

Des cardiologues au service des cardiologues et de leurs patients

Valeurs

“La fonction des valeurs est, précisément, d’être en crise, en péril ; d’être sans cesse menacées, érodées, combattues, foulées aux pieds. Si elles étaient au-dessus de toute discussion, si personne ne songeait à les mettre en question, elles ne seraient justement plus des valeurs”.

~ Carlo Fruttero et Franco Lucentini

→ F. DIÉVART
DUNKERQUE.

Composées pour le numéro 400 de votre revue *Réalités Cardologiques*, ces pages ont exposé des réalités autres que purement médicales concernant l’exercice de la cardiologie. Leur objectif était de présenter ce que des cardiologues font pour les cardiologues et la médecine. J’espère qu’elles y ont répondu.

En guise de conclusion, je souhaite ajouter quelques réflexions personnelles, car je pense que ce qui a été abordé dans ce dossier est aussi essentiel à la pratique cardiologique que l’enseignement scientifique universitaire nécessaire à l’obtention d’un diplôme.

Afin d’aborder ces réflexions, quelques évolutions de la médecine et notamment de la médecine spécialisée sont rappelées dans un encadré. Au vu de ces mutations, on comprend que la défense des intérêts des praticiens, leur organisation et leur représentation passent par la création et le développement d’instances diverses et adaptées (**encadré I**).

■ Les instances

Dans ce dossier, cinq des instances de la cardiologie ont été présentées par leurs présidents en exercice. Ces instances ne sont pas les seules instances de la car-

diologie. Il serait possible d’en citer une myriade. Certaines étant spécifiquement cardiologiques. D’autres, non. Ces dernières pouvant aussi représenter, promouvoir ou réglementer la cardiologie parmi plusieurs spécialités.

Ainsi, sachant qu’il est impossible d’être exhaustif, il est par exemple possible de citer parmi les instances de la cardiologie, le Collège national des enseignants de cardiologie (CNEC). Son rôle, primordial, consiste à coordonner l’enseignement et la formation de la cardiologie et des maladies vasculaires en France. Créée en 1964, la Fédération française de cardiologie (FFC) assume quatre missions principales : l’information des publics, le soutien à la recherche, l’accompagnement des personnes et la sensibilisation aux gestes qui sauvent...

Il est aussi possible de mentionner de très nombreuses instances supracardiologiques. Par exemple, la Fédération des spécialités médicales (FSM), le Conseil national de l’Ordre des médecins (CNOM), la Haute autorité de santé (HAS), la Direction générale de l’offre de soins (DGOS), les agences régionales de santé (ARS)... N’oublions pas, dans d’autres registres, l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS)... Enfin, sur le front de la défense des intérêts des praticiens, œuvrent divers syndicats pluriprofessionnels : Avenir Spé (l’Union syndicale Avenir Spé-le Bloc), la CSMF, le SML, etc.

■ Pourquoi des instances ?

La création de chaque instance a répondu et répond encore à un besoin. Chacune comble un vide qui a posé problème à un moment donné.

La création et l’évolution de chacune de ces instances ont été tout autant dues à la volonté de leurs fondateurs et de leurs dirigeants successifs, qu’aux besoins comblés et qu’à des modèles économiques, institutionnels et réglementaires ayant nécessité leur existence. Ces modèles n’ont par ailleurs pas cessé d’évoluer. En fonction de ces critères, des instances ont eu d’emblée et gardent une place majeure, d’autres sont apparues puis ont disparu et plusieurs se posent la question de leur pérennité ou de leur représentativité voire de leur place dans l’articulation globale des diverses instances (**encadré II**).

■ Pourquoi autant d’instances ?

C’est une antienne, on se plaint constamment du poids administratif et bureaucratique de nos sociétés. On souhaite que tout soit plus simple, voire qu’un grand-chef puisse enfin “dégraisser le mammoth”. Il serait donc louable de n’avoir que peu d’interlocuteurs et des procédures simplifiées.

Mais regardons les choses en face... Imaginons une instance unique de la cardiologie. Elle devrait, entre autres,

Évolution de la densité des médecins

D'abord, quelques chiffres :

- en 1901, la France comptait 40,7 millions d'habitants et dénombrait 4 000 "spécialistes médicaux ou reconnus comme tels", pour 17 108 médecins soit 1 médecin pour 2 400 habitants, 1 spécialiste pour 10 000 habitants, 23 % des médecins étant qualifiés de spécialistes bien que cette spécificité n'ait pas été officiellement reconnue (cf. infra);
- en 1957, il y avait en France, 44 millions d'habitants et 15 642 spécialistes médicaux pour un total de 27 904 médecins soit 1 médecin pour 1 500 habitants, 1 spécialiste pour 2 800 habitants, 56 % des médecins étant spécialistes;
- en 2025, il y a en France, 68,4 millions d'habitants et 124 000 spécialistes médicaux pour 226 000 médecins soit 1 médecin pour 300 habitants et 1 spécialiste pour 550 habitants, 55 % des médecins étant spécialistes hors médecine générale.

Exprimés autrement, tous ces chiffres correspondent à une densité de médecins d'un peu moins de 100 pour 100 000 habitants en 1957 à un peu plus de 300 pour 100 000 habitants en 2024.

Évolution de la médecine spécialisée

Au fil du temps, il y a eu une évolution de la médecine spécialisée, concernant sa reconnaissance et sa pratique.

La spécialisation des médecins n'a été codifiée précisément que par un arrêté du 6 octobre 1949 établissant la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance.

Le médecin spécialiste a ainsi été distingué du médecin compétent. Jusqu'alors, un médecin se spécialisait en orientant sa pratique vers une branche spécifique. Sa qualité de spécialiste se fondait sur son expérience et sa notoriété. On pourrait donc dire que les médecins s'installaient tous comme généralistes. Certains se spécialisant par la suite.

L'essor des installations de spécialistes s'est affirmé au cours d'une petite décennie, durant les années 1950. Beaucoup de médecins en activité se sont inscrits aux nouveaux certificats de spécialité pour acquérir leurs titres de spécialistes. La génération suivante intégrera le projet de spécialisation dès le cours des études médicales et l'installation en cabinet de spécialité se fera dès la fin du cursus de formation.

Création de la spécialité cardiologique

C'est en janvier 1957 que la cardiologie a été reconnue comme une spécialité à part entière avec la publication au Journal officiel de la liste des certificats d'études spécialisées (CES) ouvrant droit à une qualification de spécialiste, dont celui de cardiologie. Antérieurement, seules onze spécialités étaient reconnues au sein de la médecine : la chirurgie générale, l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie, la biologie médicale, l'électro-radiothérapie, la stomatologie, la gynécologie-obstétrique, la dermatovénérologie, la phthisiologie, la neurologie et la psychiatrie.

Modification des modalités d'exercice

En parallèle avec le développement et la reconnaissance de la médecine spécialisée, il y a eu une évolution progressive des modes de pratique.

Avant 1940, la pratique médicale était majoritairement un exercice individuel avec une grande autonomie, le médecin était maître de son lieu d'installation, de son programme de travail, de ses modalités d'exercice et, pratiquement, des modalités de sa rémunération : la pratique libérale dominait. Jusqu'à 1946, plus de 80 % des médecins s'installaient en cabinet de ville donc en milieu urbain. La notion de désert médical n'avait pas été créée alors qu'ils étaient nettement plus nombreux qu'aujourd'hui, mais les besoins n'étaient pas les mêmes...

Après 1945, la part des médecins s'installant en ville est tombée à 59 %. Cette évolution est attribuée au fait que les nouvelles législations sociales et l'extension progressive de la Sécurité sociale avaient rendu solvable une clientèle plus large que la seule bourgeoisie urbaine.

L'après-guerre a connu non seulement un accroissement du nombre absolu de médecins généralistes libéraux, mais aussi un déclin du modèle de la médecine générale libérale comme référence quasi unique de la pratique médicale. Pour partie, cela a découlé des progrès des connaissances médicales et du développement des techniques. Ces évolutions ont modifié la pratique médicale en l'associant au développement scientifique et à la nécessité d'investissements matériels. L'exercice spécialisé en ville devenait ainsi un nouveau mode de pratique. Pour une autre partie, cela a été dû à l'extension du salariat, notamment après la réforme hospitalière de 1958, initiée par le professeur Robert Debré, qui créa le plein temps hospitalier.

Les lois Debré de 1958

Une autre évolution majeure pour la pratique médicale et l'évolution des spécialités a été la promulgation de ce qui est appelé les lois Debré de 1958 ou lois hospitalières du 30 décembre 1958.

La réforme proposée par le professeur Robert Debré s'est traduite par trois ordonnances et un décret qui ont créé les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins temps plein hospitalo-universitaires.

Cette réforme a contribué à instaurer un ordre et des fonctions qui, aujourd'hui, posent plusieurs types de problèmes. L'un de ceux-ci est que le médecin hospitalo-universitaire a trois fonctions ou missions, le soin, l'enseignement et la recherche. Pour être plus juste, il faudrait y ajouter la fonction administrative et la fonction managériale. Or, avec la complexité croissante des procédures et des connaissances requises, chacune de ces missions pourrait relever d'un exercice plein et entier. L'attribution de toutes ces missions à des hospitalo-universitaires ne paraît plus adaptée. Ensuite, et par conséquent, cette réforme a créé une élite hospitalo-universitaire et a donc rompu avec la médecine officielle, générale et libérale. Cela a conduit à un éclatement de l'espace professionnel par le développement de savoirs spécialisés approfondis et l'apparition de spécialités officielles, contribuant à diviser la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées.

Ainsi, au-delà d'une simple division du travail, la spécialisation a officialisé une hiérarchie symbolique de la pratique médicale, concrétisée par une tarification spéciale de l'acte. Autrement dit, par une différenciation de la valeur marchande des actes médicaux libéraux.

Des cardiologues au service des cardiologues et de leurs patients

La SFC

Il est probable que, lors de la création de la Société française de cardiologie (SFC), en 1937, quelques cardiologues, essentiellement universitaires ont voulu échanger et fédérer leurs expertises sur la science cardiologique naissante. Ils ont tenu à en promouvoir la spécificité et une pratique de qualité. Plus globalement, ils ont eu le souci de contribuer à la promotion de la science, moteur du progrès. Les réunions se tenaient en comité restreint, dans des locaux mis à disposition par les universités ou les hôpitaux.

Progressivement, il y a eu des changements d'échelle grâce à l'extension du domaine de la cardiologie. Grâce aussi à un modèle économique modifié par des collaborations avec l'industrie pharmaceutique. Des contraintes réglementaires et organisationnelles de plus en plus importantes ont également conduit à des mutations. La SFC, tout en restant une société savante, pourrait maintenant être assimilée à une entreprise, dirigée par des cardiologues bénévoles, dévoués et travailleurs, régulièrement renouvelés par le vote de son conseil d'administration et dont l'organisation s'est accrue jusqu'à proposer de nombreux outils permettant le développement et la promotion d'une recherche cardiologique française et par une formation postuniversitaire dont le symbole est constitué par les Journées européennes de la SFC, qui réunissent chaque année plus de 6 000 cardiologues.

La SFC répond donc à des besoins précis et essentiels : formation postuniversitaire, promotion de la recherche cardiologique, promotion des règles du bon exercice de la pratique cardiologique en fonction de l'évolution et des progrès, représentation et défense de la cardiologie auprès des tutelles et des instances de l'État, etc.

Le SNC

Le Syndicat national des cardiologues (SNC) a été fondé en 1949. C'est le Pr Camille Lian qui a déposé les statuts du Syndicat national des médecins spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux (SNSMCV) alors que la spécialité n'existait pas encore officiellement. Il a ainsi fédéré les médecins s'estimant spécialistes des maladies du cœur tout en élargissant leurs compétences aux maladies vasculaires. En juin 2019, ce syndicat a changé de nom pour devenir le Syndicat national des cardiologues (SNC). Nous le désignerons sous ce sigle, même pour évoquer sa forme antérieure.

À mon sens, le SNC répond à un besoin clair : défendre par tous les moyens appropriés les intérêts professionnels, matériels et moraux des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux et promouvoir l'exercice de la cardiologie.

Le SNC est aussi, et c'est capital, l'instance qui représente directement ou indirectement, via de grandes centrales syndicales, les cardiologues dans les négociations conventionnelles. Il est aussi une force d'analyse et de propositions vers les tutelles de ce que peut et doit devenir l'exercice de la cardiologie en dehors des hôpitaux. Son modèle économique est fragile. Le SNC vit principalement des cotisations de ses adhérents. Il importe que chaque cardiologue y adhère pour le soutenir et être force de proposition.

Le CNCF

Le Collège national des cardiologues français (CNCF), fondé en 1988, a satisfait un besoin, celui d'une formation médicale cardiologique postuniversitaire. Il a fédéré les nombreuses amicales régionales de

cardiologues qui poursuivaient le même objectif chacune de son côté. En changeant d'échelle par rapport aux associations régionales, il a rendu possible la promotion d'une recherche médicale spécifique à la cardiologie postuniversitaire.

La création du CNCF a été permise par le modèle économique des années 1980 qui a aussi vu l'éclosion de multiples revues cardiologiques et d'offices développant toutes sortes de supports : revues, cassettes vidéos, émissions radiophoniques, CD-rom, émissions numériques... C'était le modèle alors peu régulé de la collaboration directe avec l'industrie du médicament ou des dispositifs médicaux.

Le CNCF fait partie des instances majeures de la cardiologie. Il répond à un besoin spécifique, celui d'une formation médicale adaptée à la pratique cardiologique postuniversitaire. Enfin, il doit clairement identifier les défis auquel il est confronté pour s'y adapter.

Le CNP-CV

L'analyse que je fais de la création en 2007, du Conseil national professionnel-cardiovasculaire (CNP-CV), mais aussi de l'ensemble des CNP, est la suivante : pour organiser le système de santé français, l'État a mis en place de multiples agences ou tutelles (Haute Autorité de santé, Caisse nationale d'assurance maladie, direction générale de l'offre de soins...). Pendant de nombreuses années, ces instances administratives n'identifiaient pas clairement leurs interlocuteurs médicaux. Ainsi, pour une requête donnée, fallait-il dans certains domaines s'adresser au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), à une société savante parmi tant d'autres, prendre l'avis d'un comité d'experts fondé pour la circonstance, prendre l'avis discrétionnaire d'un leader d'opinion plus ou moins médiatique plus ou moins en lien avec le décideur...

À mon sens, les CNP ont été créés pour que chaque spécialité de professionnels de santé, médicaux ou non, s'organise pour proposer aux tutelles un interlocuteur unique, un unique guichet auquel s'adresser pour chaque demande afférente à une spécialité. Libre au bureau du CNP de déléguer à l'instance ou aux experts qu'il souhaite l'accomplissement de la mission. De plus, le CNP peut, dans divers cas, s'autosaisir de dossiers qui lui paraissent particulièrement nécessaires à la défense des intérêts de la cardiologie, comme, actuellement, le souhait que le TAVI ou les stimulateurs cardiaques sans sonde puissent être implantés, sous conditions, dans des centres hospitaliers ne disposant pas de chirurgie cardiaque.

Pour être efficace et représentatif des divers modes d'exercice, le CNP-CV a fédéré quatre instances de la cardiologie, la SFC, le SNC, le CNCF et le Collège national des cardiologues des hôpitaux (CNCH). Chacune de ces instances apporte son éclairage et son expertise sur chaque dossier débattu, et grâce au CNP-CV, instance encore méconnue, la cardiologie avance de façon consensuelle.

Je siège au bureau du CNP-CV depuis plusieurs mois et peux témoigner, comme mes confrères et prédécesseurs, qu'il s'agit d'une instance majeure qui se réunit au moins une fois par mois et résout de nombreux problèmes importants pour les cardiologues.

Ces éléments sont à l'origine de mon opinion. Mais il ne s'agit que d'une analyse personnelle n'engageant en rien et ne présupant en rien des opinions et analyses des fondateurs et dirigeants actuels et passés des diverses instances de la cardiologie.

Encadré II : De quelques instances de la cardiologie.

évaluer le contenu de la formation universitaire des cardiologues, le nombre de postes d'internes en cardiologie, les modalités de la formation postuniversitaire... Elle devrait aussi être adaptée aux cardiologues universitaires, à ceux des hôpitaux généraux, aux praticiens d'esprit entrepreneurial, etc. Quelle dimension aurait une telle instance? Quelle myriade de procédures devrait-elle mettre en œuvre? Qui négocierait avec les tutelles la valeur des actes de cardiologie, qui établirait les actes qui doivent figurer à la nomenclature? Qui... qui... qui... et au nom de quoi et de quoi?

Certes, il peut paraître nécessaire de diminuer le nombre de niveaux de décision et de mieux connaître l'articulation des diverses instances. Quitte à supprimer celles qui seraient redondantes ou d'évidence inutiles! Mais on peut aussi concevoir qu'il puisse y avoir autant d'instances que de besoins et de sensibilités spécifiques. Cela garantirait que chaque composante d'un problème complexe fasse l'objet d'un traitement adapté.

Plus encore, l'idée d'une force unique est une chimère que seuls promeuvent ceux qui ne peuvent envisager la complexité du monde. Ainsi, comme l'écrit Yuval Noah Harari dans *Nexus*, en parlant des populistes qui se réclament de la volonté du peuple, *"un élément fondamental de ce credo populiste est que le peuple n'est pas un ensemble d'individus de chair et de sang avec des intérêts et des opinions variés, mais plutôt un corps mystique unifié qui possède une seule et unique volonté – la volonté du peuple... Voilà pourquoi le populisme représente une menace mortelle pour la démocratie. Tout en admettant que le peuple est l'unique source de pouvoir légitime, la démocratie est fondée sur la compréhension du fait que le peuple n'est jamais une entité unitaire et, par conséquent, ne peut posséder une volonté unique. Chaque peuple – qu'il s'agisse des Allemands, des Vénézuéliens ou des Turcs – est composé d'une multitude de groupes différents,*

avec une pluralité d'opinions, de volontés et de représentants. Aucun groupe, y compris celui qui est majoritaire, n'a le droit d'exclure d'autres groupes de l'appartenance au peuple. C'est ce qui fait de la démocratie une conversation. La tenue d'une conversation présuppose l'existence de plusieurs voix légitimes. Si le peuple n'a qu'une seule voix légitime, il ne peut y avoir de conversation – c'est au contraire cette unique voix qui dicte sa loi. Par conséquent, le populisme a beau professer son adhésion au principe démocratique du "pouvoir du peuple", en réalité, il vide la démocratie de son sens et cherche à mettre en place une dictature".

On ne saurait mieux expliquer et justifier la pluralité des instances de la cardiologie. En rendant compte de la diversité de la société, de ses opinions et pratiques, cette pluralité est consubstantielle à la démocratie.

■ Les fondements et valeurs

Quels sont les besoins finalement exprimés et auxquels ces instances tentent d'apporter une réponse? Ils sont multiples et de nature diverse, et je n'en citerai que trois.

1. La formation médicale postuniversitaire

Un premier besoin est celui d'une formation médicale continue postuniversitaire. Devant les progrès constants de la science et des techniques, il y a un besoin d'une formation continue, adaptée à l'acquisition et au renouvellement des connaissances scientifiques et des pratiques pour des médecins qui sont au stade d'exercice plein et entier de leur profession.

Une boutade attribuée au doyen d'une grande université américaine illustre ce besoin : *"En médecine, tous les cinq ans, la moitié de ce qui est enseigné un jour donné n'a plus de valeur. Le problème est*

qu'on ne sait pas qu'elle est cette moitié." La science et la technique progressent perpétuellement et de plus en plus vite. Une grande partie des connaissances scientifiques ou techniques d'un jour n'a plus de valeur ou n'a plus qu'une valeur relative cinq ou dix ans plus tard. Il faut donc se former en permanence. C'est une obligation morale et déontologique. Dès lors que l'on est en exercice professionnel, cette formation doit être pratique, conviviale et, surtout, fiable. C'est ainsi que le CNCF définit le cadre des moyens de formations qu'il propose.

On peut concevoir un moyen aisé d'organiser réglementairement cette formation postuniversitaire. Il pourrait ainsi être possible de créer une organisation de la formation médicale continue (FMC) officielle dont la régulation régionale relèverait des agences régionales de santé (ARS). Chaque médecin aurait l'obligation de suivre huit journées de formation par an, à choisir dans un programme de dix journées mensuelles, proposées par le Centre hospitalo-universitaire (CHU) de sa région et dispensées par les praticiens universitaires (PU) de ce CHU. Cela pourrait faire partie de la mission des PU, pour laquelle ils sont rétribués, sachant en outre que les CHU disposent de locaux permettant la tenue de ces enseignements et que les médecins les suivant pourraient être rémunérés pour cela. Ceux qui recevraient cette formation et ceux qui la dispenseraient seraient ainsi indépendants de l'industrie du médicament et des dispositifs. Cette formation servirait à valider une partie de la recertification périodique autorisant la poursuite de l'exercice médical et à remplir les obligations déontologiques des médecins.

Ce type de formation n'existant pas, la FMC est dispensée par divers organismes, officines et instances dont le modèle économique est celui de l'utilisation de fonds de formation, ou de financements par les médecins (cotisation, frais d'inscription...) ou de partenariats avec l'industrie.

■ Des cardiologues au service des cardiologues et de leurs patients

Les diverses structures dispensant ces formations répondent à des besoins différents. Les officines et sociétés commerciales reposent sur le modèle de la captation d'une manne financière. Pour les organisations représentatives de la cardiologie, il s'agit de répondre à un besoin exprimé par leurs membres. Si on dénombre plusieurs structures, c'est que chacune complète les manques de l'autre et que chaque mode d'exercice de la cardiologie conditionne la forme et le fond des programmes et les outils de formation des instances formatrices de la cardiologie.

Chacune de ces instances a des spécificités, mais elles sont complémentaires et elles doivent œuvrer ensemble, en bonne entente, tout en respectant leur complémentarité et leurs particularismes.

2. L'organisation des spécialités médicales

Un deuxième besoin auquel répondent les instances de la cardiologie et de la profession médicale est l'organisation des spécialités médicales.

Cette organisation prend en compte et harmonise, d'un côté, les besoins sanitaires, et donc l'évolution épidémiologique, et, de l'autre, les avancées scientifiques, et donc l'évolution des pratiques.

L'analyse des besoins et des avancées ne peut être uniquement administrative et étatisée. Elle ne peut s'effectuer sans l'expertise des médecins. Cela implique de disposer d'instances spécifiques à ces médecins, soit qu'elles seront suscitées et créées par les pouvoirs publics, soit qu'elles seront organisées par les médecins eux-mêmes.

Après analyse des besoins et avancées de la science, il faudra former des praticiens en nombre adapté et organiser les réseaux de soins permettant d'offrir le meilleur service possible. Le tout en suivant un processus de discussions et de

décisions partagées, prenant en compte les réalités scientifiques, économiques et sanitaires... En cardiologie, ce type de démarche a déjà prouvé son efficacité. Notamment lors de la création des unités de soins intensifs dévolues aux prises en charge des urgences vitales. Ou bien lors de la mise en place des astreintes d'angioplastie coronaire. Un processus en cours d'élaboration est celui du développement de filières hospitalières ou libérales, de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, maladie devenue un problème de santé publique majeur et pour lequel les cardiologues sont d'un apport vital.

Une étude parue dans le *European Heart Journal* (doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf218), en 2025, illustre la nécessité de qualifier l'apport de la cardiologie comme "vital" à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Dans ce travail, les auteurs ont analysé les données nationales de santé en France de cinq années récentes et regroupant 655 919 patients ayant un diagnostic d'insuffisance cardiaque et suivis en ambulatoire. Ces patients ont été répartis en quatre groupes, de sévérité supposée différente (hospitalisés pour IC lors des douze mois précédents, hospitalisés pour IC il y a plus d'un an et moins de cinq ans, sans antécédent d'hospitalisation mais traités par diurétiques de l'anse, sans antécédent d'hospitalisation et non traités par diurétiques de l'anse). L'analyse a porté sur le nombre de consultations chez un cardiologue lors d'une année et le critère pris en compte a été la mortalité totale.

Ces patients étaient en moyenne âgés de 80 ans et 48 % étaient des femmes. Il a été constaté que 40 % de ces patients n'avaient pas eu une consultation de cardiologie au moins une fois lors d'une année entière. La répartition en sous-groupes a été pertinente puisque, en prenant comme référence les patients de chaque sous-groupe n'ayant pas consulté de cardiologue lors d'une année entière, l'analyse des données montre un gradient de mortalité avec respecti-

vement des taux annuels de mortalité toutes causes de 34,3 %, 24,8 %, 21,3 % et 13,0 %. Surtout, il a été montré que le fait de consulter un cardiologue au moins une fois par an est associé à une réduction de la mortalité dans tous les sous-groupes. Le bénéfice est considérable, avec une réduction absolue du taux de mortalité de 6 à 9 %. Plus encore, cette réduction de mortalité est proportionnelle au nombre annuel de consultations de cardiologie. Un tel travail rend donc compte de l'impérieuse nécessité dévolue à la profession et aux tutelles pour permettre à chaque insuffisant cardiaque de consulter un cardiologue au moins une fois par an. Une nouvelle organisation est devenue indispensable.

3. La défense des spécificités des exercices médicaux

Enfin, le troisième besoin auquel ces instances veulent répondre porte sur la défense des spécificités des exercices et pratiques de la discipline. Il peut aussi bien s'agir du mode d'exercice que de la possibilité d'exercer une surspécialité dont un cardiologue a la vocation et pour laquelle il a acquis la formation et la compétence.

Cette mission passe par la définition des modalités de formation et des modes d'exercice, puis par leur promotion et leur soutien. Ses modalités doivent être en adéquation avec les données évolutives de la science, avec les possibilités logistiques et financières du système de santé et avec les besoins sanitaires de la population, tous éléments créant autant de points d'analyse et de discussions possibles.

■ Les modèles

Dans un livre remarquable sur l'art de la guerre, *Stratégie*, sir Basil Henry Liddell Hart fait remarquer, que fort heureusement, nous ne sommes pas en temps de guerre permanente. Et donc, comme les conflits se font plus rares (à l'époque

de l'écriture de son livre, du moins), la formation des armées en temps de paix relève bien plus de "l'expérience théorique" que de "l'expérience pratique". Il établit alors un parallèle avec la profession médicale : *"Contrastant avec le métier militaire, la profession médicale offre l'occasion d'une pratique constante; et pourtant, les progrès capitaux en médecine et en chirurgie sont dus plus aux savants et aux chercheurs de laboratoires qu'aux praticiens."*

Par extension, on pourrait ajouter que les progrès scientifiques ne sont d'aucun apport à la médecine si le système de soins ne s'organise pas pour en faire profiter la population. Ainsi, ce n'est pas uniquement par la pratique médicale quotidienne que la médecine progresse. C'est aussi par la recherche scientifique ainsi que par la réflexion stratégique sur les besoins et la façon de les satisfaire. Le médecin ne peut pas être uniquement un praticien avançant "le nez dans le guidon" de sa consultation ou de sa pratique. Il y a plusieurs niveaux pour arriver à la pratique d'une médecine efficace.

D'abord, la recherche scientifique envisage puis établit la valeur des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ensuite, il convient de développer ces outils diagnostiques et thérapeutiques par des structures industrielles. Puis vient le besoin de formation à ces connaissances scientifiques, tant au niveau universitaire que postuniversitaire. Citons encore l'adaptation logistique et financière du système de soins pour une mise à disposition des progrès scientifiques auprès de la population. Enfin, n'oublions pas la pratique quotidienne qui résulte de la prise en compte des niveaux précédents. Chacun de ces niveaux peut faire l'objet de divers modèles. Il repose sur plusieurs instances qui doivent se compléter et s'articuler entre elles.

Ces modèles sont mus par différents moteurs. Par exemple, des hommes pragmatiques et dévoués, mais qui peuvent aussi être en quête de domination symbolique ou économique, et aussi des forces économiques plus ou moins libérales, plus ou moins étatisées. Autre

possibilité, la prééminence de forces économiques plus ou moins libérales, plus ou moins étatisées. Analyser la pratique médicale revient donc à observer et tenter de comprendre un panorama hétérogène et complexe, mais qui fait la diversité des modèles démocratiques.

Parmi les valeurs primordiales de la médecine, il y a donc la prise en compte de la diversité des besoins de chacun dans le respect de ceux de tous, la nécessité d'établir une connaissance et une pratique reposant sur des bases scientifiques, la nécessité de promouvoir des modèles économiques à la fois éthiques et permettant d'offrir le meilleur service à la population, en faisant en sorte que les médecins puissent avoir une pratique épanouie, fiable et sereine.

Les instances de la cardiologie ont pour vocation d'œuvrer pour le développement et le maintien de ces valeurs.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.