autres situations. Est-ce que tu peux préciser ce point qui est très important ?

Dr MARCADET :

Oui, c'est un point important, parce que c'est aussi source de confusion. Pour que le test d'effort, l'ECG d'effort, soit vraiment interprétable, il faut que l'électrocardiogramme de repos soit normal.

Donc, dans le bloc de branche gauche, on ne peut pas l'interpréter. Dans le bloc de branche droit, on peut éventuellement l'interpréter, parce que les dérivations gauches ne sont pas atteintes, mais le Wolff Parkinson White de repos, la stimulation électrosystolique, les gens sous traitements qui modifient la repolarisation – comme les digitaliques ou bien certains laxatifs, par exemple, qui peuvent entraîner une hypokaliémie – tout ça, il faut éviter d'interpréter, parce que l'examen peut être modifié.

Mais il faut savoir, surtout – et c'est le message que je voudrais faire passer, qui est vraiment important – qu'il n'y a pas que le segment ST.

La plupart des études qui disent : « Le test d'effort n'est pas sensible, mauvaise spécificité », c'est parce qu'on ne regarde que le ST, et en plus seulement le ST en V5.

Or, il faut regarder l'ensemble de l'ECG. Il faut tenir compte d'autres facteurs sur le QRS, sur les déviations axiales, sur l'élargissement des QRS, sur la fréquence cardiaque, sur la pression artérielle, sur le profil : comment elle se comporte à l'effort ; sur la fréquence cardiaque : comment elle se comporte à l'effort et en récupération.

Tous ces facteurs ont leur mot à dire et, donc, on ne peut pas dire qu'un test d'effort est « positif » ou « négatif » : on doit dire qu'il est « normal » ou « anormal ».

Dr ABDENNBI :

Et tu disais par ailleurs qu'avec l'intelligence artificielle, on affine de plus en plus ces fameux scores, et qu'avec peut

être l'IA, on va aujourd'hui avoir une pertinence en termes de sensibilité et de spécificité. Ça aussi, ça va peut être remettre au goût du jour le test d'effort ?

Dr MARCADET :

Je ne sais pas si tout le monde aura accès aux diapositives, mais en tout cas regardez cette référence de « machine learning » qui augmente la sensibilité et la spécificité à 96-94 % uniquement sur l'ECG d'effort.

Donc je pense qu'il faudra tenir compte, de toute façon, de ces machines là, qui pourront être intégrées dans la machine d'épreuve d'effort pour avoir une réponse beaucoup plus précise, et rejoindre après les tests fonctionnels, qui garderont bien sûr toute leur place dans cette stratégie.

Bien évidemment, on a aussi besoin de l'imagerie, bien évidemment je ne m'oppose pas à l'imagerie ; tout ça est complémentaire. Je voulais juste rapporter encore un point important : l'épreuve d'effort, c'est le meilleur examen, avec la fraction d'éjection de repos, pour prédire le pronostic de nos patients. Et la capacité physique, c'est un des meilleurs critères.

Donc il est hors de question de ne pas s'en servir lorsqu'on aura à traiter les patients, parce que le problème c'est :

« Est ce que je fais une coronarographie ou non ? Est ce que je le revascularise ou non ? »

On sait qu'avoir uniquement des lésions coronaires ne suffit pas à être revascularisé, puisque, à 5 ans, on a les mêmes résultats qu'un traitement médical.

Donc seuls les gens qui sont sévères vont être revascularisés, et le test d'effort est excellent, très simple, pour savoir si c'est sévère.

Dr ABDENNBI :

Dany Marcadet, merci pour toutes ces précisions

Dr MARCADET :

Je te remercie, Kamel.



CARDIO PODCAST

La nouvelle façon d'écouter
la cardiologie

Les PODCASTS du CNCH

Écouter le dernier Podcast Le CNCH lance une série exclusive de podcasts tout au long de l'année 2025 !

Au programme :

- Échanges
- Découvertes
- Pratiques diverses

Disponible sur un grand nombre de plateformes de podcast Spotify - Deezer - Podcast Addict - Amazon Music .

Restez connectés sur #CNCH #Podcast #Cardiologie #Santé2025

J'accède à la plateforme :



CONDUITE À TENIR DEVANT UN PATIENT SUSPECT DE MYOCARDITE À L'IMMUNOTHÉRAPIE

Dr Annabelle JAGU¹ et Dr Chloé ARBAULT-BITTON²

1. Hôpital Saint-Joseph à Paris. 2. Hôpital Européen de Marseille.



Regardez l'interview !



Dr JAGU :

C'est précisément toute la difficulté. Les symptômes cardiovasculaires sont souvent peu spécifiques : il peut s'agir d'une dyspnée, d'une douleur thoracique, ou bien la maladie peut être totalement asymptomatique.

L'électrocardiogramme peut montrer des anomalies mineures, voire de véritables troubles de la conduction ou du rythme.

L'échocardiographie cardiaque est normale dans environ 50 % des cas, ce qui limite fortement sa valeur diagnostique.

L'IRM cardiaque est également peu sensible dans les premiers jours : près de 70 % des examens sont normaux dans les quatre premiers jours. Elle manque aussi de spécificité, car des anomalies des paramètres T1 et T2 peuvent être observées chez des patients ne présentant pas de myocardite liée à l'immunothérapie.

Enfin, le « gold standard » reste la biopsie endomyocardique, qui met en évidence un infiltrat histiocytaire.

Toutefois, cet examen est difficilement accessible et peu réalisé dans de nombreux centres, ce qui constitue un obstacle supplémentaire au diagnostic.

Dr ARBAULT-BITTON :

Effectivement, le diagnostic des myocardites liées à l'immunothérapie est complexe et il est parfois nécessaire de réaliser l'IRM cardiaque pour parvenir à une confirmation. Merci beaucoup pour ces éclairages, et à très bientôt.

Dr JAGU :

Merci Chloé.

Dr ARBAULT-BITTON :

Bonjour, je suis le Dr Chloé Arbault-Bitton, cardiologue à l'Hôpital Européen de Marseille. Aujourd'hui, j'ai le plaisir d'accueillir le Dr Annabelle Jagu, cardiologue à l'Hôpital Saint-Joseph à Paris. J'aimerais te poser une question concernant les myocardites liées à l'immunothérapie. Pourquoi s'agit-il aujourd'hui d'un enjeu diagnostique majeur ?

Dr JAGU :

Merci pour cette question, Chloé. Il s'agit d'un enjeu majeur car la myocardite liée à l'immunothérapie est une pathologie rare, avec une incidence estimée entre 0,5 et 1 % selon les séries, mais potentiellement très grave. La mortalité rapportée varie entre 30 et 50 %, ce qui signifie qu'un patient sur deux peut en décéder. C'est donc un problème majeur, d'autant plus qu'il s'agit d'un véritable défi diagnostique, car cette pathologie est souvent asymptomatique.

Dr ARBAULT-BITTON :

Effectivement, c'est une maladie difficile à diagnostiquer et parfois complexe à prendre en charge. Concrètement, comment pose-t-on aujourd'hui le diagnostic d'une myocardite liée à l'immunothérapie ?



LA CARDIOLOGIE LIBÉRALE - TOUJOURS UN AVENIR ?

*Dr Olivier HOFFMAN¹ et Dr Walid Amara²**1. Cardiologue à Paris. 2. CH de Montfermeil.**Regardez
l'interview !***Dr AMARA :***Bonjour et bienvenue dans cette vidéo. J'ai le grand plaisir de recevoir aujourd'hui le Dr Olivier Hoffman. Bonjour Olivier.***Dr HOFFMAN :***Bonjour Walid.***Dr AMARA :***Avec Olivier, nous nous connaissons depuis de nombreuses années. Tu es un membre important du CNCF, le Collège National des Cardiologues Français, et nous nous retrouvons très régulièrement dans le cadre du Conseil National Professionnel, dont nous faisons tous les deux parties du bureau. Merci beaucoup d'avoir accepté cette invitation, et félicitations pour ton congrès.***Dr HOFFMAN :***Merci Walid pour ton invitation. Le CNCF et le CNCH sont très proches depuis longtemps, et je suis ravi d'être ici aujourd'hui.***Dr AMARA :***Le sujet que nous avons choisi d'aborder est celui de l'avenir de la cardiologie libérale. Nous tournons cette vidéo en novembre 2025, sans savoir ce que sera l'actualité dans quelques mois. Avec ton recul, comment perçois-tu l'évolution de notre spécialité ?***Dr HOFFMAN :***Peut-être as-tu fait une erreur de casting en m'invitant, car je représente une cardiologie libérale que certains pourraient qualifier d'ancienne, jusque dans la tenue vestimentaire. Mais au-delà de l'anecdote, j'ai une vision exi-**geante du respect du patient et du rôle du cardiologue. Les patients ont aujourd'hui besoin de nous plus que jamais. Ils viennent parfois de très loin, de 100 à 500 kilomètres, car les délais de rendez-vous sont extrêmement longs en France.**Lorsqu'on en discute au sein du Conseil National Professionnel, on constate que ces délais ne cessent de s'allonger, et que la pression sur les cardiologues libéraux va continuer à augmenter. De plus, les patients n'ont souvent plus de médecin traitant et interrogent leur cardiologue sur des problématiques qui dépassent largement la cardiologie. Cela traduit une véritable attente et une grande confiance.***Dr AMARA :***Les modes d'exercice évoluent fortement, notamment avec les départs à la retraite sans successeurs. Comment vois-tu ces transformations ?***Dr HOFFMAN :***Il existe malgré tout des raisons d'être optimiste. On voit aujourd'hui de jeunes cardiologues s'installer à plusieurs, notamment à Paris, dans des structures capables de proposer une prise en charge globale : consultations, ECG, échocardiographie, rythmologie, dépistage de l'apnée du sommeil et réadaptation cardiaque. Ils démarrent leur activité très rapidement avec un flux important de patients, ce qui représente un renouveau majeur pour la cardiologie libérale.***Dr AMARA :***Ces structures ressemblent parfois à de véritables mini-hôpitaux à taille humaine, avec des délais de rendez-vous bien plus courts.***Dr HOFFMAN :***Absolument. Certains patients s'interrogent sur les dépassements d'honoraires, mais ils comprennent de plus en plus que l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge ont un coût. Il existe une véritable évolution des mentalités.***Dr AMARA :***Un autre sujet clé concerne les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Comment vois-tu leur place dans l'avenir de la cardiologie libérale ?*

Dr HOFFMAN :

Dans les cabinets de groupe, la délégation de tâches devient incontournable. Les infirmiers de pratique avancée peuvent participer au suivi, à certains examens et à la coordination des soins, toujours sous supervision du cardiologue. Ce modèle, inspiré notamment de ce qui se fait à l'international, est appelé à se développer.

Dr AMARA :

Avant de conclure, je remarque le logo Agir pour le Cœur des Femmes sur ta veste. Peux-tu dire un mot sur la prévention cardiovasculaire, notamment chez la femme ?

Dr HOFFMAN :

La maladie cardiovasculaire est la première cause de mortalité chez la femme. Des initiatives comme Agir pour le Cœur des Femmes jouent un rôle fondamental dans le dépistage et la prévention. Le cardiologue a une responsabilité majeure dans cette démarche.

Dr AMARA :

Merci beaucoup Olivier pour cet échange très riche et très éclairant. Merci à toutes et à tous de nous avoir suivis.

RETROUVEZ LE CNCH SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Toutes les actualités, événements sont au rendez-vous au quotidien



3 500
Abonnés

Youtube



11 000
Followers

Facebook



Twitter

GARDEZ LE CONTACT !

COMMENT SE PREMUNIR DU RISQUE DE PLAINTE

*Pr Yves COTTIN¹ et Dr Cédric GAULTIER²**1. Cardiologue à Dijon. 2. Cardiologue Paris La Défense.**Regardez
l'interview !***Dr GAULTIER :**

Bonjour. Je suis le Dr Cédric Gaultier, cardiologue interventionnel et médecin conseil, chargé de défendre nos confrères lorsqu'ils sont mis en cause. Cet après-midi, nous avons assisté à une réunion portant sur le déroulement des expertises en cardiologie. Je vais poser quelques questions au Pr Yves Cottin, afin qu'il nous donne des conseils et bonnes pratiques pour se prémunir du risque de plainte.

Pr COTTIN :

Merci Cédric. Cette réunion a donné lieu à environ 45 minutes de débats et de questions très intéressantes, principalement centrées sur la préparation à l'expertise. Le message fondamental est que la préparation ne se fait pas au moment de l'expertise, mais bien en amont.

Le premier point essentiel est la tenue irréprochable du dossier médical avant tout événement. Les dossiers doivent être complets et parfaitement tenus dans toutes les situations. Il ne s'agit pas uniquement du dossier cardiologique : tous les éléments pouvant avoir un impact doivent y figurer. Par exemple, chez un patient présentant une cardiopathie ischémique ou rythmique, il faut documenter l'existence éventuelle d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'une obésité morbide, d'un diabète, etc. Tous ces éléments doivent être tracés et expliqués au patient, car ils seront systématiquement demandés par l'expert, que ce soit dans le cadre d'une procédure amiable (CCI) ou judiciaire.

Lorsqu'une plainte survient, elle est souvent consécutive à un événement. Il est alors capital de pouvoir retracer l'intégralité du déroulement de la prise en charge : le patient

a-t-il été adressé par un médecin traitant ? Était-il suivi régulièrement en consultation ? Y a-t-il eu un courrier d'adressage pour un second avis ? Dès la première consultation, l'ensemble de l'historique médical doit être clairement consigné.

Un point ayant fait l'unanimité concerne la validation de l'indication. Il faut s'assurer que l'indication était appropriée au moment des faits, adaptée au patient, mais aussi à son contexte global. Les recommandations ne doivent pas être appliquées de manière brutale : il est parfois nécessaire d'avoir une discussion au cas par cas avec le patient ou sa famille. Tout cela doit être tracé par écrit.

Il est fortement recommandé de rédiger un courrier récapitulatif, adressé non seulement au médecin traitant ou au médecin adresseur, mais également au patient. Cela permet d'éviter toute accusation ultérieure de défaut d'information.

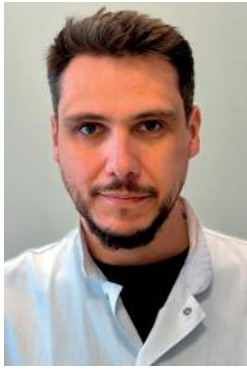
Le troisième point concerne justement l'information du patient. En cardiologie, elle est globalement bien documentée, mais il est indispensable de conserver l'ensemble des éléments de preuve. Cela peut être complexe lorsque l'on exerce sur plusieurs sites, en libéral et à l'hôpital. Cette organisation doit être anticipée avant toute expertise.

Quatrième élément : lorsqu'un événement indésirable survient, il faut être très clair dans la communication. Informer le patient et la famille, tracer précisément les actions entreprises, les horaires, les décisions diagnostiques et thérapeutiques. Par exemple, en cas d'AVC, il est indispensable de documenter la réalisation du scanner, l'appel à l'unité neurovasculaire et l'ensemble de la prise en charge, afin de permettre à l'expert d'évaluer s'il y a eu ou non une faute.

Enfin, il est fondamental de déclarer tout événement indésirable, que ce soit en milieu hospitalier ou libéral. En libéral, cela implique d'informer son assureur ; à l'hôpital, des procédures spécifiques peuvent être mises en place. Aujourd'hui, la lecture des dossiers repose sur leur exhaustivité et leur traçabilité. Même les éléments qui paraissent anodins doivent pouvoir être retrouvés et présentés lors d'une expertise.

Dr GAULTIER :

Merci beaucoup pour cette réponse très complète.



Vers un nouveau paradigme de l'imagerie cardiaque décentralisée : présentation de protocole de coopération IPA pour l'échocardiographie délocalisées

Mr Arnaud CHAMBRETTE¹

1. IPA centre Hospitalier d'Auxerre.

Depuis le 16 décembre 2025, l'IPA échocardiographe du centre hospitalier d'Auxerre se rend 2 jours par mois dans la maison de santé de St Fargeau (89) pour proposer des bilans d'insuffisance cardiaque (initial ou de suivi) avec échocardiographie, à la demande des généralistes du territoire. Ce partenariat entre la CPTS de Puisaye-Forterre et l'hôpital permet d'apporter le soins directement au plus près du patient. Pour ceci, la rédaction d'un nouveau protocole local de coopération a été nécessaire, sous la supervision de l'ARS Bourgogne Franche-Comté.

Évolution du paysage de la cardiologie hospitalière et impératifs de restructuration territoriale

Le Centre Hospitalier d'Auxerre (CHA), pilier du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Unyon, s'inscrit dans cette dynamique de transformation.² Le territoire de l'Yonne, marqué par des caractéristiques socio-économiques spécifiques et une topographie qui influence l'offre de soins, nécessite des stratégies de «aller-vers» pour pallier l'éloignement des centres hospitaliers de référence.² C'est dans ce contexte que s'est développé un projet inédit en France : la réalisation d'échographies transthoraciques (ETT) de façon autonome par des professionnels paramédicaux, en dehors du cadre hospitalier classique.

L'innovation de la relecture ciblée : Un levier d'efficacité opérationnelle

La singularité du projet d'Auxerre réside dans le concept de «relecture ciblée». Contrairement aux modèles de télémédecine classiques où chaque examen est systématiquement revu par un expert, ce protocole prévoit que le cardiologue n'intervienne que dans des situations précises : une anomalie détectée par l'opérateur paramédical ou une variation significative par rapport à un examen de référence antérieur.

Critères de déclenchement de la relecture médicale

Dans ce modèle de coopération, l'IPA réalise l'examen échographique et assure le premier niveau de triage — clôture, alerte ou sollicitation d'expertise — tandis que le cardiologue délégué intervient de manière graduée et ciblée selon la nature et l'urgence de l'anomalie détectée, selon des modalités clairement définies.

Cette approche de «gestion par exception» permet d'accélérer considérablement la prise en charge. Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique dont l'état est stable, l'absence de relecture systématique libère un temps médical précieux, qui peut être réalloué aux cas complexes ou aux pre-

mières consultations.¹⁰ La fluidité ainsi générée réduit les délais d'attente, un facteur crucial pour éviter les décompensations aiguës.

Expertise technique et formation des échographistes paramédicaux

La réussite d'un tel dispositif repose sur le haut niveau de qualification des professionnels délégués, ici l'IPA détenteur du DIU d'échocardiographie. Ces derniers doivent suivre un parcours de formation exigeant alliant théorie et pratique, indispensable pour participer à ce protocole.

L'échographie POCUS : Une révolution au lit du patient

L'échographie ciblée, ou Point-of-Care Ultrasound (POCUS), constitue l'outil technologique central de cette innovation. Il ne s'agit pas de réaliser une expertise cardiaque exhaustive, mais de répondre à une question clinique précise dans une optique de médecine réactive et ambulatoire.¹¹

Cette expérimentation permet aussi de poser des bases réglementaires à ce type d'examen qui n'a – en France – aucune base légale.

Apport du POCUS dans le diagnostic différentiel

Les données suggèrent que l'approche clinico-échographique permet d'atteindre un taux de diagnostics corrects de 74,5 %, contre seulement 32,8 % par l'examen clinique seul.¹⁴ Cette sensibilité accrue, couplée à une spécificité élevée (97,9 %), fait du POCUS un instrument indispensable pour le suivi de proximité, particulièrement dans les zones où l'accès à l'imagerie lourde est contraint.¹⁴

En conclusion : une stratégie de «Aller-Vers» et coordination Ville-Hôpital et renforcement du lien ville-hôpital

Le projet du Centre Hospitalier d'Auxerre et de la CPTS de Puisaye – Forterre s'inscrit dans une philosophie de soins proactive. En réalisant des bilans d'insuffisance cardiaque dans des maisons de santé, l'hôpital sort de ses murs pour aller à la rencontre des patients les plus fragiles ou les moins mobiles. Cette démarche de proximité est essentielle pour réduire les inégalités territoriales de santé.³

L'objectif opérationnel est clair : prendre en charge environ dix patients par jour, un mardi sur deux. Ce rythme permet de créer une routine de dépistage et de suivi qui, sur une année, peut transformer la prise en charge de centaines de patients dans le département de l'Yonne.

ACC.26

Essai CHAMPION-AF : fermeture de l'auricule gauche versus anticoagulation orale dans la fibrillation atriale

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Lou HIRSCH

CONTEXTE

La fermeture de l'auricule gauche (LAAO) est une alternative chez les patients contre-indiqués aux anticoagulants, mais son intérêt chez les patients éligibles aux AOD restait incertain.

MÉTHODES

Essai randomisé, international, multicentrique, comparatif, de non-infériorité.

Patients avec fibrillation atriale non valvulaire, à risque thromboembolique (CHA₂DS₂-VASc $\geq 2-3$), éligibles aux AOD.

Exclusions importantes : événement thromboembolique ou hémorragique récent (<30 jours), autres critères protocolaires.

Randomisation 1:1 :

- fermeture auricule gauche (Watchman FLX) vs
- AOD

CRITÈRE PRINCIPAL

Composite à 3 ans : décès cardiovasculaire, AVC ou embolie systémique.

RÉSULTATS

Population analysée :

3000 patients, âge moyen 71,7 ans, 31,9 % femmes.

Critère principal :

- 5,7 % Watchman vs
- 4,8 % AOD

Différence de 0,9 %, IC95 % -0,8 à 2,6, $p < 0,001$ pour non-infériorité.

SÉCURITÉ

Moins de saignements non liés à la procédure avec la fermeture (10,9 % vs 19,0 %, HR 0,55, $p < 0,001$).

Pas de différence significative sur les hémorragies majeures globales.

Complications spécifiques : épanchement péricardique (0,7 %), thrombus sur dispositif (4,8 %).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Marge de non-infériorité large avec taux d'événements plus faibles que prévu.

Population à risque modéré, peu de patients très à haut risque.

Un seul dispositif évalué.

Cross-over et traitement post-procédure hétérogène.

Suivi limité à 3 ans.

CONCLUSION

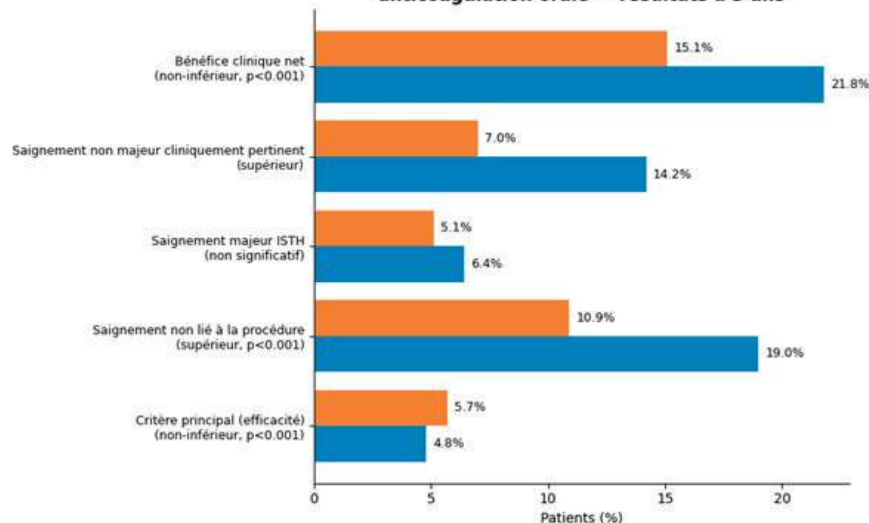
La fermeture de l'auricule gauche est non inférieure aux AOD pour prévenir décès cardiovasculaire, AVC ou embolie systémique, avec moins de saignements non procéduraux à 3 ans.

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

- Résultat positif mais non-infériorité fragile du fait d'un faible taux d'événements observé, exposant à un risque de faux négatif.
- Bénéfice sur les saignements partiellement compensé par les complications procédurales.
- Tendance à plus d'AVC ischémiques avec le dispositif, nécessitant confirmation à long terme.
- Comparaison avec essais antérieurs (CLOSURE-AF) nuanciant la robustesse des résultats.
- Implication clinique : option thérapeutique alternative chez des patients sélectionnés, sans preuve d'équivalence aux AOD pour la majorité des patients.

Adaptation depuis nejm.org

Essai CHAMPION-AF : fermeture de l'auricule gauche versus anticoagulation orale — résultats à 3 ans



Essai CHIP-BCIS3 : Absence de bénéfice clinique du support Impella en PCI complexe à haut risque

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Franck ALBERT

CONTEXTE

L'angioplastie coronaire percutanée (PCI) complexe chez les patients présentant une dysfonction ventriculaire gauche sévère est associée à un risque élevé de mortalité et de complications.

L'intérêt d'un déchargement ventriculaire gauche percutané reste incertain.

Un essai randomisé antérieur avec ballon de contre-pulsion intra-aortique n'a pas montré de réduction des événements majeurs.

Problématique centrale :

- Hypothèse physiopathologique cohérente
- Absence de preuve clinique solide

MÉTHODE

DESIGN

- Essai randomisé, multicentrique, ouvert
- 300 patients
- Randomisation 1:1 :
 - Pompe micro-axiale (Impella CP)
 - Soins standards

POPULATION

- FEVG $\leq 35\%$ ($\leq 45\%$ si insuffisance mitrale sévère)
- Maladie coronaire étendue (BCIS-JS ≥ 8)
- Très haut risque anatomique (SYNTAX médian 38)

DÉFINITION PCI COMPLEXE

Au moins un critère :

- Tronc commun non protégé avec contexte à haut risque
- Calcifications multiples ou SYNTAX ≥ 32
- CTO avec stratégie rétrograde

STRATÉGIE

- Revascularisation complète recommandée
- Imagerie intracoronaire fortement recommandée

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

Composite hiérarchique :

- Mort toutes causes
- AVC invalidant

- IDM spontané
 - Hospitalisation cardiovasculaire
 - Lésion myocardique péri-procédure
- Analyse par win ratio

RÉSULTATS

POPULATION

- 148 Impella vs 152 standard
- FEVG médiane 27%
- Suivi médian 22 mois

CRITÈRE PRINCIPAL

- Win ratio = 0.85 (non significatif)
- 36.6% vs 43.0% en faveur du traitement standard

MORTALITÉ

- Plus élevée avec Impella
 - 32.6% vs 23.4%
 - HR 1.54 (limite significativité)
- Mortalité cardiovasculaire
 - significativement plus élevée
 - HR 1.91

AUTRES ÉVÉNEMENTS

- IDM spontané : pas de différence significative
- Hospitalisations cardiovasculaires : similaires
- Lésion myocardique péri-procédure : plus fréquente avec Impella (61.7% vs 50%)

REVASCULARISATION

- Identique dans les deux groupes

SÉCURITÉ

Saignements majeurs :

- 10.8% vs 7.3% (tendance à l'augmentation avec Impella)

Complications vasculaires :

- mineures : 15.5% vs 9,9%
- majeures : rares mais légèrement plus fréquentes

CONCLUSION

CHIP-BCIS3 démontre que le déchargement ventriculaire gauche prophylactique lors des PCI complexes à haut risque n'améliore pas le

pronostic clinique et pourrait être associé à une augmentation de la mortalité, remettant en question l'utilisation systématique du "protected PCI".

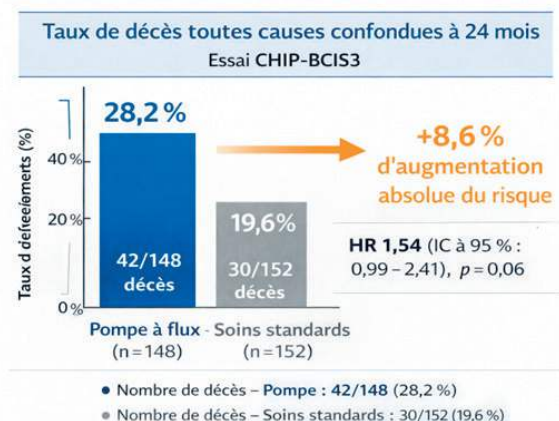
LECTURE CRITIQUE

- Échec d'un concept physiopathologique cohérent : le déchargement ventriculaire gauche ne se traduit pas par un bénéfice clinique mesurable.
- Signal de surmortalité : augmentation de la mortalité globale et cardiovasculaire dans le groupe Impella.
- Remise en question du concept de "protected PCI" : absence de bénéfice malgré une stratégie invasive coûteuse et potentiellement risquée.
- Revascularisation indépendante du support : la complétude de revascularisation est similaire entre les groupes.
- Cohérence avec la littérature : résultats alignés avec les essais précédents (IABP, PROTECT II).

MESSAGES CLÉS

- Absence de bénéfice clinique du support Impella en PCI complexe à haut risque
- Signal possible de surmortalité cardiovasculaire
- Pas d'indication à une utilisation systématique
- Utilisation à réserver à des situations très sélectionnées
- La stratégie standard avec revascularisation adaptée reste efficace.

Adaptation depuis nejm.org



ACC.26

Essai Ez-PAVE : ciblage intensif du LDL-cholestérol dans la maladie cardiovasculaire athéroscléreuse

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Simon CATTAN

CONTEXTE

Risque élevé d'événements cardiovasculaires en prévention secondaire. Comparaison directe limitée entre LDL <55 mg/dl et <70 mg/dl.

MÉTHODES

Essai randomisé, multicentrique, ouvert. Patients 19–80 ans avec maladie athéroscléreuse. Randomisation 1:1 LDL <55 mg/dl vs <70 mg/dl, avec statines ± ézétimibe ± PCSK9.

CRITÈRE PRINCIPAL

Composite à 3 ans : décès CV, IDM, AVC, revascularisation ou angor instable.

RÉSULTATS

3048 patients, âge moyen 64 ans.

6,6 % vs 9,7 %, HR 0,67 (IC95 % 0,52–0,86), p=0,002.

SÉCURITÉ

Profil similaire, pas d'excès d'effets indésirables, moins d'élévation de la créatinine.

CONCLUSION

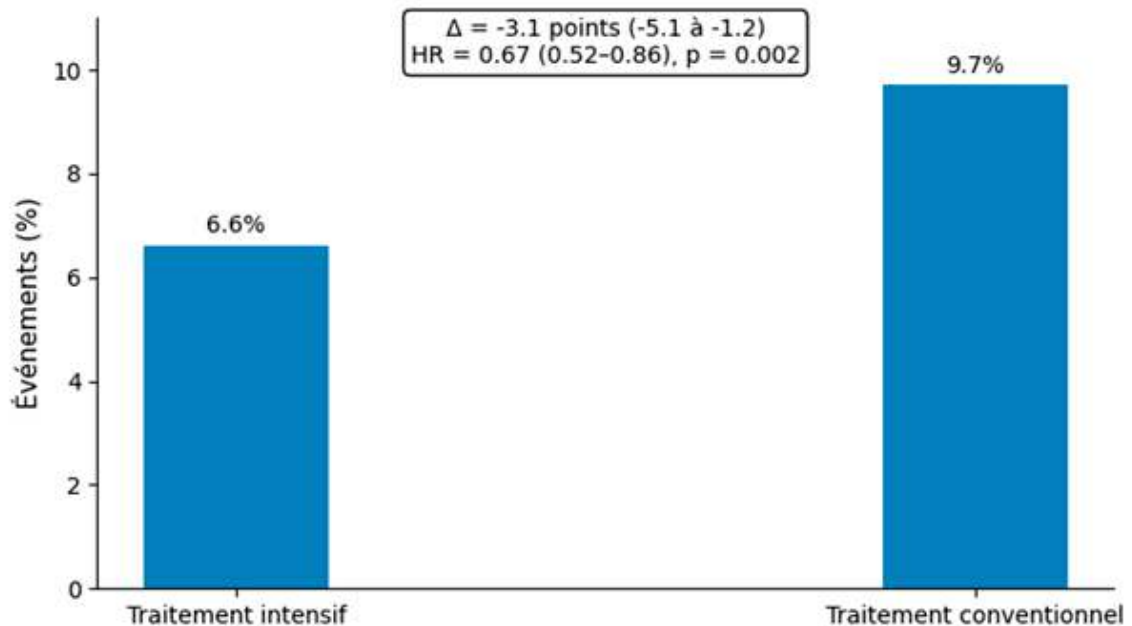
LDL <55 mg/dl réduit significativement les événements vs <70 mg/dl, sans sur-risque.

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

- Premier essai randomisé démontrant la supériorité d'un objectif LDL <55 mg/dl versus <70 mg/dl.
- Valide les recommandations récentes basées jusque-là sur des données indirectes.
- Bénéfice clinique significatif porté notamment par la réduction des revascularisations et infarctus.
- Stratégie thérapeutique pragmatique combinant statines et ézétimibe.
- Atteinte incomplète des cibles souligne les limites de mise en pratique réelle.
- Résultats difficilement extrapolables à toutes les populations.
- Confirme le paradigme « lower is better » pour le LDL en prévention secondaire.

Adaptation depuis nejm.org

Essai Ez-PAVE : ciblage intensif du LDL-cholestérol dans la maladie cardiovasculaire athéroscléreuse



Essai HI-PEITHO : fibrinolyse dirigée par cathéter et facilitée par ultrasons (UF-CDT) dans l'embolie pulmonaire aiguë

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Jacques DUJARDIN

CONTEXTE

L'embolie pulmonaire (EP) à risque intermédiaire pose un problème thérapeutique majeur :

- Patients hémodynamiquement stables, mais avec dysfonction du ventricule droit (VD) et biomarqueurs élevés
- Risque réel de décompensation cardio-respiratoire

Le traitement standard est l'anticoagulation seule. La fibrinolyse systémique :

- diminue les décompensations
- mais augmente les hémorragies majeures (dont intracrâniennes)

D'où l'émergence de la fibrinolyse dirigée par cathéter et facilitée par ultrasons (UF-CDT) → doses plus faibles d'alteplase → effet local → objectif : efficacité sans sur-risque hémorragique

MÉTHODE

Essai randomisé, international, multicentrique, ouvert (open-label), avec adjudication indépendante

POPULATION

- EP aiguë à risque intermédiaire avec :
- rapport VD/VG ≥ 1
- troponine élevée
- ≥ 2 signes de détresse :
 - o PAS ≤ 110 mmHg
 - o FC ≥ 100 bpm
 - o FR > 20 /min ou hypoxémie

RANDOMISATION 1:1 :

- UF-CDT (alteplase à faible dose ~8-16 mg, durée d'infusion ~7 heures) via cathéter à ultrasons EkoSonic (Boston Scientific) + anticoagulation
- Anticoagulation seule

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

Composite à 7 jours :

- Décès lié à l'EP
- Décompensation cardio-respiratoire définie par :
 - o score NEWS ≥ 9
 - o ou choc / ventilation / ECMO / arrêt cardiaque

- Récidive d'EP

RÉSULTATS

Population analysée 544 patients

CRITÈRE PRINCIPAL

- UF-CDT : 4,0 %
 - Contrôle : 10,3 %
- (RR = 0,39 ; IC95 % : 0,20-0,77 ; p = 0,005)

Réduction relative ≈ 61 %, NNT ≈ 16 . Effet principalement porté par une diminution des décompensations cardio-respiratoires

PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE SUR :

- la mortalité
- la récurrence d'EP

SÉCURITÉ

Hémorragies majeures (pas d'augmentation significative)

- 7 jours : 4,1 % vs 2,2 % (NS)
- 30 jours : 4,1 % vs 3,0 % (NS)

AVC / HIC

- aucune hémorragie intracrânienne (point clé vs fibrinolyse systémique)

CONCLUSION

Chez les patients présentant une EP à risque intermédiaire, l'UF-CDT + l'anticoagulation classique :

- réduit significativement les événements précoces (I7)
- sans sur-risque hémorragique significatif
- constitue une stratégie efficace pour prévenir la décompensation

Cependant, aucun bénéfice sur la mortalité n'est démontré à ce stade

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

Cet essai apporte une première preuve robuste, en essai randomisé, de la supériorité de l'UF-CDT par rapport à l'anticoagulation seule.

Les patients cibles :

- EP à risque intermédiaire avec signes de détresse
- risque de décompensation

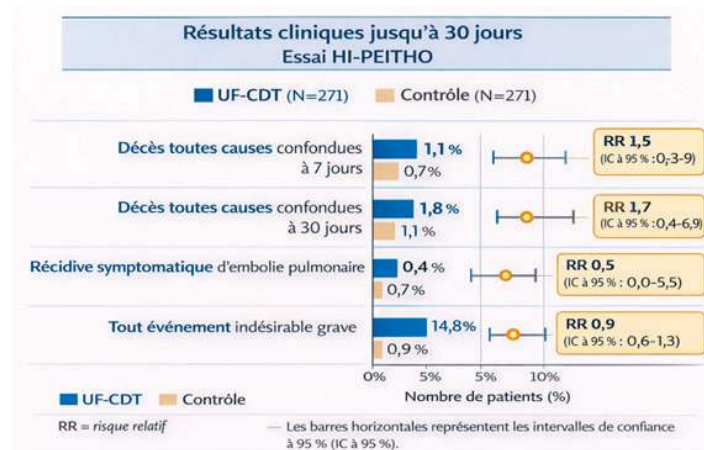
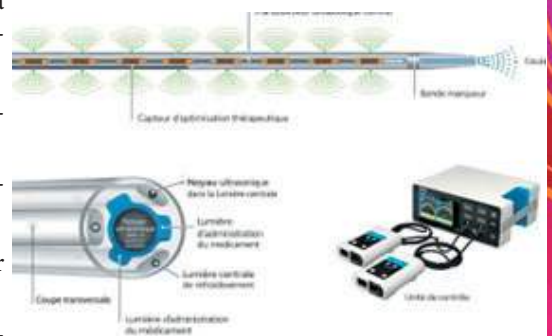
Le bénéfice principal est la prévention de la dégradation clinique précoce (décompensation vers une forme grave), sans bénéfice démontré à ce stade sur la mortalité

Sécurité : profil nettement plus favorable que celui de la fibrinolyse systémique

Comparaison implicite avec l'essai PEITHO :

- même bénéfice (réduction des décompensations)
- mais avec moins d'hémorragies → argument majeur en faveur de l'UF-CDT

Adaptation depuis nejm.org



Essai SCOUT-HCM : mavacamten chez les adolescents atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Jean-Lou HIRSCH

CONTEXTE

La cardiomyopathie hypertrophique (CMH) pédiatrique est une pathologie sévère sans traitement spécifique validé. Le mavacamten, efficace chez l'adulte, n'avait pas été évalué chez l'adolescent.

MÉTHODES

Type d'étude : essai de phase 3, randomisé, multicentrique, en double aveugle versus placebo. Population Adolescents 12- <18 ans, CMH obstructive symptomatique (NYHA II-III), FEVG $\geq 60\%$, gradient CCVG significatif.

Randomisation 1:1 mavacamten vs placebo avec titration guidée par échographie.

CRITÈRE PRINCIPAL

Variation du gradient LVOT sous Valsalva à 28 semaines.

RÉSULTATS

Population analysée 44 patients, âge moyen 14,7 ans.

Critère principal :

- -48,5 mmHg (mavacamten) vs
- -0,5 mmHg (placebo),

Une différence entre les 2 groupes de -48,0 mmHg (IC95 % -67,7 à -28,3 ; $p < 0,001$). Amélioration cohérente des paramètres échographiques, biomarqueurs et classe NYHA.

SÉCURITÉ

Profil similaire au placebo, sans décès ni baisse de FEVG $< 50\%$.

CONCLUSION

Le mavacamten réduit significativement l'obstruction CCVG chez l'adolescent avec un bon profil de tolérance à court terme.

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

- Premier essai pédiatrique positif d'un inhibiteur de la myosine.
- Effet majeur sur un critère physiopathologique central, cohérent sur les autres marqueurs.
- Impact clinique suggéré mais non démontré sur des critères durs.
- Résultats prometteurs mais nécessitant confirmation à long terme.
- Limites de l'étude : effectif faible, suivi court, critères surtout physiologiques, généralisation limitée.

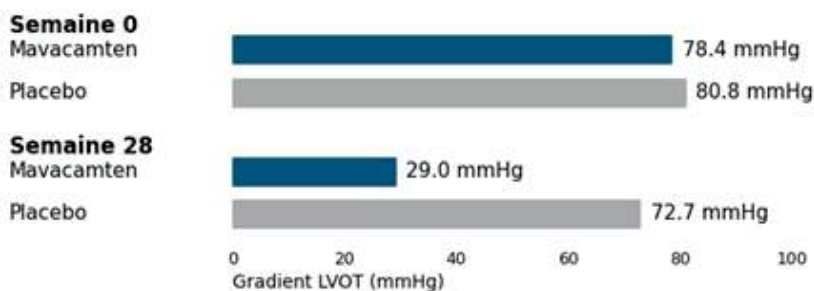
Adaptation depuis nejm.org

ESSAI SCOUT-HCM : mavacamten chez les adolescents atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Variation du gradient LVOT sous Valsalva (S = semaine)

■ Mavacamten ■ Placebo

Critère principal



Essai SirPAD : angioplastie par ballon actif au sirolimus dans la maladie artérielle infra-inguinale

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Loic BELLE

CONTEXTE

La maladie artérielle périphérique est fréquente et associée à un risque élevé d'amputation et de décès. Les traitements endovasculaires n'ont pas démontré de réduction claire des événements cliniques majeurs du membre.

Les ballons actifs au paclitaxel réduisent la resténose mais leur impact sur la mortalité reste débattu.

Le sirolimus, agent cytostatique, pourrait limiter l'hyperplasie néointimale avec un meilleur profil de sécurité systémique.

MÉTHODES

Essai randomisé, multicentrique, prospectif, ouvert, de non-infériorité avec stratégie séquentielle testant la supériorité, et adjudication en aveugle des événements.

Population : patients ≥18 ans avec maladie artérielle périphérique symptomatique infra-inguinale nécessitant une revascularisation endovasculaire. Randomisation 1:1 après franchissement de la lésion, stratifiée sur le centre et la présence d'ischémie critique, entre ballon actif au sirolimus et ballon non actif.

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Événements majeurs du membre à 1 an : amputation majeure non planifiée du membre cible ou revascularisation de la lésion cible pour ischémie critique.

RÉSULTATS

Population analysée 1252 patients, âge médian 75 ans, 35,1 % de femmes, population non sélectionnée incluant des lésions longues et des atteintes distales.

Critère principal : 8,8 % vs 15,0 %, différence absolue -4,9 points (IC95 % -8,5 à -1,3), p<0,001 pour non-infériorité et p=0,009 pour supériorité.

SÉCURITÉ

Mortalité à 1 an similaire : 11,8 % vs 12,8 %, sans différence significative. Événements indésirables graves similaires entre les groupes.

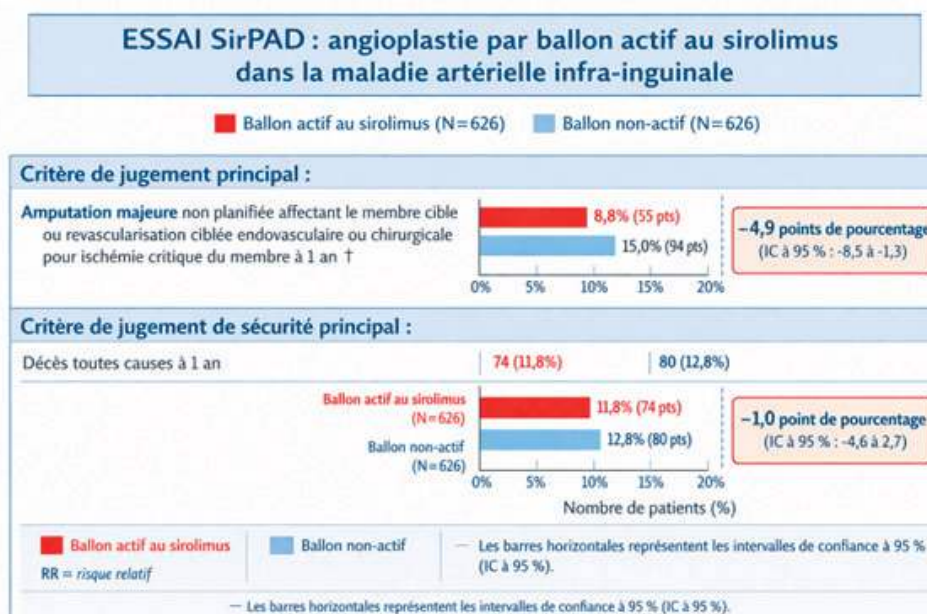
CONCLUSION

Chez les patients avec maladie artérielle infra-inguinale, l'angioplastie avec ballon actif au sirolimus réduit significativement les événements majeurs du membre à 1 an par rapport au ballon standard, avec un profil de sécurité similaire.

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

- Essai robuste montrant pour la première fois une réduction d'événements cliniques du membre et non seulement des critères angiographiques.
- Bénéfice cliniquement pertinent porté par la réduction des revascularisations et des événements ischémiques.
- Population large et peu sélectionnée renforçant la validité externe.
- Supériorité démontrée après non-infériorité, renforçant la crédibilité des résultats.
- Absence de signal de surmortalité contrairement aux interrogations avec le paclitaxel.
- Limites liées au design open-label et au suivi court.
- Résultats susceptibles de modifier la pratique en faveur des ballons au sirolimus.

Adaptation depuis nejm.org



ACC.26

Essai SMART-DECISION : arrêt du traitement par bêtabloquants après infarctus du myocarde

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Simon CATTAN

CONTEXTE

Intérêt du traitement prolongé incertain après IDM sans dysfonction VG, malgré un usage fréquent en pratique.

MÉTHODES

Essai randomisé, multicentrique, ouvert, de non-infériorité. Patients stables post-IDM, FEVG ≥ 40 %, sans insuffisance cardiaque, sous bêtabloquants ≥ 1 an. Randomisation arrêt vs poursuite.

CRITÈRE PRINCIPAL

Décès toutes causes, IDM récidivant ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

RÉSULTATS

2540 patients, âge 63 ans, suivi 3,1 ans.

7,2 % vs 9,0 %, HR 0,80 (IC95 % 0,57–1,13), non-infériorité démontrée.

Pas de différence sur les événements individuels.

SÉCURITÉ

Profil similaire, pas de signal délétère.

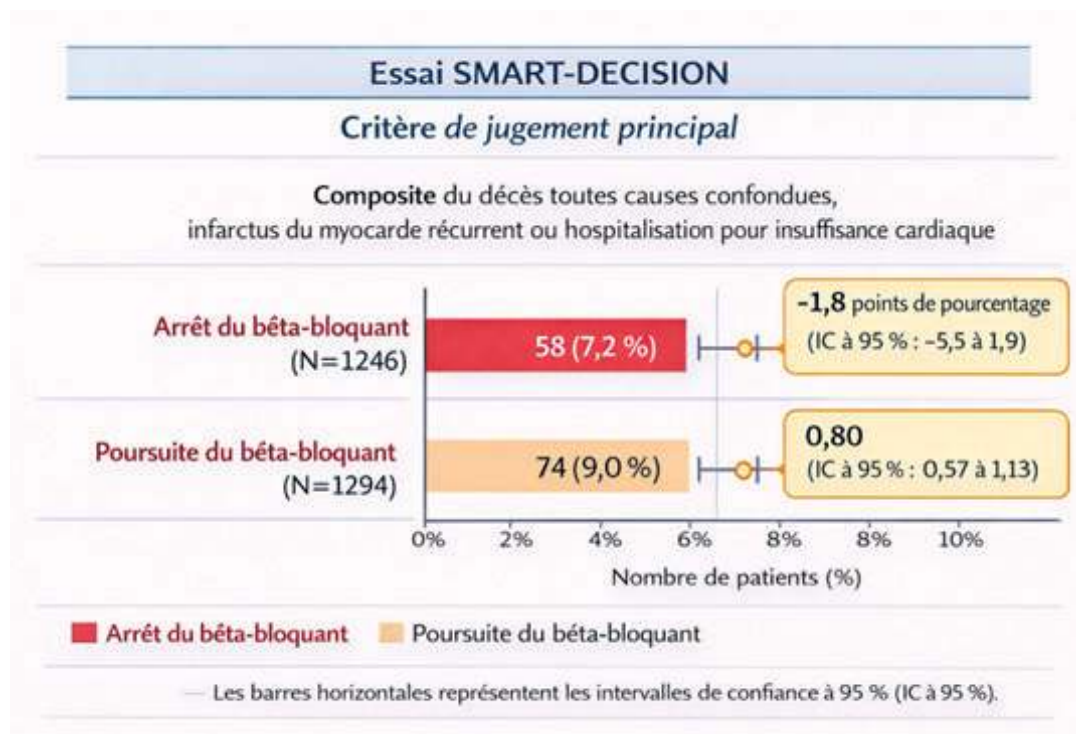
CONCLUSION

L'arrêt des bêtabloquants après ≥ 1 an est non inférieur chez des patients stables sans dysfonction VG.

LECTURE CRITIQUE ET MESSAGES CLÉS

- Essai solide montrant que l'arrêt des bêtabloquants après ≥ 1 an est non inférieur chez des patients stables sans dysfonction VG.
- Résultats applicables uniquement à une population sélectionnée à faible risque.
- Différence avec ABYSS liée surtout au critère principal plus robuste et à une population plus stable.
- Pas de signal de sécurité défavorable, mais prudence chez patients à risque plus élevé ou plus précoces post-IDM.
- Implication pratique : possibilité de déprescription raisonnée chez patients bien sélectionnés.

Adaptation depuis nejm.org



ACC.26



Peut-on arrêter les bêtabloquants après un infarctus : ACC26

Dr Kamel ABDENNBI, Dr Walid AMARA



Fermer l'auricule ou pas en l'absence de contre indication aux anticoagulants ?

Pr Gilles LEMESLE, Dr Walid AMARA



Quoi de neuf en HTA à l'ACC26

Dr Julien DOUBLET, Dr Walid AMARA



Quoi de neuf en insuffisance cardiaque à l'ACC26

Pr Ahmed BENNIS, Dr Walid AMARA



L'assistance cardiaque IMPELLA dans l'étude STEMI DTU à l'ACC26

Dr Pierre LEDDET, Dr Walid AMARA

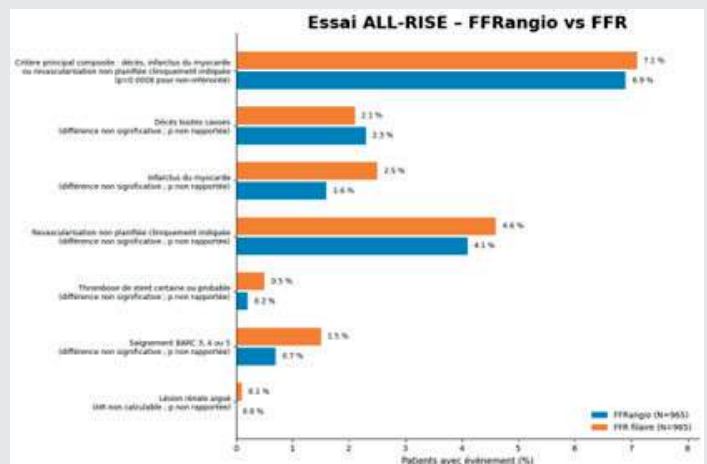
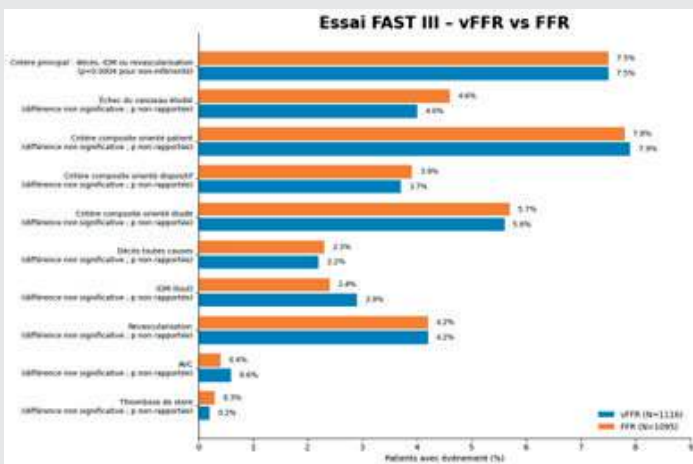


FFR/microFR : Essai FAST III vs. Essai ALL-RIS

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Michel HANSSEN

	Essai FAST III – vFFR vs FFR	Essai ALL-RISE – FFRangio vs FFR
CONTEXTE	Les recommandations actuelles préconisent l'évaluation physiologique des lésions coronaires intermédiaires pour guider la revascularisation. La FFR invasive reste la référence, mais son utilisation est limitée par : <ul style="list-style-type: none"> • le caractère invasif (guide de pression) • la nécessité d'une hyperémie (adénosine) • des contraintes de temps et de workflow Les études de validation diagnostique ont montré une bonne corrélation avec la FFR, mais les données d'impact clinique restaient insuffisantes.	
	Le vFFR (vessel FFR) est une mesure dérivée de l'angiographie 3D, reposant sur des modèles physiques du flux coronaire (résistance visqueuse, pertes de charge), sans recours à un guide ni à l'hyperémie.	Le FFRangio est une mesure dérivée de l'angiographie 3D complète, reposant sur une reconstruction de l'arbre coronaire et des modèles de résistance permettant d'estimer les gradients de pression, sans recours à un guide ni à l'hyperémie.
MÉTHODES	Essai randomisé, international, multicentrique (37 centres européens), ouvert, de non-infériorité.	Essai randomisé, international, multicentrique (59 centres, multi-continent), ouvert, de non-infériorité.
Population	Sténoses 30–80 %, SCA ~18 %	Sténoses 50–90 %, coronariens stables majoritairement
Stratégie	vFFR vs FFR	FFRangio vs FFR/NHPR -nonhyperemic pressure ratio measurement
Seuil décisionnel	≤0,80	FFR ≤0,80 / NHPR ≤0,89
Technique	vFFR : 2 incidences angiographiques + modèle de flux	FFRangio : reconstruction 3D complète de l'arbre coronaire
CRITÈRE PRINCIPAL	Composite à 1 an (décès, IDM, revascularisation) Marge de non-infériorité : 3,0 %	Composite à 1 an (décès, IDM, revascularisation non planifiée) Marge de non-infériorité : 3,5 %
RÉSULTATS	vFFR : 1116	FFRangio : 965
Population analysée	FFR : 1095	pressure-wire : 965
Critère principal	vFFR : 7,5 % FFR : 7,5 % → différence : -0,02 % → p = 0,004 (non-infériorité)	FFRangio : 6,9 % pressure-wire : 7,1 % → différence : -0,2 % → p < 0,001 (non-infériorité)
Procédure	↓ temps (~-5 min, temps moy 55 mins)	↓ temps, ↓ fluoroscopie, ↓ contraste
Impact sur PCI	45,0 % vs 36,0 % → +9 %	44,3 % vs 35,4 % → +9 %
Interprétation physiopathologique	Surestimation des lésions par vFFR (modélisation imparfaite du flux, microcirculation ignorée)	Surestimation des lésions par FFRangio + effet seuil décisionnel (lésions borderline)
Sécurité	Événements similaires, moins de complications procédurales	Événements similaires, ↓ saignements et IRA

Limites de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> * design open-label → biais possible * peu de SCA → généralisation limitée * centres experts européens * suivi limité à 1 an * expérience opérateur plus importante en FFR 	<ul style="list-style-type: none"> * design open-label * comparateur hétérogène (FFR + NHPR) * sélection anatomique des lésions * pas de SCA * puissance limitée pour analyses de sous-groupes
CONCLUSION	Chez les patients avec lésions intermédiaires : vFFR est non inférieur à FFR à 1 an et permet une stratégie sans guide ni hyperémie	Chez les patients avec lésions intermédiaires : FFRangio non inférieur à FFR/NHPR à 1 an et permet une stratégie simplifiée sans guide ni hyperémie
LECTURE CRITIQUE COMPARATIVE	<p>Les deux essais démontrent une non-infériorité robuste des stratégies angiographiques par rapport à la FFR invasive.</p> <p>Cependant, ils mettent en évidence un signal parfaitement concordant : une augmentation significative des revascularisations sans réduction des événements cliniques à 1 an. Dans FAST III, ce signal est expliqué par une limite physiopathologique intrinsèque des modèles angiographiques, incapables d'intégrer la microcirculation, la variabilité de la réponse hyperémique et la demande myocardique, conduisant à une surestimation des lésions.</p> <p>Dans ALL-RISE, l'explication est plus pragmatique, reposant sur un effet seuil décisionnel, avec une augmentation des indications de PCI pour des lésions borderline dans un contexte de pratique réelle.</p> <p>La convergence des résultats entre deux RCT indépendants, avec méthodologies différentes, renforce fortement la validité externe du signal de surtraitement relatif.</p> <p>La discordance entre augmentation des PCI et absence de bénéfice clinique constitue le point critique majeur de ces deux essais.</p>	
MESSAGES CLÉS SYNTHÉTIQUES	<p>Les stratégies angiographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont non inférieures à la FFR invasive. • simplifient significativement le workflow procédural. • augmentent de manière reproductible le taux de revascularisation (~+9 %). • n'améliorent pas les événements cliniques à 1 an. 	



Adaptation depuis [nejm.org](https://www.nejm.org)

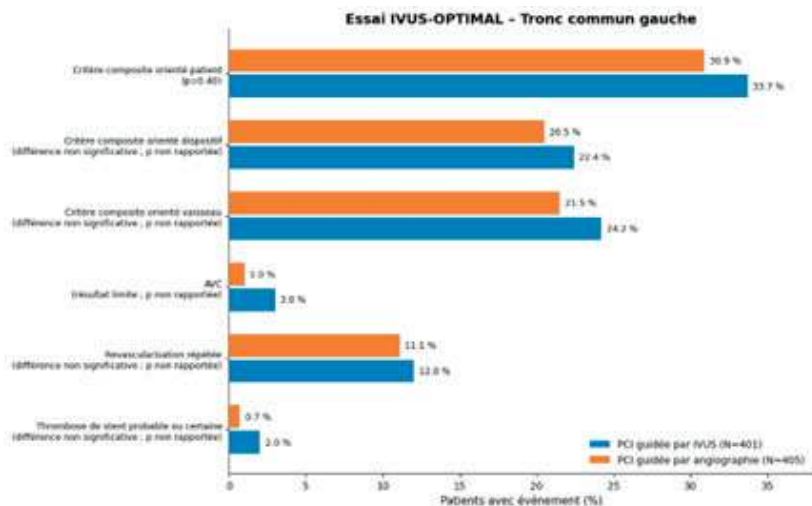
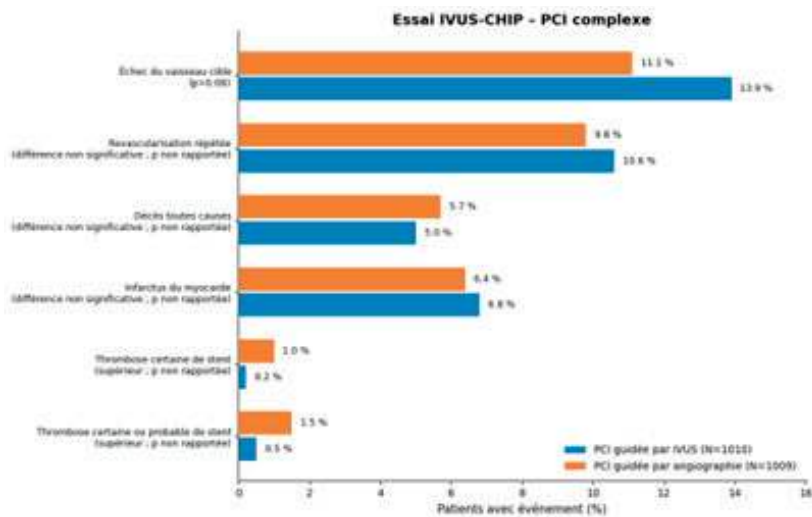
E S S A I S N E J M - A C C 2 6

IVUS : Essai IVUS-CHIP vs. Essai IVUS-OPTIMAL (tableau comparatif)

Dr Alexandru MISCHIE, Dr Franck ALBERT

	Essai IVUS-CHIP – PCI complexe	Essai IVUS-OPTIMAL – Tronc commun gauche (TC)
CONTEXTE	L'IVUS améliore l'expansion, l'apposition et la couverture des stents. Les données antérieures (principalement asiatiques) suggèrent une réduction des événements, conduisant à une recommandation classe I dans les lésions complexes. Cependant, adoption faible en Europe et manque de données occidentales contemporaines.	Le PCI du tronc commun gauche non protégé est une procédure à haut risque. L'IVUS permet un meilleur sizing et une optimisation du résultat. Les données observationnelles et méta-analyses suggèrent un bénéfice, mais les preuves randomisées spécifiques restaient limitées.
MÉTHODES Type d'étude	Essai randomisé, international, multicentrique, open-label, contrôlé, événementiel.	Essai randomisé, international, multicentrique, open-label, de supériorité.
Population	n=2020. Patients ≥18 ans avec lésions coronaires complexes (calcifications sévères, bifurcations, CTO, ISR, lésions longues, LM). SCA non ST+ ou cardiopathie stable.	n=806. Patients ≥18 ans avec sténose du tronc commun ≥50 %, ischémie documentée ou symptômes. Population à complexité intermédiaire-élevée (SYNTAX ~30).
Exclusions importantes	STEMI, choc cardiogénique, pontage sur greffon, contre-indication DAPT ou contraste.	STEMI <48 h, choc cardiogénique, espérance de vie <2 ans, contre-indication DAPT.
Randomisation / stratégie	1:1 IVUS-guided vs angiographie. Stratification centre + présentation clinique.	1:1 IVUS-guided vs angiographie. Randomisation centralisée.
Technique IVUS	IVUS post-stent systématique, optimisation selon critères prédéfinis. IVUS déclenche modification dans 40,5 % des cas. Optimisation finale atteinte dans ~53 %.	IVUS pré + post recommandé. Critères stricts (MLA LM ≥8 mm ² , bifurcation ≥7 mm ² , branches ≥5–6 mm ²). Modification procédurale dans ~29 %.
CRITÈRE PRINCIPAL	Composite orienté vaisseau : décès cardiaque, IDM du vaisseau cible, revascularisation du vaisseau cible.	Composite orienté patient : AVC, IDM, revascularisation ou décès toutes causes.
RÉSULTATS Population analysée	n=2020. Âge 69 ans, hommes 79 %, SCA 27 %. Suivi médian ~19 mois.	n=806. Âge 71 ans, hommes 78 %, diabète 34,7 %. Suivi médian 2,9 ans.
Critère principal	13,9 % vs 11,1 %. HR 1,25 ; IC95 % 0,97–1,60 ; p=0,08. Absence de bénéfice.	33,7 % vs 30,9 %. HR 1,11 ; IC95 % 0,87–1,42 ; p=0,40. Absence de bénéfice.
Analyses secondaires	Pas de différence significative sur les endpoints secondaires. Réduction possible thrombose de stent (signal faible).	Pas de différence sur mortalité, IDM, revascularisation. Augmentation des AVC (3,0 % vs 1,0 %).
Procédure	Durée procédure ↑ significative (88,8 vs 66,2 min). Stents plus longs, plus de post-dilatation.	Durée procédure ↑ (~+25 min). Nombre de stents similaire.
Sécurité	Complications similaires (11,3 % vs 10,2 %). Pas de signal de sécurité majeur.	Événements globaux similaires. Signal AVC inattendu, non per-procédural.

Limites de l'étude	Open-label. Optimisation IVUS incomplète (~50 %). Bénéfice dépend opérateur. Population européenne différente des études positives. Coût et durée accrus	Open-label. Faible modification des gestes (~29 %). Opérateurs très expérimentés. LM techniquement favorable (gros calibre). Signal AVC non expliqué.
CONCLUSION	L'IVUS systématique n'améliore pas les événements cliniques dans les PCI complexes malgré amélioration procédurale.	L'IVUS ne réduit pas les événements cliniques dans le PCI du tronc commun gauche.
LECTURE CRITIQUE COMPARATIVE	Les deux essais montrent une cohérence forte : absence de bénéfice clinique malgré amélioration technique. L'IVUS n'est pas une intervention thérapeutique mais un outil dépendant de son utilisation. Le faible taux de modification procédurale est un facteur clé expliquant les résultats négatifs. Les bénéfices historiques semblent liés à des contextes spécifiques (Asie, lésions très complexes, opérateurs différents). Dissociation claire entre optimisation procédurale et bénéfice clinique.	
MESSAGES CLÉS SYNTHÉTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de bénéfice clinique systématique de l'IVUS. • Amélioration procédurale sans traduction clinique. • Importance majeure de l'appropriation opérateur. • IVUS utile dans des cas sélectionnés mais non en routine. • Remise en question des recommandations systématiques et orientation vers une stratégie individualisée. 	



Adaptation depuis nejm.org

QUE DEVIENDRA CE RAPPORT ? QUOI QU'IL EN SOIT, IL INTERROGE !

Dr Michel HANSEN¹

1. CH d'Haguenau, Past-Président CNCH



Un rapport intitulé « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale », réalisé par les Inspections Générales des Affaires Sociales (IGAS) et des Finances (IGF) (1), préconise des plans d'efficacité à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Ce rapport confirme l'existence d'un sous financement par l'Etat dû, aux deux tiers, à une mauvaise évaluation du glissement vieillesse technicité et, pour le reste, à l'inflation non compensée (2). A noter que ce fossé budgétaire se monte à 1,7 milliard d'euros sur 2020-2024. Il est également rapporté (3) que seuls 11 GHT sur 135 avaient un résultat financier équilibré en 2024. Cette évaluation erronée par les « Pavarotti » de Bercy est néanmoins étonnante mais il est vrai que la grande spécialité ce sont les taxes et les impôts ; pour la pertinence de nos budgets ce n'est certainement pas la radiation des stents de la liste en sus (et plus si affinité) qui sera porteuse.

Face à ce constat est proposé un « Plan de consolidation » des hôpitaux doublé d'une recomposition territoriale (1 synthèse, 4). On relève, entre autres, dans les recommandations portant sur l'organisation des activités hospitalières dans les territoires : une organisation graduée, une quotité « **obligatoire** » de travail hors de l'établissement d'affectation, une « **solidarité** » financière entre les établissements d'un même GHT, une évolution législative avec une perspective « **intégratrice** » introduisant la personnalité morale.

On rappellera, une fois de plus, que les périmètres des GHT sont excessivement variables et qu'il existe de fortes tensions au niveau des recrutements dont un certain nombre engendrent « **questionnements** ». Ces recommandations vont, à l'évidence, upgrader l'**attractivité** de nos hôpitaux !

La Fédération Hospitalière de France (FHF) (5) rappelle, à juste titre, que la quasi-totalité de l'effort hospitalier lié à la pandémie COVID a porté sur les hôpitaux publics avec une déprogrammation massive des interventions ; ceci a bien sûr engendré une reprise d'activité plus progressive ; cette reprise est décalée mais tout à fait significative. Par ailleurs, on retiendra que les hôpitaux publics assurent les patients les plus complexes (et donc les plus onéreux) notamment en réanimation (85 %) et assurent, au moins, 80 % de la permanence des soins notamment en cardiologie et en neuro-vasculaire. **Vous avez dit attractivité !**

Dans le même temps, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) (6), plaide pour une « réponse systémique » équilibrée et structurée pour l'ensemble des acteurs de santé. Mais cette équité est surtout soulignée pour le sous financement qui l'impacterait également. La FHP évoque un développement massif de l'ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile, une adaptation capacitaire pour éviter le financement de lits du-

blement inoccupés et une meilleure organisation territoriale fondée sur la complémentarité des acteurs ; alors même que nos hôpitaux sont très souvent en tension (procédure HET) et que pour une gradation réelle et assumée des soins, il serait cohérent de créer des groupements d'établissement de santé associant tous les acteurs, en lieu et place des GHT dont le privé est affranchi. Sans évoquer le différentiel de rémunération qui, dans notre beau pays, est toujours « un gros mot ». **Vous avez dit attractivité !**

Enfin, la Conférence des Directeurs des Centres Hospitaliers (CNDCH) (7) appelle à un repositionnement fort de la place des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le paysage sanitaire et médicosocial. Elle juge qu'il est absolument nécessaire de recentrer le débat sur les deux priorités que sont la restructuration de l'offre de soins et le financement du modèle hospitalier. Elle insiste sur la nature structurelle des déficits et que « l'iniquité des modalités de financement entre le secteur public et le secteur privé en est la cause principale » et plaide pour une véritable régulation du secteur privé s'appuyant sur les tutelles. On observera que malgré les nombreux rapports et évaluations post pandémie, il est souhaité un renforcement des ARS. **Vous avez dit attractivité !..** Et l'on oublie le flot des injonctions technocratiques paradoxales.

Que deviendra ce rapport ? Une destinée dans le fond d'une armoire ? Les nombreuses réactions concomitantes à sa très récente publication des acteurs du système de santé orientent sans doute vers une prise en compte. Quoi qu'il en soit, en lisant entre les lignes, on a le sentiment de la poursuite d'une évolution ancienne vers un système à deux vitesses. On fait payer à nos hôpitaux l'incurie de nos décideurs au long cours en stigmatisant les acteurs de terrain du service public. Optimisation de l'organisation OUI (à l'instar du concept de proximité), destruction programmée NON. **Vous avez dit attractivité !**

Références :

1. Rapport IGAS - septembre 2025 « Face à la gravité de la situation financière des Hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale »
2. Hopimédia - 18 février 2026
3. APM News - Jeudi 19 février 2026
4. Hopimédia - 20/02/26
5. Communiqué FHF - 19/02/26
6. APM News - 20/02/26
7. APM News - 08/12/25

TÉLÉSURVEILLANCE DES IMPLANTS EN CARDIOLOGIE : IMPACTS JURIDIQUES ET RISQUES MÉDICO-LÉGAUX

Isabelle FILIPPI¹

*1. Juriste responsable de l'information juridique, Groupe LEH avec la collaboration
d'Océance Beaucamp, juriste stagiaire, Groupe LEH*

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui peut notamment permettre d'effectuer une surveillance de l'état des patients (art. L. 6316-1 du code de la santé publique).

À ce titre, la télésurveillance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient (art. R.6316-1 du CSP).

La télésurveillance des implants en cardiologie relève de ce cadre et constitue « une alternative au suivi conventionnel » (Télésurveillance médicale du patient porteur de prothèse cardiaque implantable à visée thérapeutique, Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, mars 2023).

Le cadre médico-légal a été déterminé par l'arrêté du 23 février 2024 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L.162-52 du Code de la sécurité sociale.

Les dispositifs médicaux numériques (DMN) de télésurveillance médicale sont caractérisés comme des actes médicaux à part entière faisant intervenir divers professionnels (l'exploitant du DMN, l'opérateur de télésurveillance) pouvant être exposés à différents risques médico-légaux et ainsi engager leur responsabilité. De plus, le patient doit être correctement informé et son consentement recueilli.

INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

L'obligation d'information porte tout d'abord sur l'énonciation de la possibilité d'une prise en charge conventionnelle ou dans le cadre de la télésurveillance.

Le premier risque est celui d'une information insuffisante du patient. L'obligation d'information, prévue par l'article L.1111-2 CSP, impose d'expliquer clairement les modalités de la télésurveillance, ses limites, les délais d'analyse des données, préalablement déterminés par l'opérateur (en heures ou en jours) et la conduite à tenir en cas de symptômes. Une confusion entre télésurveillance programmée et surveillance en temps réel est une source classique de litiges, notamment en cas de complication aiguë non détectée.

Le second risque repose sur le recueil du consentement libre et éclairé du patient (article L.1111-4 et article R.6316-2 du CSP). Il doit être exprimé à plusieurs étapes de la prise en charge : au moment de la réalisation de l'acte de télésurveillance, aux conditions générales du traitement des données de santé et en cas d'utilisation d'une solution complémentaire et évidemment à l'implantation du dispositif. Le consentement ou le refus du patient à l'acte doit obligatoirement être intégré dans le dossier médical.

RESPONSABILITÉ DES EXPLOITANTS DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NUMÉRIQUES

L'arrêté du 23 février 2024 a détaillé les spécifications techniques minimales des DMN, constituant ainsi un référentiel. En effet, pour être prises en charge ou remboursées par l'assurance maladie, les activités de télésurveillance médicale sont inscrites sur une liste (art. L. 162-52 du Code de la sécurité sociale). Dès lors, chaque DMN inscrit sur la liste reprend le référentiel selon ses propres caractéristiques (par exemple le DMN CARELINK, aux termes de l'arrêté du 24 juillet 2025).

La mise à disposition, la maintenance, la formation des opérateurs de télésurveillance, ou encore les délais d'intervention ou l'assistance technique sont autant d'obligations pesant sur l'exploitant du DMN et susceptibles d'engager sa responsabilité en cas de défaillance. Plus largement, une panne, une cyberattaque ou une indisponibilité temporaire du service sont des risques identifiés.

Par ailleurs, les implants sont des dispositifs médicaux relevant également de la réglementation européenne dont les exigences en matière de sécurité notamment imposent une vigilance accrue au regard des risques liés à la cybersécurité.

RESPONSABILITÉ DES OPÉRATEURS DE TÉLÉSURVEILLANCE

Les professionnels de santé pouvant être impliqués sont strictement énumérés. On retrouve le médecin en charge de la télésurveillance, spécialisé en pathologie cardiovasculaire, avec une compétence en rythmologie et stimulation cardiaque, étant précisé que le médecin prescripteur et le médecin surveillant peuvent être différents.

Le dispositif médical numérique doit permettre l'émission des alertes dont le traitement doit être organisé. D'une part, l'article R.6316-4 du Code de la santé publique détaille une liste de documents spécifiques devant apparaître dans le dossier du patient, tels que les comptes rendus, les actes initiés, les prescriptions, l'identité de chaque professionnel intervenant, la précision horaire et datée de l'acte effectué ainsi que les incidents techniques. D'autre part, en cas d'événement indésirable, l'analyse médico-légale porte sur la chaîne de traitement des alertes : émission par le dispositif, transmission vers la plateforme, visualisation par l'équipe médicale, interprétation et décision. Une alerte non vue, vue tardivement ou mal qualifiée peut engager la responsabilité pour perte de chance, indépendamment de la performance technique de l'implant. La traçabilité des accès, des alertes et des décisions cliniques devient alors un élément probatoire central.

Les infirmiers pourront intervenir dans trois cas précis : dans le cadre de leurs compétences propres, dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels ou dans le cadre de pratiques dites avancées.

Les opérateurs sont également soumis à une qualification obligatoire, consistant en une formation aux modalités de fonctionnement propres à chaque dispositif et en la capacité de distinguer les éléments artéfactuels des alertes ou des signes cliniques véritables. Une recommandation spécifique est apportée pour les infirmiers : le suivi d'un développement professionnel continu en rythmologie et/ou en stimulation cardiaque, ainsi que la justification d'une expérience de 12 mois dans ces pathologies.

DONNÉES DE SANTÉ ET RESPONSABILITÉ NUMÉRIQUE

Les données issues de la télésurveillance sont des données de santé au sens du règlement général sur la protection des données (RGPD). La CNIL les définit comme des « données à caractère personnel concernant la santé », c'est-à-dire des données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne.

L'article L.1111-8 du Code de la santé publique impose, lorsque les données sont hébergées pour le compte de tiers, le recours à un hébergeur de données de santé certifié qui devra disposer de compétences spécifiques ; aucune activité médicale ou ne relevant pas directement de la télésurveillance ne pourra être confiée à ce tiers.

Au regard de leur particularité, les données de santé impliquent des obligations renforcées de sécurité, de confidentialité et de gouvernance. Notamment, une vigilance s'impose quant au traitement de ces données, conduisant, par voie de conséquence, à une traçabilité dans le dossier médical lorsqu'il y a une intervention médicale à la suite d'une alerte, imposant la rédaction d'un compte rendu.

Lorsqu'une équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12 du Code de la santé publique, intervient dans le cadre de la télésurveillance, les échanges entre ses membres concernant les données doivent être effectués de manière à respecter l'exigence de confidentialité, en utilisant par exemple une messagerie sécurisée.

VEILLE JURIDIQUE CARDIO H – MARS 2026

Bureau de rédaction

CERTIFICATION PÉRIODIQUE DES MÉDECINS

Les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue sont soumis à une obligation de certification périodique qui sert à maintenir les compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances.

Un premier décret n°2025-1335 du 26 décembre 2025 réorganise les dispositions réglementaires et précise également les procédures applicables en cas de manquement à cette obligation. Il crée un traitement de données à caractère personnel dans le cadre du téléservice dénommé « Ma Certif Pro Santé », ayant pour finalité de mettre à disposition des professionnels de santé des comptes individuels retraçant les actions qu'ils ont réalisées au titre de leur obligation de certification périodique. Enfin, il détermine les modalités de saisine de la HAS afin de garantir le respect des référentiels de certification à la méthodologie d'élaboration définie par arrêté ministériel.

Un second décret n°2025-1336 du 26 décembre 2025 définit les conditions de la saisine pour avis de la Haute Autorité de santé sur les projets de référentiels de certification périodique par le ministre chargé de la santé.

L'arrêté du 26 février 2026 vient de préciser les référentiels de certification périodique des professions de santé relevant d'un ordre professionnel. Pour les médecins, il s'agit de l'annexe 1 pour les médecins généralistes, et de l'annexe 2 pour les médecins spécialistes.

PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES

L'arrêté du 2 août 2005 fixe la liste des organes pour lesquels le prélèvement sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant est autorisé.

Les organes qui peuvent être prélevés sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant sont le rein, le foie, le poumon, le pancréas et le cœur (ajouté par l'arrêté du 6 mars 2026).

RENFORCEMENT DU CADRE JURIDIQUE ENCADRANT L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ À CARACTÈRE PERSONNEL

Le décret n° 2026-209 du 24 mars 2026 modifie les articles R.1111-9 à R.1111-11 du Code de la santé publique.

Il a pour objet d'encadrer et de renforcer les obligations des hébergeurs en matière de stockage des données de santé à caractère personnel, notamment en ce qui concerne les transferts vers des pays non-parties à l'Espace économique européen (EEE) ou à l'Union européenne.

Il introduit également une exigence spécifique relative à l'information des clients sur les risques que peuvent engendrer le transfert ou l'accès à ces données depuis ces pays.

Ainsi, il crée un nouvel article R.1111-9-1 précisant que « Lorsque l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support numérique est définie aux articles R.1111-8-8 et R.1111-9, le lieu de stockage de ces données, il est mis en œuvre exclusivement sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE). ».

Lorsqu'un transfert est réalisé vers un pays tiers à l'UE ou à l'EEE, la Commission devra émettre une décision constatant qu'ils assurent un niveau de protection adéquate des données.

L'hébergeur est également tenu de rendre publique et de mettre à jour la cartographie des transferts de données de santé à caractère personnel qu'il a réalisés vers des pays tiers (Article R.1111-11 du Code de la santé publique).

Il convient de préciser que ces deux dernières dispositions n'entreront pas en vigueur au lendemain de la publication du décret, contrairement aux autres articles modifiés, mais dans un délai de six mois à compter de cette publication c'est-à-dire le 26 septembre 2026.

MODIFICATION DU RECUEIL ET AU TRAITEMENT DES DONNÉES D'ACTIVITÉ MÉDICALE

L'arrêté du 24 juillet 2013 précise les modalités de recueil et traitement des données d'activité médicale avec une spécificité pour les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en médecine d'urgence qui doivent procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de médecine d'urgence réalisée en leur sein ainsi que dans un objectif de veille et de sécurité sanitaires.

L'agence régionale de santé transmet quotidiennement l'ensemble des informations.

L'arrêté du 27 février 2026 modifie en premier lieu l'article 6 de l'arrêté de 2013 ; si chaque ARS constitue toujours des fichiers, ces derniers sont désormais "des fichiers de données de santé à caractère personnel comportant l'ensemble des informations contenues dans les résumés de passage aux urgences". La modification porte sur la suppression des "fichiers anonymisés" qui deviennent des fichiers de données de santé à caractère personnel.

En outre, le rythme de transmission est également modifié : « Ces fichiers sont constitués de données cumulatives des résumés de passage aux urgences depuis le 1er janvier de l'année civile en cours. Ils sont transmis à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a minima une fois par semaine, et au plus tard dans les 48 heures après la fin de la semaine considérée.

« A des fins d'exhaustivité et de mise en qualité des données, un envoi complémentaire, mensuel, cumulatif depuis le 1er janvier de l'année civile et consolidé par les acteurs, est transmis à l'ATIH au plus tard un mois après la fin du mois civil considéré. »

La transmission par l'ATIH aux services de l'État qui en font la demande vise uniquement les fichiers de données cumulatives des résumés de passage aux urgences (nouvel article 7).

Ces dispositions modificatives entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} mai 2026.



MICHEL DE MONTAIGNE (1533-1592) MÉDECIN À SON CORPS DÉFENDANT

Dr Louis-François GARNIER¹

1. CH de Ploërmel.

C'est après avoir publié à Bordeaux la première édition des Essais¹ que, le 22 juin 1580, Michel de Montaigne (1533-1592) quitte son château de Guyenne pour entreprendre un périple hors du commun qui va durer plus de dix-sept mois, jusqu'à la fin novembre 1581. Ce voyage sera relaté, au jour le jour, d'abord par un secrétaire resté anonyme puis par Montaigne lui-même, en grande partie en italien jusqu'à son retour en France par le Mont-Cenis où il reprend la langue française. Cette chronique n'avait pas vocation à être publiée et c'est fortuitement que, près de deux siècles plus tard, fut retrouvé le manuscrit publié en 1774, sous le titre : *Journal de Voyage de Michel de Montaigne en Italie, par la Suisse et l'Allemagne en 1580 et 1581*². Cette chronique est en grande partie un « journal de santé »³ dès lors que Montaigne en profite pour soigner sa gravelle, cette maladie de la pierre dont il est sévèrement affligé depuis l'été 1578, et il faut admettre qu'« aucun détail ne nous est épargné »³⁻⁴. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dès la découverte du manuscrit, la lecture en était apparue rébarbative et il s'en fallut de peu qu'il soit expurgé des détails les plus triviaux en s'en « tenant honnêtement aux passages autorisés par le bon goût »³. Fort heureusement, nous devons le texte intégral à un érudit parisien « moins embarrassé de bien-séances »³. Cependant, il en résulte que le texte peut apparaître tout aussi fastidieux au lecteur moderne, faisant dire à un éminent philosophe contemporain que « ce Journal de voyage mérite assurément d'être parcouru. Lu en entier ? Je n'y suis jamais parvenu, ou plutôt n'ai jamais essayé »⁵. Ainsi, peut-être faut-il être soi-même coliqueux ou plus volontiers médecin pour lire in extenso cette chronique qui ne se résume pas, loin s'en faut, à des considérations médicales. En définitive, la description de « la pire de toutes les maladies, la plus soudaine, la plus douloureuse, la plus mortelle et la plus irrémédiable »¹ permet à Montaigne, grâce à la subtile auto-analyse qui en résulte, d'acquérir une certaine expertise empirique à une époque où les connaissances médicales sont très succinctes. Ceci fera d'ailleurs dire à Montaigne : « Pour Dieu, que la médecine me fasse un jour quelque bon et perceptible secours, voire comme je crierai de bonne foi (en citant Horace)¹⁰ : - Enfin je tends les mains à une science utile ». Nous verrons que, comble de l'ironie, il lui arriva même d'être sollicité selon une démarche suffisamment farfelue pour qu'il s'en amuse.

À l'époque de Montaigne, la Médecine reste largement assujettie à la théorie des humeurs d'Hippocrate (v.460-v.377 av. J.-C.) et peine à s'extraire de la gangue magique qui prévalait depuis la nuit des temps, et ce malgré la démarche originale de Galien (129-216) qui s'appuyait sur « ses deux jambes », à savoir la raison et l'expérience⁶. Depuis le début du Moyen-Âge, c'est le barbier-chirurgien,

et non pas le médecin, qui pratique les saignées, palpe, sonde, nettoie et suture les plaies. C'est aussi lui qui a pu se spécialiser dans la pratique, à vif, de la dangereuse opération de la taille destinée à extraire des calculs vésicaux en incisant l'urètre périnéal. À l'inverse de ce kheirogorgos qui travaille de ses mains, de ce chirurgus qui se salit les mains, le docte médecin porte des gants, dicte la conduite à tenir au prosecteur mais se garde bien de toucher les cadavres lors des autopsies et il faudra attendre André Vésale (1414-1464) pour s'impliquer directement dans une démarche pédagogique nouvelle. Il existe une forte dualité entre le médecin qui parle latin et le chirurgien qui, le plus souvent, ignore cette langue savante comme c'était le cas du plus prestigieux d'entre eux, à savoir Ambroise Paré (v.1510-1590) qui réfute les prétendues vertus de la mumie issue non pas tant des substances ayant servi à embaumer de véritables momies égyptiennes que provenant de la putréfaction de cadavres locaux⁶. Pour Montaigne, « le choix même de la plupart de leurs drogues est aucunement mystérieux et divin (...) et telles autres singeries qui ont plus le visage d'un enchantement magique que de science solide »¹. Il n'en reste pas moins que l'influence divine restera longtemps déterminante, même pour Paré qui disait : « Je le pensai, Dieu le guérit ». Ainsi, au temps de Montaigne, « les médecins ressemblent à ceux de Molière, qu'ils précèdent d'un petit siècle, bien plus qu'aux nôtres ! »⁵, autrement dit « Ignorantus, Ignoranta, Ignorantum » (Le Malade imaginaire Acte III, Scène 10). Lorsque Argon, dont le rêve est de devenir médecin, se présente à l'examen, les maîtres de l'Université l'interrogent, à tour de rôle, et il convient de répondre bien entendu en latin. Par exemple, comment doit-on soigner l'hydropisie ? Le candidat répond « *Clysterium donare, postea saignare, ensuite purgare* », et, l'examinateur rétorquant « *Bene, bene* », le candidat est brillamment reçu Docteur en Médecine... Ainsi, il n'avait pas échappé à Montaigne que la Médecine de son temps était balbutiante et, bien qu'il ait été sévèrement atteint de la gravelle, il n'en resta pas moins un « patient récalcitrant et sarcastique »⁷ en disant : « la vaine chose que c'est que la médecine ». Cette remarque date du 11 mai 1581 aux Bains della Villa, près de Lucques en Toscane où Montaigne va séjourner assez longuement à deux reprises, avant d'en repartir définitivement le 12 septembre 1581, quelques jours après avoir appris son élection en tant que maire de Bordeaux. Ce séjour en cet endroit de nos jours dénommé Bagni di Lucca, s'inscrit dans le fait¹⁰ que Montaigne nous dira avoir « vu, par occasion de mes voyages, quasi tous les bains fameux de la Chrétienté » en s'arrêtant « aux eaux où il y avait le plus d'aménité de lieu, commodité de logis, de vivres et de compagnies » et en disant cela, Montaigne ne cèle pas le fait qu'il tient à un certain confort et à être en bonne compagnie.

L'analyse phénoménologique⁷ de la douleur, cette « *avant-coureuse coutumière de la mort* » est une chose mais la réalité physique en est une autre. Tout d'abord, la nature même de la gravelle (terme dérivé de grève au sens ancien de gravier ou sable) a été largement méconnue par les exégètes de Montaigne. Au-delà de la fréquente et regrettable confusion, y compris chez Stefan Zweig⁸, entre calculs urinaires et biliaires, nombre sont ceux, même parmi les médecins, qui méconnaissent la nature même de la gravelle qui est une entité nosologique particulière⁴ distincte de la lithiase rénale dite pyélo-calicielle, de nature volontiers migratrice avec les coliques néphrétiques qui s'y rapportent, et même si l'une et l'autre peuvent coexister. Les coliques néphrétiques sont en règle d'expression précoce alors que la gravelle est une affection plus tardive, concernant l'homme d'un certain âge chez lequel l'hypertrophie prostatique génère une stase intra-vésicale pouvant favoriser la formation de concrétions. Ceci explique que Montaigne ait relaté que son père, qui en était affligé, « *ne s'aperçut de son mal que le soixante-septième an de son âge & avant cela il n'en avait eu aucune menace ou ressentiment, aux reins, aux côtés ni ailleurs* ». Michel de Montaigne lui-même ne ressentit sa première crise qu'à l'âge de quarante-cinq ans, très précisément le 20 juillet 1578. Parallèlement, Montaigne pense qu'il est redevable à son père de cette affection en disant : « *il est à croire que je dois à mon père cette qualité pierreuse* » mais la médecine moderne ne peut affirmer le caractère héréditaire de la maladie qui, en outre, n'apparaît pas significativement corrélée à la goutte malgré le fait qu'Erasmus (1466 ? -1536) écrivit à Thomas More (1478-1535) : « *Tu as la gravelle, moi j'ai la goutte, nous avons épousé les deux sœurs* ». D'ailleurs, de la lecture attentive de son voyage en Italie, il n'en ressort pas que Montaigne ait pu être très invalidé par des crises de goutte, à l'inverse, par exemple, de Pierre I^{er} de Médicis surnommé le Goutteux, il Gottoso, (1416 -1469). Tout au plus peut-on lire qu'à Pise le samedi 8 juillet 1581, Montaigne achète « *une canne d'Inde pour m'appuyer en marchant* », et le 31 octobre 1581 il relate « *au genou droit, une grande douleur qui me tenoit depuis quelques jours, et allant toujours en augmentant* ». Cependant ce type de fluxion articulaire peut tout à fait être de nature arthrosique d'autant qu'au préalable il lui avait fallu marcher en terrain escarpé et passer « *plusieurs rivières et ruisseaux, tantôt en bateau, tantôt à pied* ». Lorsque Montaigne entreprend son long voyage, voilà donc environ deux ans qu'il souffre régulièrement et par intermittence, les intervalles libres étant très variables mais n'excédant pas quelques semaines, de douleurs à type de « *colicque deux ou trois heures, bien serré* » comme au sud d'Innsbruck, ou d'émissions de « *pierres et force sable* » pouvant inclure « *une grosse pierre, dure, longue & unie qui arresta cinq ou six heures au passage de la verge* ». A ces symptômes purement urinaires s'associent fréquemment des troubles digestifs avec « *beaucoup de vents et de borborigmes* » pouvant aller jusqu'à un iléus réflexe avec un blocage transitoire du transit allant jusqu'à un intense « *resserrement* ». Au-delà des envies impérieuses et autres pollakiuries invalidantes, la menace omniprésente est celle de la redoutable rétention d'urine. C'est ainsi qu'il arriva à Montaigne de rester toute une journée « *sans uriner, quoique j'en eusse grande envie* », et même que « *l'opiniâtreté de mes pierres, spécialement en la verge, m'a parfois jeté en longues suppressions d'urine, de*

trois, de quatre jours »¹. C'est dire que Montaigne devait redouter, à juste titre, cette perspective en n'ayant comme alternative qu'une chirurgie délabrante et terriblement risquée, ou la mort. De ce point de vue, il ne manquera pas de rappeler dans les Essais¹ cette phrase de Pline l'Ancien (23-79 apr. J.-C.) disant que parmi « *les maladies pour lesquelles éviter on ait droit de se tuer, la plus âpre de toutes, c'est la pierre à la vessie quand l'urine en est retenue* ». C'est dans ce contexte que, de façon empirique, Montaigne avait constaté que la pratique du cheval pouvait lui être salutaire en mobilisant, d'une façon ou d'une autre, les calculs urinaires. C'est ainsi qu'il dira que « *c'est l'assiette en laquelle je me trouve le mieux, et sain et malade* ». Plus tard, Montaigne dira qu'ayant changé de « *chevaux de poste en poste ; je fis les deux dernières au galop pour essayer la force de mes reins, je n'en fus pas fatigué ; mon urine étoit dans son état naturel* ».

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que Montaigne ait souhaité mettre à profit son voyage pour rechercher des traitements, en particulier dans le cadre du thermalisme hérité des Romains, en estimant « *le baigner salubre* »¹⁰ qu'il s'agisse de la ville de Spa où il ne va pas mais d'où des curistes « *en estoient devenus guère plus sains* », de Plombières dans les Vosges où il séjourne du 18 au 27 septembre 1580 et surtout des Bains della Villa en Toscane où il va rester beaucoup plus longtemps à la faveur de deux séjours distincts, au début et à la fin de l'été 1581. Montaigne déplore qu'à son époque, on ait perdu « *cette coutume qui était généralement observée au temps passé quasi en toutes les nations, et est encore en plusieurs, de se laver le corps tous les jours* »¹⁰. Dans le cadre des stations thermales, il s'agit surtout de se baigner car, comme de nos jours, « *le bain constitue la pratique centrale du thermalisme* »⁹ mais certains « *se font communément ventouser et scarifier* » et on peut aussi prendre des douches. C'est le cas à Plombières avec de l'eau chaude qui « *sourd par le dessous à plusieurs surgeons & y fait on par le dessus escouler de l'eau froide pour modérer le being* » comme aux Bains della Villa avec « *des tuïeaux par lesquels on reçoit l'eau chaude en diverses parties du cors & notamment la teste* ». Cette pratique de la douche thermale, servant à chasser les humeurs du cerveau, « *apparaît à la fin du XIV^e siècle dans quelques stations thermales toscanes* »⁹. Il faut reconnaître le caractère relativement tardif mais innovant du thermalisme toscan puisque « *l'usage des eaux thermales comme boisson ne s'observa en Toscane qu'au cours du XV^e siècle avec l'affirmation d'un lieu particulier : le Bagno della Villa* »⁹. Montaigne s'en satisfait en disant : « *quant à leur boisson, la fortune a fait premièrement qu'elle ne soit aucunement ennemie de mon goût ; secondairement, elle est naturelle et simple, qui au moins n'est pas dangereuse, si elle est vaine* »¹⁰. Si Montaigne estime que, dans ces conditions, boire de l'eau n'apporte « *aucun effet extraordinaire et miraculeux* », il n'en reste pas moins qu'il n'a « *vu guère de personnes que ces eaux aient empirées* », à condition de ne pas y aller « *par trop abattu de forces, ce que je déconseille de faire* »¹⁰. Cependant, ces pratiques sont codifiées, prescrites ex cathedra par des médecins souvent imbus d'eux-mêmes, saisissant surtout l'occasion d'en tirer de substantiels honoraires de telle sorte que « *les Médecins étoient étonnés de voir la plupart de nos François boire le matin et puis se baigner le même jour* ». Il est même fort probable qu'ils voyaient d'un très mauvais

œil ces curistes indisciplinés en faire à leur guise en contrevenant ainsi à leurs prescriptions magistrales et ceci devait être d'autant plus vrai que les curistes étaient des personnes influentes comme pouvait l'être Montaigne. C'est aux Bains della Villa, qu'un « *vieillard fort âgé* » assura à Montaigne que « *ces gens-là* » (les apothicaires et les médecins) agissaient plus pour leur profit que pour le bien des malades en répandant « *cette opinion que les bains ne faisoient aucun effet à ceux qui ne prenoient pas quelques médecine* » de telle sorte « *qu'à ces bains il mourroit plus de monde qu'il n'en guérissoit* ». Voilà Montaigne prévenu, ce qui ne l'empêcha pas d'aller « *voir quelques autres bains* » comme non loin de Viterbe où, bien que « *ces eaux ont une grande réputation ; elles sont transportées par charge dans toute l'Italie* », il ne tira « *pas un bon augure de la lecture d'un écrit qu'on voit sur le mur, et qui contient les invectives d'un malade contre les Médecins qui l'avoient envoyé à ces eaux, dont il se trouvoit beaucoup plus mal qu'auparavant* ».

Dans le cadre de son voyage en Italie, par la Suisse et l'Allemagne, en 1580 et 1581, et à la faveur de la fréquentation des sources thermales, Montaigne est confronté à tous les traitements « *miracles* » qu'il peut glaner au hasard des rencontres. Il est très circonspect vis-à-vis des divers remèdes en disant avoir « *quelques autres apparences qui me font étrangement défier de toute cette marchandise* »¹⁰. La raison en est qu'il a pu constater la capacité à se guérir lui-même en disant avoir « *laissé vieillir et mourir en moi de mort naturelle des rhumes, défluxions goutteuses, relaxation (relâchement intestinal), battement de cœur, migraines et autres accidents, que j'ai perdus quand je m'étais à demi formé à les nourrir. On les conjure mieux par courtoisie que par braverie. Il faut souffrir doucement les lois de notre condition. Nous sommes pour vieillir, pour affaiblir, pour être malades, en dépit de toute médecine* »¹⁰. C'est à Rome, qu'il prit « *de la térébenthine de Venise* » sans en sentir d' « *autre effect que l'odeur de l'urine à la violette de Mars* ». C'est aussi à Rome qu'un vieux patriarche d'Antioche lui fit présent d'une « *certene mixtion pour le secours de ma gravelle* » en lui certifiant qu'il serait tout à fait guéri de son mal, ce qui ne fut pas le cas comme Montaigne ne tarda pas à s'en apercevoir. Ce sont aussi ces petits récipients que Montaigne achète à Pise et qui, constitués en bois de tamaris ou d'une noix de coco, sont réputés transmettre une action salutaire au liquide qu'ils contiennent avec « *un même effet pour la ratte et la gravelle* ». Il y a aussi les techniques que les coliqueux se transmettent de bouche à oreille comme celle « *pour faciliter la sortie de ces sortes de pierres, on fait bien d'arrêter le conduit de l'urine & de serrer un peu la verge, ce qui lui donne ensuite un peu de ressort pour l'expulser* ». En sus des affres de la gravelle, il y a le cortège des effets collatéraux des traitements drastiques que s'impose le malade. C'est ainsi que Montaigne, tourmenté par une « *grand dolur de vandre à cause de sa vantuosité* », en vient à déplorer l'effet laxatif des eaux thermales au point de regretter que « *l'eau trouvant nature acheminée par le derriere & provoquée, suivit ce trein-là ; là où je l'eusse à-cause de mes reins, plus désirée par le devant* ». Il peut s'y rapporter ce qu'il convient d'appeler de nos jours un malaise vaso-vagal avec « *une sueur extraordinaire avec un peu de foiblesse (...)* & à la sortie du bain, il me prit je ne sais quel étourdissement », au même titre que les troubles digestifs et la diurèse forcée avec la déplétion

potassique qui s'y rapporte, ont contribué à la survenue d'« *une crampe au gras de la jambe droite* » qui lui dura une demi-heure. En outre, Montaigne est sujet à des maux de tête ou à des auras migraineuses telles que ces « *éblouissements dans les yeux quand je m'appliquois ou à lire ou à regarder fixement quelqu'objet lumineux. Ce qui m'inquietoit, c'étoit de voir que cette incommodité continuoit depuis le jour que la migraine me prit près de Florence. Je sentois une pesanteur de tête sur le front, sans douleur, et mes yeux se couvroient de certains nuages* ». C'est lors de son second séjour aux Bains della Villa que Montaigne présente un épisode douloureux d'une rare intensité avec une imbrication de symptômes de nature différente qu'il va analyser avec acuité même s'il lui est difficile de faire la part des choses. Le mardi 15 août 1581 s'expriment des urines « *tout-à-fait sanguinolentes* » et « *je ne sai quel embarras dans les reins* » puis cinq jours plus tard « *les vents me causerent pendant tout le jour de grandes incommodités au bas ventre* ». Parallèlement s'exprime un mal de tête avec en outre, le 21 août, « *de vives douleurs de colique ; et pour me tenir plus alerte, il s'y joignit, à la joue gauche, un mal de dents très-aigu, que je n'avois point encore éprouvé* ». C'est alors que « *comme la colique continuoit de me déchirer (...)* je fus forcé de demander un lavement (qui) me fut donné sur le soir, très-bien préparé avec de l'huile, de la camomille et de l'anis, le tout ordonné seulement par l'Apothicaire ». C'est le 25 au matin que Montaigne finit par expulser un calcul qui restera dans les annales car « *elle étoit de la grandeur et longueur d'une petite pomme ou noix de pin, mais grosse d'un côté comme une fève, et elle avoit exactement la forme du membre masculin. Ce fut un grand bonheur pour moi d'avoir pu la faire sortir* », ce qu'on peut comprendre aisément. Alors qu'il est soulagé de ce point de vue, il continue de souffrir « *souvent tant le jour que la nuit de la joue gauche* » et le 27 août il est « *cruellement tourmenté d'un mal de dents très-vif, tellement que j'envoyai chercher le médecin. Le Docteur ayant tout examiné, vu principalement que la douleur s'étoit apaisée en sa présence, jugea que cette espece de fluxion n'avoit pas de corps ou n'en avoit que fort peu ; mais que c'étoient des vents mêlés de quelque humeur qui montoient de l'estomac à la tête, et me causoient ce mal-aise* ». Il s'agit d'une consultation de nature hippocratique avec cette « *humeur* » qui monte de l'estomac vers la tête alors que l'explication la plus rationnelle est une rage de dents. On s'attend donc à une réaction dubitative de la part de Montaigne mais ceci ne fut pas le cas puisqu'il nous dit que cette explication lui est apparue « *d'autant plus vraisemblable, que j'avois éprouvé de pareilles douleurs en d'autres parties de mon corps* ». C'est dans la nuit et au matin du lundi 4 septembre que Montaigne nous dit avoir été « *cruellement tourmenté de la douleur des dents ; je soupçonnai dès-lors qu'elle provenoit de quelque dent gâtée. Je mâchois le matin du mastic sans éprouver aucun soulagement* ». Après une brève accalmie, la douleur reprend « *avec tant de violence et aux deux joues, que je ne pouvois me tenir sur les pieds ; la force du mal me donnoit des envies de vomir. Tantôt j'étois tout en sueur, et tantôt je frissonnois* », symptomatologie très évocatrice d'un abcès dentaire redevable à cette époque d'un arracheur de dents mais nous n'en saurons pas plus. En définitive, Montaigne nous dit avoir vécu « *la plus cruelle nuit que je me souviens d'avoir passée de ma vie ; c'étoit une vraie rage et une fureur* ». C'est alors que Montaigne envoie « *chercher la nuit même un*

Apothicaire qui me donna de l'eau-de-vie, pour tenir du côté où je souffrois le plus, ce qui me soulagea beaucoup. Dès l'instant que je l'eus dans la bouche, toute la douleur cessa ; mais aussitôt que l'eau-de-vie étoit recrachée, le mal reprenoit » et comme Montaigne finit par s'assoupir, il relate le fait qu'« *en dormant, il m'en tomboit toujours dans le gosier quelques gouttes, qui m'obligeoient de la rejeter sur le champ. La douleur me quitta vers le point du jour* ». Nous avons vu que Montaigne s'efforçait d'analyser au mieux les symptômes qu'il pouvait ressentir en établissant, autant que possible, des relations de causalité que même les médecins de son temps étaient souvent incapables d'établir, faute de connaissances médicales suffisantes. C'est grâce à cette forme d'introspection qu'il a cherché à comprendre les grands principes de la maladie de la pierre sans avoir eu affaire aux soins aléatoires du chirurgien. Il n'est d'ailleurs pas exclu que le recours au thermalisme lui ait permis d'éviter la formation de volumineux calculs obstructifs qui auraient alors été redevables de l'opération de la taille qu'il devait redouter au premier chef d'autant qu'à Bâle son secrétaire relate qu'ils virent « *tailler un petit enfant d'un pauvre homme pour la rupture (hernie étranglée)*³ qui fut traité bien rudement par le chirurgien ».

C'est lors du premier séjour de Montaigne aux Bains della Villa qu'eut lieu une anecdote amusante, du moins pour Montaigne qui prend soin de dire en préambule que « *par le peu de communication et de familiarité que j'avois avec ces gens-là, je n'avois gueres bien soutenu la réputation d'esprit et d'habileté qu'on m'a faite* ». C'est ainsi que « *quelques Médecins ayant à faire une consultation importante pour un jeune seigneur, M. Paul de Cesis (neveu du Cardinal de ce nom), qui étoit à ces bains, ils vinrent me prier, de sa part, de vouloir bien entendre leurs avis et leur délibération, parce qu'il étoit résolu de s'en tenir entièrement à ma décision. J'en riois alors en moi-même ; mais il m'est arrivé plus d'une fois pareille chose ici et à Rome* ». Ainsi, des médecins s'occupent du neveu d'un prélat important, le cardinal Pier Donato Cesi (1520-1586), légat de Bologne³, mais aussi amateur d'art éclairé qui se constitua une grande collection d'antiquités et une importante bibliothèque dans son palais de Rome. Pour ces médecins, il ne s'agit pas de déplaire à leur patient au risque de perdre leur riche clientèle de Lucques ou de Florence, voire de Rome. Ils vont devoir « *manger leur chapeau* » quand ce jeune prince farfelu leur demande d'aller prendre l'avis de Montaigne qui non seulement n'est pas italien mais, surtout, il n'est aucunement médecin. On peut imaginer ces médecins imbus d'eux-mêmes, profondément humiliés et courbant l'échine, se présenter devant Montaigne.

Ainsi, lors de ce long voyage en Italie par la Suisse et l'Allemagne, Michel de Montaigne est un homme dont la santé est précaire, migraineux à l'occasion, parfois arthritique voire sujet à une épouvantable rage de dents. Il est surtout sévèrement affligé par la maladie de la pierre mettant au-dessus de lui l'épée de Damoclès qu'est la rétention urinaire et la redoutable opération à vif qui pouvait s'y rapporter. Ceci l'incite à se soigner dans les stations thermales

en sollicitant parfois les médecins car, dit-il, « *ce n'est pas à eux que j'en veux, c'est à leur art* ». Il est vrai que la Médecine est encore balbutiante et le plus souvent incapable de faire face à la maladie, de telle sorte que Montaigne sera confronté à des paroxysmes douloureux d'une rare intensité et quelques principes thérapeutiques hérités de la tradition hippocratique apparaîtront alors bien dérisoires. Ce grand humaniste s'efforça de supporter la douleur avec stoïcisme et il lui arriva même d'être sollicité pour donner son avis quant à des prescriptions médicales, comble de l'ironie pour celui qui n'avait pas la médecine en grande estime. Une dizaine d'année plus tard, Montaigne mourra dans son château, non pas d'une complication urinaire mais d'une esquinancie, c'est-à-dire un phlegmon pharyngé à point de départ amygdalien ou lié à une lithiase salivaire obstructive. Se faisant, il n'a pas choisi sa mort, lui qui disait vouloir « *allonger les offices de la vie tant qu'on peut ; et que la mort me trouve plantant mes choux* » et « *si toutefois, j'avois à choisir en quel lieu mourir, ce serait, ce crois-je, plutôt à cheval que dans un lit, hors de ma maison et éloigné des miens. Il y a plus de crève-cœur que de consolation à prendre congé de ses amis* »¹⁰. Ceci ne fut pas le cas pour celui qui disait : « *Si j'avois à revivre, je revivrais comme j'ai vécu ; ni je ne plains le passé, ni je ne crains l'avenir* » et « *les maux que j'ai (...) me font plus ainsi plus favorablement souvenir de la longue félicité de ma vie passée* »¹⁰.

REFERENCES

- 1) Montaigne. Les Essais. Edition établie et présentée par Claude Pingnaud. arléa 1992
- 2) Journal de Voyage de Michel de Montaigne en Italie par la Suisse et l'Allemagne en 1580 et 1581. Postface de Jean Giono. Ed. Lucien Mazenod 1962
- 3) Journal de Voyage de Michel de Montaigne. Edition présentée, établie et annotée par François Rigolot. Puf 1992
- 4) Garnier L-F. Le Voyage de Michel de Montaigne (1533-1592) et les affres de la gravelle. SFHM Histoire des Sciences médicales. Tome IV – 2022 : 109-123
- 5) Compte-Sponville A. Dictionnaire amoureux de Montaigne Plon 2020
- 6) Garnier L-F La blessure de Patrocle : de l'art du bandage au pansement ouaté. SFHM Histoire des Sciences médicales. Tome IV – 2022 : 79-88
- 7) Dictionnaire Montaigne. Sous la direction de Philippe Desan Classiques Garnier 2018
- 8) Zweig S. Montaigne, Le Livre de Poche, 2019 (édition présentée par O. Philipponat)
- 9) Boisseuil D. La cure thermale dans l'Italie de la fin du Moyen-Âge et du début du XVIe siècle in Le thermalisme : Approches historiques et archéologiques d'un phénomène culturel et médical, Paris, CNRS 2015 <http://books.openedition.org>
- 10) Albu Ph. Une interview de Montaigne sur la Médecine. Librairie Klincksieck - Paris 1992

REMERCIEMENTS

Au Docteur Philippe ALBOU président de la Société Française de l'Histoire de la Médecine (SFHM) pour son fascicule intitulé : « Une interview de Montaigne sur la Médecine » (1992) présenté par l'auteur comme « une petite anthologie des écrits de Montaigne sur la Médecine ».



Les bains de Plombières (Balneum Plummers), gravure de 1553 représentant le Grand Bain d'après Giunta Tommaso (1494-1566)



Les bains de Plombières (détail)



Vue de Bagni di Abano (Terme) (gravure de 1761) où s'arrêta Montaigne en 1580, dans la province de Padoue en Vénétie



Vue de Bagni di Lucca - della Villa - Gravure du XIX^e siècle



Portrait présumé de Montaigne après 1577 (auteur anonyme) Musée Condé



Liporosa®

Rosuvastatine + Ezétimibe

1 gélule par jour

2 dosages

10 mg/10 mg et 20 mg/10 mg

Prévention des événements cardiovasculaires

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

Liste I. Non agréé collectivités. Non remboursé par la Sécurité Sociale.

Hypercholestérolémie primaire

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

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



Liporosa®

Pour une information complète, consultez les Résumés des Caractéristiques des Produits et les avis de la Commission de la Transparence sur la base de données publique du médicament, en flashant ces QR Codes ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.

Junaliza®

Atorvastatine + Ezétimibe

1 gélule par jour

3 dosages

10 mg/10 mg ; 20 mg/10 mg et 40 mg/10mg

JUNALIZA®, en complément d'un régime alimentaire, est indiqué en traitement de substitution chez les adultes ayant une hypercholestérolémie primaire (hétérozygote familiale et non-familiale) ou une hyperlipidémie combinée (mixte), et adéquatement contrôlés avec les substances actives individuelles administrées de façon concomitante à la même posologie que dans l'association à dose fixe.

Médicament de deuxième intention*.

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

*HAS. Avis de la Commission de la Transparence de Junaliza - 19 juillet 2023 et 10 avril 2024.



Junaliza®

1^{ER} iSGLT2 DISPONIBLE EN FRANCE*

Un, deux, trois Forxiga®


forxiga
(dapagliflozine) 10mg

Des victoires qui comptent.

TRAITER L'INSUFFISANCE CARDIAQUE, quelle que soit la fraction d'éjection.



Indications

FORXIGA® est indiqué chez les adultes pour le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique¹.

FORXIGA® doit être associé au traitement de fond standard de l'insuffisance cardiaque.

Remboursement

Insuffisance cardiaque à FEVG ≤ 40 % : Agréé aux collectivités - Remboursement Sécurité Sociale 65 % pour l'indication « en traitement de recours, en ajout au traitement standard optimisé chez les patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection réduite (FEVG ≤ 40%) qui restent symptomatiques (classe NYHA II à IV) malgré ce traitement ».

Insuffisance cardiaque à FEVG > 40 % : Agréé aux collectivités - Remboursement Sécurité Sociale 65% pour l'indication « traitement de l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique à fraction d'éjection ventriculaire gauche > 40% chez les patients adultes. »

Liste I.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament directement sur le site internet :

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
ou en scannant ce Qr code :



iSGLT2 : Inhibiteur de co-transporteur de sodium-glucose de type 2 ; FE_r : fraction d'éjection réduite ; FE_{mr} : fraction d'éjection modérément réduite ; FE_p : fraction d'éjection préservée ; FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche ; NYHA : New York Heart Association.

Place dans la stratégie thérapeutique

Place dans la stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique à FEVG réduite ≤ 40 %².

FORXIGA® (dapagliflozine) est un traitement de recours en ajout d'un traitement standard optimisé chez les patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection réduite (FEVG ≤ 40 %) qui restent symptomatiques (classe NYHA II à IV) malgré ce traitement. L'optimisation du traitement préalable à la prescription de FORXIGA® implique d'avoir utilisé les médicaments selon la stratégie recommandée et à dose maximale tolérée, dont ENTRESTO® (sacubitril/valsartan) en éventuel remplacement d'un IEC ou ARA II, si leur association est compatible avec le profil clinique du patient. Dans les autres situations cliniques de l'insuffisance cardiaque, faute de donnée, FORXIGA® n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique.

Place dans la stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque chronique symptomatique à FEVG > 40 %³.

FORXIGA® est un traitement de première intention en cas d'insuffisance cardiaque chronique symptomatique avec FEVG > 40%.

En lien avec les signaux de tolérance de type acidocétose diabétique, infections génitales, amputation, gangrène de Fournier, qui ont été observés avec les gliflozines (dont la dapagliflozine) dans le traitement du diabète de type 2, il est rappelé que l'instauration d'un traitement par FORXIGA® nécessite un examen approfondi du patient afin de s'assurer qu'il ne présente pas de risque de survenue de ces événements. Une information complète et précise du patient sur les symptômes liés à chacun de ces événements est nécessaire, tout particulièrement lorsque l'insuffisance cardiaque est associée à un diabète de type 2.

* Date de commercialisation 06/04/2020.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit FORXIGA®.

2. Haute Autorité de Santé (HAS). Avis de la Commission de la Transparence du produit FORXIGA® du 24 mars 2021.

3. Haute Autorité de Santé (HAS). Avis de la Commission de la Transparence du produit FORXIGA® du 4 octobre 2023.

