

Profession **CARDIOLOGUE**

Le livre blanc de la Cardiologie

- ▷ Enjeux et recommandations pour la cardiologie de demain

AVANT-PROPOS

Les pathologies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité en France. Leur prise en charge et leur prévention s'inscrivent de fait dans la Stratégie Nationale de Santé.

Elles évoluent dans la continuité des progrès pharmacologiques et techniques mais aussi plus récemment dans le cadre des innovations en terme de pratique et d'organisation des professionnels de santé indispensables en cette période de transformation majeure de notre pays au plan de la démographie des patients et des acteurs de santé.

Dans ce contexte, les représentants des différentes structures composant le Conseil National Professionnel de Cardiologie ont travaillé ensemble à la rédaction de ce Livre blanc, auquel ont également contribué différents acteurs impliqués dans le suivi et l'accompagnement des patients concernés par les maladies cardiovasculaires.

Ce travail semble d'autant plus nécessaire que le nombre des patients souffrant de pathologies cardiovasculaires augmente de manière régulière, du fait du vieillissement de la population mais aussi des progrès de leur prise en charge. Ceux-ci réduisent la mortalité mais augmentent le nombre de patients gardant des séquelles cardio-vasculaires. **En effet, si 15 millions de personnes présentent aujourd'hui un risque cardiovasculaire ou sont suivies pour une pathologie cardiovasculaire ou un diabète¹, l'assurance-maladie évalue à + 2,5 % par an en moyenne la crois-**

sance de cette population. Dans le même temps, le nombre de cardiologues actifs diminue : pour 220 cardiologues partant à la retraite chaque année, seulement 185 terminent leur formation chaque année (enquête CNOM 2017). Certains territoires sont déjà en pénurie de cardiologues, avec des conséquences dramatiques pour les patients.

La réalisation de ce document découle de la volonté d'améliorer la prise en charge des patients concernés par les maladies cardiovasculaires dans un périmètre de ressources contraintes. Il s'adresse donc aussi bien aux cardiologues qu'aux autres médecins et aux personnels paramédicaux ainsi qu'aux pouvoirs publics et permet de partager les témoignages croisés de différents acteurs de la prise en charge en pathologies cardio-vasculaires. Nous souhaitons que les recommandations formulées constituent pour tous des pistes de réflexion contribuant à dessiner les contours de la cardiologie de demain incluant tous les acteurs de santé.

Vincent Pradeau

Président du CNPCV



Christophe Leclercq

Président de la SFC



Franck Albert

Président du CNCH



Marc Villaceque

Président du SNC



Pierre Sabouret

Président du CNCF



¹ Ministère de la santé - <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>

REMERCIEMENTS AUX CONTRIBUTEURS

Dr Olivier Piot

Coordinateur du Livre blanc

- ▶ **Dr** Franck Albert
- ▶ **Dr** Walid Amara
- ▶ **Pr** Philippe Amouyel
- ▶ **Dr** Corentin Bailly
- ▶ **Dr** Geneviève Bertaina
- ▶ **Dr** Jean-Pierre Binon
- ▶ **Dr** Diane Bodez
- ▶ **Dr** Simon Cattan
- ▶ **Pr** Ariel Cohen
- ▶ **M.** Thomas Fatome
- ▶ **Dr** Charles Fauvel
- ▶ **Dr** Dominique Guedj-Meynier
- ▶ **Dr** Maxime Guenoun
- ▶ **Dr** Mathilde Izabel
- ▶ **Pr** Christophe Leclercq
- ▶ **Dr** Vincent Pradeau
- ▶ **Dr** Nicolas Reynaud
- ▶ **Dr** Pierre Sabouret
- ▶ **M.** Philippe Thébault
- ▶ **Pr** Jean-Noël Trochu
- ▶ **Dr** Marc Villaceque
- ▶ **Dr** Cyril Zakine

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
REMERCIEMENTS AUX CONTRIBUTEURS	4
RÉSUMÉ	6
SYNTHÈSE DE NOS RECOMMANDATIONS	7
TÉMOIGNAGES	8-10
LA CARDIOLOGIE EN FRANCE EN 2022	11-24
▶ Etat des lieux de la cardiologie en France	11-14
▷ Maladies cardiovasculaires : de quoi parle-t-on ?	11
▷ Épidémiologie des maladies cardiovasculaires	12
▷ Les maladies cardiovasculaires et le système de santé	13
▷ Une prise en charge complexe	14
▶ Les enjeux de la cardiologie	15-24
▷ Des besoins en augmentation	15
▷ Des cardiologues en tension	15
▷ Une répartition inégale sur le territoire national	22
▷ Une répartition des cardiologues incohérente par rapport aux besoins de la population	22
▷ Des délais de prise en charge trop longs	23
RECOMMANDATIONS DU CNPCV	25-28
▶ Recommandation 1 : Faire évoluer l'offre de soins en cardiologie	25-27
▶ Recommandation 2 : Impliquer tous les cardiologues dans la filière de soins non programmés	27-28
▶ Recommandation 3 : Renforcer l'attractivité de la cardiologie générale	28-29
▶ Recommandation 4 : Favoriser l'évolution des pratiques et la pertinence des actes	29-30
▶ Recommandation 5 : Soutenir la recherche	30-31
Liste des abréviations utilisées	31

RÉSUMÉ

A l'origine de 140 000 décès chaque année, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la deuxième cause de mortalité en France et affectent 8% de la population française.

Environ 15 millions de nos concitoyens présentent un risque cardiovasculaire, ont développé une MCV ou un diabète, facteur de risque majeur. Ces pathologies sont particulièrement coûteuses pour notre système de santé et les dépenses les concernant augmentent de manière régulière. Outre le suivi et le traitement de ces patients, la prévention du risque cardiovasculaire constitue un axe stratégique majeur pour la santé publique.

Compte tenu de la spécificité des MCV et de la complexité des prises en charge, le cardiologue est un acteur incontournable de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires et du suivi des patients en collaboration avec les médecins généralistes et les paramédicaux. Or l'analyse permet de dresser plusieurs constats inquiétants :

► **une baisse générale des effectifs des cardiologues**, celle-ci concernant aussi bien les libéraux que les hospitaliers et affectant toutes les surspécialités de la profession de cardiologue ;

- **un manque de cardiologues généralistes**, portes d'entrée des patients dans le parcours de soins en cardiologie et cheville ouvrière de la prise en charge des patients souffrant de pathologies cardio-vasculaires. Ils exercent majoritairement en ville ;
- **une difficulté à assurer la permanence des soins en cardiologie**, aussi bien en ville qu'en établissement hospitalier public et privé ;
- **une répartition inégale des cardiologues sur le territoire national** ;
- **une densité des cardiologues parfois peu cohérente** par rapport aux besoins de la population du territoire ;
- **des délais de prise en charge parfois préoccupants.**

Dans un contexte d'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies cardiovasculaires, le CNPCV, le Collège National des Cardiologues des Hôpitaux, le Collège National des Cardiologues Français, la Société Française de Cardiologie et le Syndicat National des Cardiologues, proposent cinq grandes recommandations pour répondre aux enjeux de la prise en charge des patients en cardiologie, chacune étant détaillée dans la partie « Nos recommandations ».

SYNTHÈSE DE NOS RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE DE SOINS EN CARDIOLOGIE

L'augmentation rapide du nombre de cardiologues, le recours accru aux outils numériques, le renforcement de la coordination des acteurs de la filière cardiologie, le développement de nouveaux métiers et l'amélioration de la pertinence de l'adressage des patients aux cardiologues sont nécessaires pour adapter l'offre de soins en cardiologie aux besoins d'une population vieillissante et de plus en plus concernée par les maladies cardio-vasculaires. La consolidation de la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë répond également à cette problématique.

RECOMMANDATION 2 : IMPLIQUER TOUS LES CARDIOLOGUES DANS LA FILIÈRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Maintenir la permanence des soins en cardiologie et éviter le recours aux urgences sous tension nécessitent d'encourager la participation de tous aux gardes et aux astreintes et impliquer les cardiologues de ville dans la permanence des soins non programmés et le suivi cardiologique post accueil aux urgences.

RECOMMANDATION 3 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA CARDIOLOGIE GÉNÉRALE

La cardiologie générale est le point d'entrée des patients dans le parcours de soins cardiologiques. Valoriser la cardiologie générale et promouvoir un statut mixte des médecins pour décroiser la ville et l'hôpital permettront de conserver un effectif suffisant de cardiologues généralistes pour coordonner et assurer un suivi adapté des patients.

RECOMMANDATION 4 : FAVORISER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET LA PERTINENCE DES ACTES

Le développement d'indicateurs pertinents de performance et de qualité permet d'avoir une base objective pour évaluer et améliorer les pratiques au sein des cabinets et des établissements de santé. Cela permet également d'améliorer l'expérience patient.

RECOMMANDATION 5 : SOUTENIR LA RECHERCHE POUR MAINTENIR L'ATTRAC- TIVITÉ DE LA SPÉCIALITÉ ET FAIRE FACE AUX GRANDS ENJEUX DE LA CARDIOLOGIE

Soutenir la recherche est indispensable pour mieux connaître, mieux prévenir et mieux traiter les maladies cardiovasculaires dont la prévalence et l'incidence augmentent avec le vieillissement de la population.

TÉMOIGNAGES

“ Je partage le pessimisme sur l’avenir de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires en l’absence d’actions correctrices rapides et coordonnées, en particulier sur la question démographique, et sur les difficultés d’accès aux soins pour une population grandissante.

La majorité des recommandations formulées par le livre blanc semble répondre aux problématiques. De plus pour les jeunes praticiens, il convient de valoriser l’allongement du DES de façon qu’il ne soit pas perçu comme une solution au déficit de praticiens dans un secteur hospitalier en souffrance mais bien comme une opportunité de préparer un exercice cohérent et adapté aux besoins locaux.

Dr Corentin BAILLY

*28 ans - Docteur Junior en 1^{ère} année -
Option Cardiologie Interventionnelle de
l’Adulte - CHU de Reims*

“ Notre profession fait face à de nombreux défis : faciliter l’accès aux soins cardiologiques pour diminuer les besoins en soins aigus - les délais observés (65 jours pour une consultation) sont incompatibles avec le dépistage et la prise en charge des pathologies cardiaques ; continuer d’assurer la permanence des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; respecter les règles élémentaires de sécurité numérique ; combler les besoins accrus de coordination ; mettre en place auprès des patients

“ L’évolution de la pratique de la cardiologie nécessite un travail conjoint des cardiologues hospitaliers, libéraux de ville mais également des structures administratives (CPAM, ARS, etc) afin de fournir une offre de soin optimale dans une pratique pérenne de la cardiologie. De plus, l’étroite collaboration entre la ville et l’hôpital est primordiale, créant ainsi une coordination des besoins et des ressources afin d’assurer un suivi adapté au patient.

Les pratiques doivent évoluer, notamment au niveau administratif, pour faciliter l’accès à la formation continue, à l’aide à l’installation et au recours aux nouveaux métiers (tels que les assistantes médicales, IPA, etc) pour libérer du temps médical au profit des patients.

Ces recommandations répondent aux défis de la pratique de la cardiologie de demain en prenant en compte les besoins des cardiologues « de terrain » (hospitaliers et de ville).

Dr Geneviève BERTAINA

*35 ans - Exercice partagé entre cabinet
libéral et poste en structure de réadaptation
cardio-vasculaire - Compiègne*

les stratégies thérapeutiques ayant fait preuve d’efficacité. Dans ce contexte, je suis particulièrement sensible aux recommandations proposées et en particulier l’augmentation du nombre de cardiologues, si elle comble les inégalités territoriales et les besoins en coordination ; le développement des nouveaux métiers, offrant des avantages pour tous les acteurs ; la refonte judicieuse de l’organisation des soins et notamment le décloisonnement ville-hôpital qui peut

homogénéiser les pratiques par une connaissance réciproque des activités de chacun ; et enfin l'évaluation des pratiques, toujours perçue comme rébarbative, mais incontournable pour pouvoir inscrire ces propositions dans le temps.

Dr Diane BODEZ

37 ans - Exercice libéral en établissement privé de santé - Saint-Denis

”

“ Les défis à venir de la profession de cardiologue sont nombreux, complexes et largement intriqués, notamment des patients de plus en plus nombreux et âgés (synonyme de polyopathologies et donc de situations complexes nécessitant une coordination inter-spécialités) et une baisse générale des effectifs, une répartition inégale sur le territoire et un manque de cardiologues généralistes. Ceci entraîne une conséquence directe sur les actions de prévention primaire (comportements à risques, dépistage...) mais aussi secondaire (post-infarctus, post décompensation cardiaque...) et donc sur la qualité des soins préconisés.

Ce livre blanc identifie parfaitement ces enjeux et propose de nombreuses solutions pour les jeunes générations. Le développement de nouveaux métiers (IPA par exemple) et la mise en avant des outils numériques permettront à coup sûr de répondre à ces enjeux.

Dr Charles FAUVEL

29 ans - Chef de clinique assistant - CHU de Rouen

”

“ Les cardiologues doivent pouvoir répondre à la demande croissante tout en garantissant une prise en charge optimale et d'assurer la permanence de soins. Il leur faut s'appuyer sur de nouveaux métiers comme celui d'infirmier de pratique avancée (IPA) et sur les nouveaux outils numériques pour améliorer cette prise en charge.

Les recommandations proposées dans ce livre blanc me semblent répondre de manière adaptée aux défis de la profession notamment concernant la nécessité de faire découvrir aux internes la cardiologie générale exercée en ville et de proposer des journées ou demi-journées de consultation en cabinet dans le parcours de formation des internes.

Dr Mathilde IZABEL

30 ans - En fin d'internat d'imagerie au sein des hôpitaux privés et publics d'Île de France. Prochainement assistante en cardiologie dans un hôpital parisien.

”

“

Devant le vieillissement de la population et l'augmentation de nombreuses comorbidités, le recours aux cardiologues sera de plus en plus nécessaire pour prendre en charge les nombreuses pathologies cardio-vasculaires.

Le principal défi sera l'accès à la consultation de cardiologie et aux différentes techniques de cardiologie interventionnelles, puisque le nombre de cardiologues en exercice va diminuer dans les prochaines années (départ à la retraite et diminution du temps de travail).

Les différentes propositions de ce livre blanc permettront de rendre la cardiologie plus attractive au moment du choix de la spécialité, de moderniser les exercices en utilisant les nouveaux outils technologiques, de diminuer la pénibilité de la continuité des soins et augmenter la collaboration public/privé.

Dr Nicolas REYNAUD

*31 ans - Cardiologue rythmologue libéral -
Polyclinique de Reims - Bezannes*

”

“

Le secteur de la santé est en pleine évolution du fait d'innovations techniques nombreuses amenant parfois une hyperspécialisation de la profession, et également en raison de l'essor de la médecine préventive voire prédictive.

En parallèle la démographie médicale est défavorable et doit répondre aux besoins de patients plus nombreux, plus âgés et fragiles.

Les cardiologues doivent s'adapter et intégrer ces innovations pour accroître leur efficacité et préserver et optimiser l'accès aux soins pour tous. Dans le même temps, la profession doit rester attractive et permettre au médecin de préserver l'équilibre entre vies personnelle et professionnelle.

Les recommandations formulées dans le livre blanc répondent bien à ces défis.

Dr Cyril ZAKINE

34 ans - Rythmologue libéral - Tours

”

LA CARDIOLOGIE EN FRANCE EN 2022

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France, après les cancers. Elles sont à l'origine de près de 140 000 décès chaque année en France. De plus, elles engendrent une consommation de soins parmi les plus importantes du pays en raison des pathologies et des comorbidités qui leur sont associées. De fait, environ 15 millions de personnes présentent un risque cardiovasculaire, ont développé une MCV ou un diabète. Outre le suivi et le traitement des patients concernés, la prévention du risque cardiovasculaire constitue un axe stratégique pour la santé publique.

ETAT DES LIEUX DE LA CARDIOLOGIE EN FRANCE

▸ Maladies cardiovasculaires : de quoi parle-t-on ?

Les MCV constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles comprennent notamment les affections suivantes :

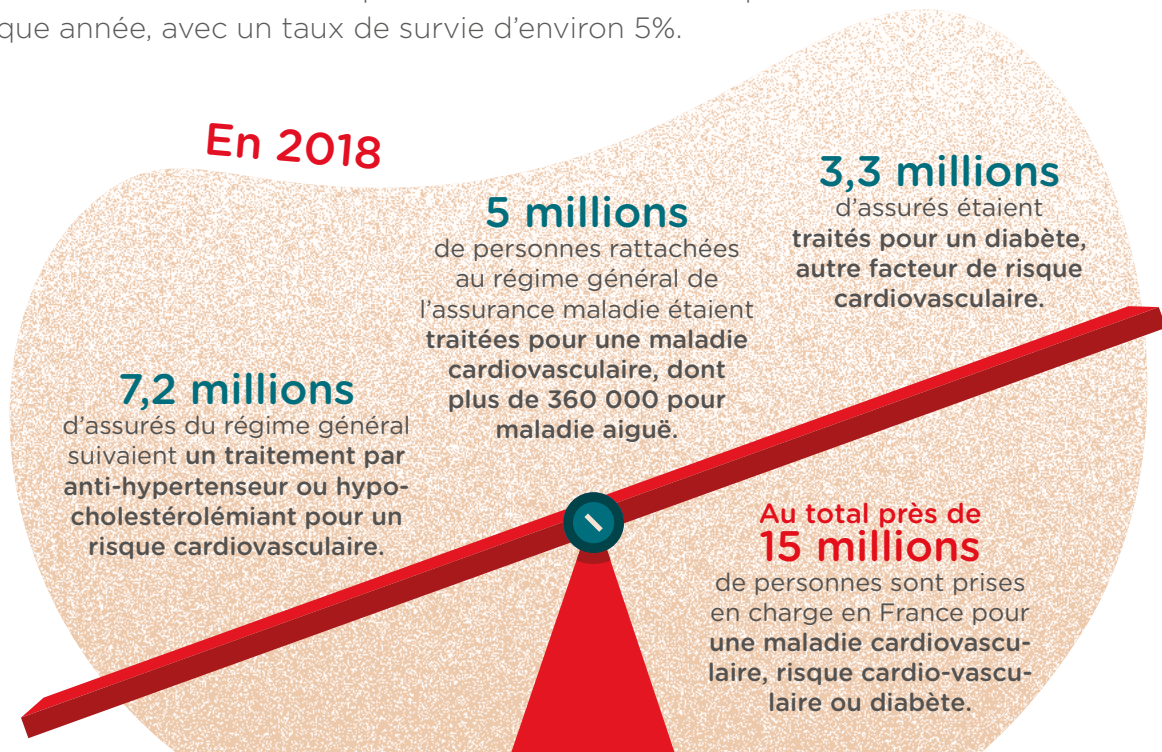
- **La maladie coronaire** qui touche les vaisseaux coronaires alimentant le muscle cardiaque ; elles sont favorisées par le diabète, l'HTA, les dyslipidémies, l'obésité, le tabagisme...
- **Les artériopathies périphériques** qui touchent principalement les vaisseaux sanguins des membres inférieurs ;
- **Les maladies cérébro-vasculaires**, sources de surmortalité et de handicap ;
- **Les cardiopathies valvulaires** qui affectent les valves cardiaques ;
- **Les troubles du rythme, notamment la fibrillation atriale, les troubles de la conduction cardiaque**, causes d'accidents vasculaires cérébraux, de mort subite ;
- **Les cardiopathies congénitales**, notamment les malformations de la structure du cœur présentes dès avant la naissance et évoluant à l'âge adulte ou au décours d'une chirurgie réparatrice ;
- **Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires**, obstruction des veines (notamment des membres inférieurs et du petit bassin) par un caillot sanguin ; ce caillot est susceptible de migrer vers les artères pulmonaires, après un transit dans les cavités cardiaques droites.

Outre les décès et notamment la mort subite, ces maladies exposent à de nombreuses complications aiguës : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, trouble du rythme notamment la fibrillation atriale, ou chroniques, atteinte des extrémités des membres inférieurs, insuffisance rénale chronique, troubles de la vue et démence d'origine vasculaire.

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, les MCV sont fréquemment associées entre elles ou à d'autres pathologies chez un même patient. En 2018, près de 40 % des patients en insuffisance cardiaque chronique avaient au moins une comorbidité et près du tiers avait également un diabète.

▸ Epidémiologie des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont l'une des principales causes de décès en France. Elles constituent notamment la première cause de décès chez les femmes tous âges confondus ainsi que chez les personnes très âgées. Elles représentent également une cause importante de maladie et de décès précoces : environ 50 000 personnes font un arrêt cardiaque chaque année, avec un taux de survie d'environ 5%.



“

Pr Philippe Amouyel, Professeur de Santé Publique au CHU de Lille, Directeur de l'UMR1167 «Facteurs de risque et déterminants moléculaires des maladies liées au vieillissement»

Après les maladies infectieuses, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent les affections pour lesquelles les connaissances épidémiologiques sont les plus avancées. Le programme international MONICA a démontré que la baisse des MCV, pressentie dès le début des années 70, se confirmait et ce jusqu'à la fin du XXème siècle. Depuis le début du XXIème siècle, en France, l'incidence des MCV continue à baisser régulièrement, ainsi que leur mortalité. Néanmoins, le vieillissement



de la population maintient la prévalence des MCV, c'est-à-dire le nombre de cas présents à un moment donné, à des niveaux élevés toujours élevés.

En revanche, la mortalité qui touche encore 29% des patients atteints d'un syndrome coronaire aigu (SCA) est pour les deux tiers extra-hospitalière et ne baisse que très peu comparativement à la mortalité intra-hospitalière. En matière de prise en charge on constate que les femmes atteintes de SCA sont toujours moins susceptibles de recevoir

une revascularisation et des thérapies pharmacologiques que les hommes. Il est également intéressant de noter que les facteurs de risque cardiovasculaire expliquent également près de 30% de la survenue de troubles des fonctions cognitives avec l'âge.

Pour continuer à améliorer la santé cardiovasculaire mais aussi cérébrale, il faut donc travailler sur la réduction du niveau des facteurs de risque des MCV en population. C'est le seul moyen de continuer à diminuer l'incidence et donc la mortalité extrahospitalière. Il

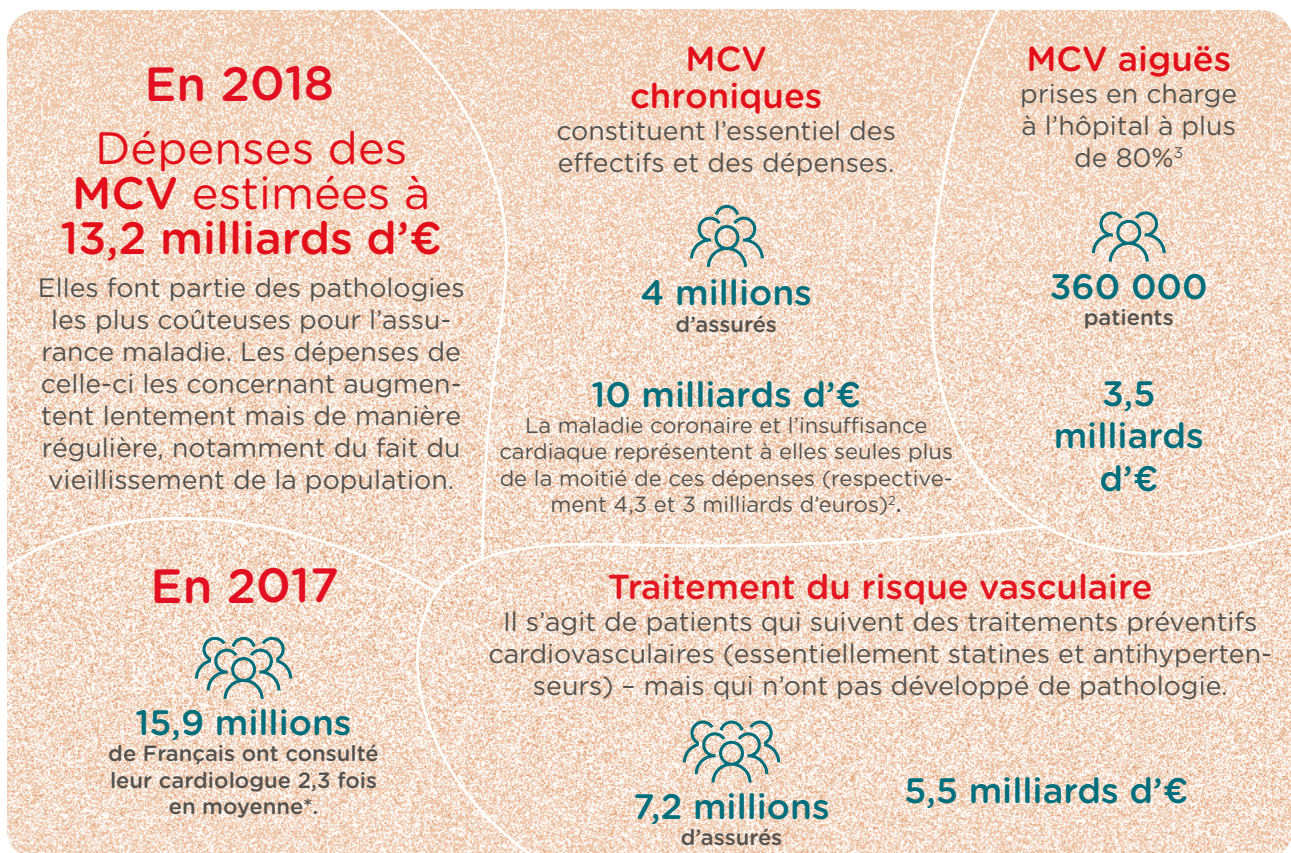
faut aussi continuer à dépister ces facteurs de risque chez les patients, en nombre toujours élevés compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie pour éviter les récives. Il faut améliorer la prise en charge des femmes afin qu'elle atteigne un niveau au moins équivalent à celui des hommes.

L'enjeu des 20 prochaines années devra donc se concentrer principalement sur la prévention si l'on veut encore faire progresser significativement la santé cardiovasculaire des Françaises et des Français.



▸ Les maladies cardiovasculaires et le système de santé

Les MCV font partie des pathologies les plus coûteuses pour l'assurance maladie. Les dépenses en rapport avec elles augmentent lentement mais de manière régulière, notamment du fait du vieillissement de la population. En 2018, elles sont estimées à 13,2 milliards d'euros.



*SFC - GICC, Livre blanc de l'insuffisance cardiaque, 2021.

²CNAM « Rapport charges et produits - propositions de l'assurance maladie pour 2022 »

juillet 2021 - <https://data.ameli.fr/> ³CNAM - « Rapport charges et produits - propositions de l'assurance maladie pour 2022 » juillet 2021 - <https://data.ameli.fr/>

“

M. Thomas FATOME Directeur Général CNAM-UNCAM

L'analyse de la cartographie médicalisée des grands groupes de pathologies en 2021 confirme l'importance de l'enjeu de santé publique que représente le groupe des MCV (qui dans notre méthode d'analyse intègre les accidents vasculaires cérébraux) parmi les pathologies chroniques. La fréquence, la sévérité et l'impact économique des MCV incitent l'Assurance Maladie à renforcer les actions de prévention, encourager le diagnostic précoce et contribuer à la structuration des parcours de soins, afin de garantir l'équité, la qualité et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

La prévention de ces pathologies ne peut se concevoir sans un éventail d'actions engagées par L'Assurance Maladie, visant notamment à réduire l'exposition aux facteurs de risque



cardiovasculaire modifiables : sédentarité, tabagisme, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète... Les inégalités sociales sont un facteur aggravant démontré de l'évolution de l'état de santé de la population, facteur dont l'Assurance Maladie tâche de réduire l'impact.

Le nombre croissant de patients porteurs de MCV et les tensions démographiques territoriales nécessitent de repenser les modèles organisationnels des filières de soins : la structuration d'équipes de soins spécialisées en cardiologie, avec le recours à la santé connectée (dont la télésurveillance), mobilisant les infirmiers de pratique avancée ou dûment formés aux protocoles de coopération, doivent offrir un maillage territorial garant de l'accès et de l'efficacité des soins.

”

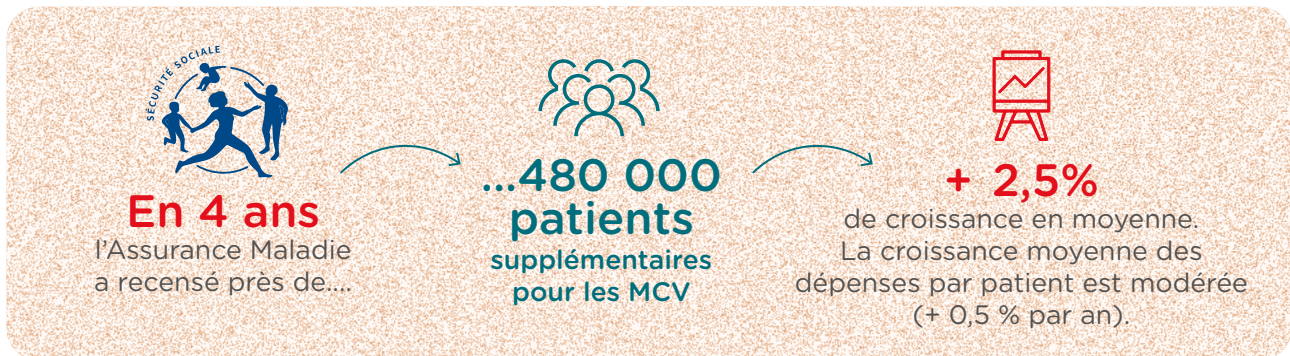
▸ Une prise en charge complexe

La prise en charge des patients souffrant d'une MCV est d'autant plus complexe qu'ils sont souvent porteurs de plusieurs pathologies. En effet, les traitements sont efficaces et dans l'ensemble accessibles à tous les patients. Ceci a permis d'augmenter considérablement l'espérance de vie des patients au cours des dernières décennies, engendrant de fait des situations de polyopathologies au long cours.

Toutefois les MCV sont accessibles à la prévention et partagent un certain nombre de facteurs de risque communs : la consommation de tabac, le déficit d'activité physique, le régime alimentaire, La plupart de ces facteurs sont comportementaux et peuvent être modifiés. Certains sont également partagés avec d'autres maladies, par exemple certains cancers. De ce fait, la prévention des MCV constitue un enjeu prioritaire des actions de santé publique.

LES ENJEUX DE LA CARDIOLOGIE

▸ Des besoins en augmentation



Cependant l'augmentation des effectifs a conduit à une augmentation des dépenses générales pour les MCV de 3 % par an entre 2015 et 2019, pour un total cumulé de 1,9 milliard d'euros.

Trois facteurs expliquent l'augmentation du nombre de patients :

- le vieillissement de la population
- l'augmentation du risque dans la population et,
- dans une moindre mesure, l'amélioration de la survie des patients grâce aux thérapies modernes.

Dans son rapport Charge et Produits de 2021, l'assurance maladie estime que le nombre de patients va continuer de croître dans les années à venir sous un double effet démographique et épidémiologique.

A périmètre constant, il en résultera une augmentation proportionnelle des dépenses.

▸ Des cardiologues en tension

Les cardiologues sont les principaux acteurs de la prise en charge et du suivi des patients atteints de pathologies cardiovasculaires.

Avec un effectif de 6 279 cardiologues actifs sur 232 891 médecins actifs, ils représentaient en 2022 2,7% des médecins français.⁴

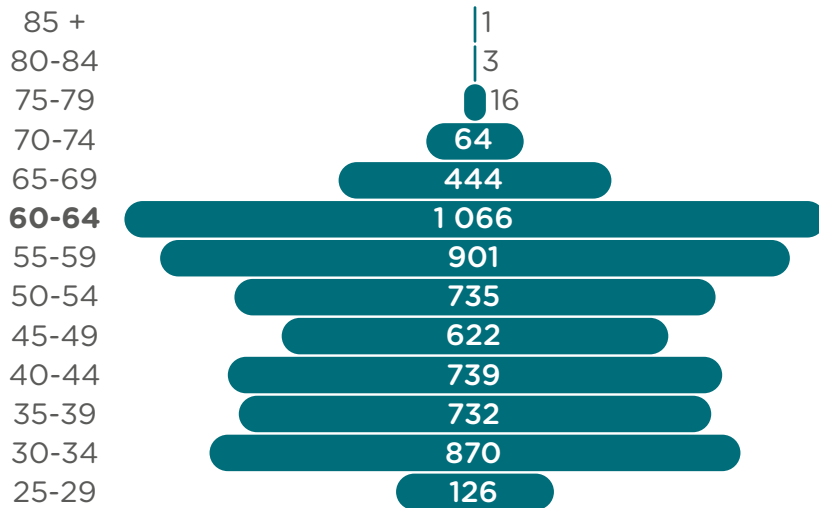
Effectifs des cardiologues selon leur type d'exercice et leur profil :

Profil	Exercice	Effectif
Hommes	libéraux	1 940
	mixte	1 199
	salariés	1 181
Femmes	libérales	745
	mixtes	378
	salariées	836

⁴CNOM - 2022

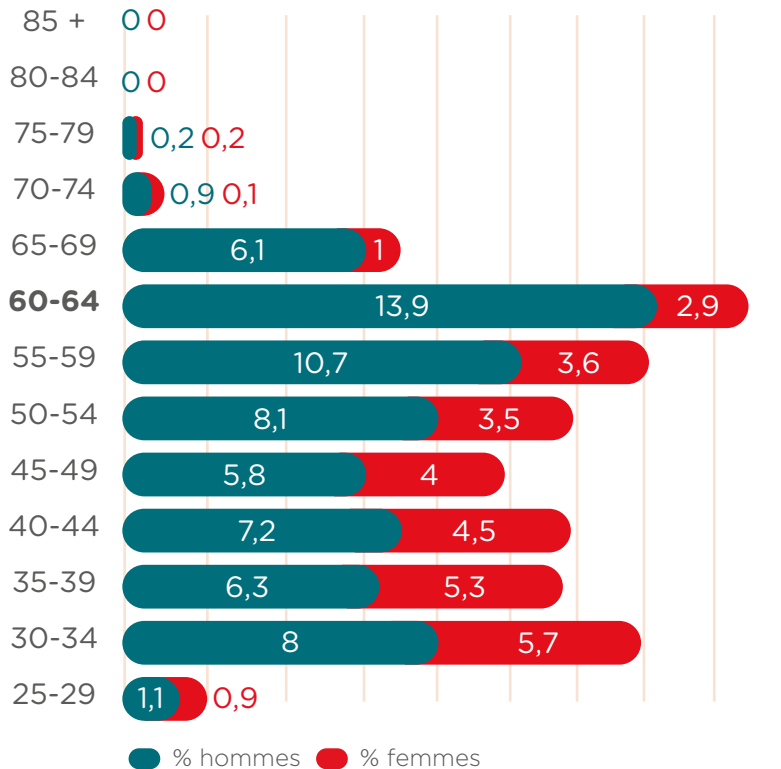
Nombre de cardiologues par tranche d'âge :

(au 1er janvier 2022)

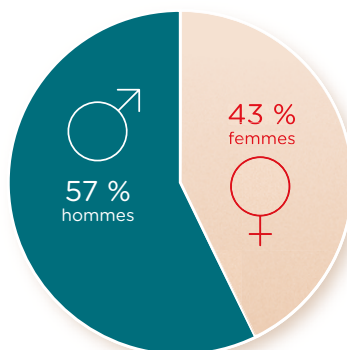


Pyramide des âges des cardiologues en 2021 :

(au 1er janvier 2022)



On constate par ailleurs une féminisation de la profession, les femmes représentant 31% des cardiologues au total, avec une représentation accrue chez les moins de 45 ans (43%)⁶.



6 279
cardiologues
actifs réguliers
au 1^{er} janvier 2022

vs

6 388
cardiologues
actifs réguliers
au 1^{er} janvier 2021

109

cardiologues
de moins en 2022

51,6 ans⁵
Âge moyen des
cardiologues

25%
des cardiologues
ont + de 60 ans⁵
selon la pyramide
des âges

*Il faut noter que 8%
des cardiologues ont
plus de 65 ans.*

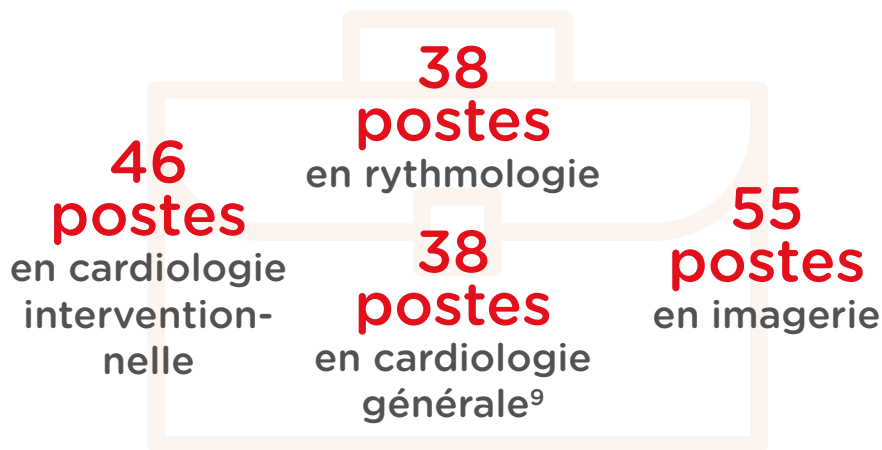
*On constate souvent
pour ces derniers un
temps médecin plus
réduit que leurs jeunes
confrères.*

⁵ Données CNOM juin 2022
⁶ Données CNOM 2021-2022

La pyramide des âges permet d'estimer à 220 le nombre de cardiologues qui prendront leur retraite chaque année jusqu'en 2027. Dans le même temps, seuls 185 postes étaient ouverts au DES de cardiologie en 2022 (188 en moyenne au cours des 10 dernières années)⁸.

Par ailleurs, à l'issue de leur internat, les cardiologues ont le choix entre 3 options : cardiologie interventionnelle, rythmologie et imagerie. Ceux qui ne choisissent aucune de ces spécialités vont en cardiologie générale, porte d'entrée des patients dans le parcours de soins cardiologiques.

Les 185 postes proposés à l'internat de cardiologie en 2021 sont répartis de la manière suivante :



Ces chiffres appellent trois commentaires :

- Le nombre de cardiologues formés n'est pas suffisant pour compenser les départs en retraite dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des besoins.
- Le nombre de postes ouverts ne correspond pas au nombre d'internes réellement formés : par exemple une dizaine de postes n'ont pas été pourvus en 2021 en cardiologie interventionnelle et le même nombre en rythmologie.
- Cette répartition est préoccupante dans la mesure où la cardiologie générale permet d'assurer l'entrée du patient dans le parcours de soins cardiologique et son suivi régulier.

Au-delà des chiffres, la tension exprimée par les professionnels se traduit dans les symptômes d'épuisement rapportés : selon une enquête CNOM-CNPCV¹⁰, la grande majorité des répondants rapporte au moins l'un des trois symptômes d'épuisement professionnel au cours des 3 derniers mois.

⁸ Données Contrats de Service Public pour les années 2011-2020

⁹ Il existe également une formation transverse en cardiopathie congénitale, ouverte aux pédiatres et aux cardiologues - 40 postes ouverts en 2021

¹⁰ Enquête sur les cardiologues - CNOM-CNPCV - 2022

Évolution au sein des modes d'exercice :

La diminution nette de praticiens va générer une baisse générale des effectifs qui concernera aussi bien les cardiologues libéraux que les hospitaliers.

Concernant les praticiens hospitaliers (PH), on constate d'ores et déjà une stagnation des effectifs alors que les besoins augmentent.

Évolution de l'effectif des PH en médecine cardiovasculaire entre 2012 et 2022

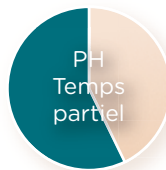
Statut	2012	2022	Évolution 2012-2022		Évolution moyenne annuelle (en%)
			en effectif	en %	
PH temps plein	1 067	1 188	1 21	11,3%	1,1%
PH temps partiel	285	171	-114	-40%	-5%
Ensemble des PH	1 352	1 359	7	0,5%	0,1%

Sur l'ensemble de la période considérée, du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2022, les corps des PH temps plein et temps partiel en médecine cardiovasculaire connaissent un taux moyen de croissance annuelle de 0,1 %. Cependant cette moyenne cache une forte disparité entre praticiens hospitaliers exerçant à temps plein et à temps partiel :



Effectif en faible croissance entre 2012 et 2022

passant de 1 067 PH en médecine cardiovasculaire au 1er janvier 2012 à 1 188 au 1er janvier 2022, soit une hausse de 1,1% par an.



Effectif en nette diminution entre 2012 et 2022

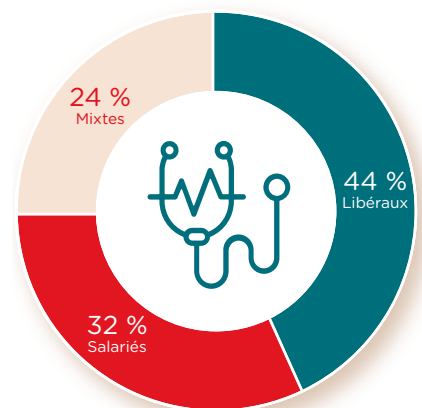
passant de 285 PH en médecine cardiovasculaire au 1er janvier 2012 à 171 au 1er janvier 2022, soit une baisse de 5% par an¹¹.



Quant aux cardiologues libéraux, leur effectif a connu une relative stagnation entre 2012 et 2016 (+ 1,2 % en quatre ans) et une légère augmentation entre 2017 et 2019 (+ 2,3 % en trois ans) en partie liée à l'augmentation de l'activité mixte¹².

Répartition des cardiologues par mode d'activité en 2021 :

En 2021, 44% des cardiologues exercent en libéral, 24% en exercice mixte et 32% ont choisi d'être salariés¹³.



¹¹ Centre Nationale de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la Fonction publique hospitalière - Praticiens hospitaliers statutaires (PH) - éléments statistiques des PH en cardiologie et maladies vasculaires - situation au 1er janvier 2022 - https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-06/Monographie_Cardiologie_2022.pdf

¹² Assurance maladie - « Profils » - Les cardiologues libéraux (2019) - septembre 2021

¹³ Données CNOM pour 2021



Les projections de la DREES pour les 5 prochaines années¹⁴

Ces dernières permettent de dégager deux grandes tendances :

- une diminution du nombre global de cardiologues
- une évolution vers une cardiologie majoritairement salariée à partir de 2025 chez les <49 ans alors qu'ils exercent aujourd'hui majoritairement en libéral.

Effectifs

Tous âges	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	5 854	5 689	5 723	5 721	5 758	5 784
Libéraux	3 879	3 720	3 595	3 463	3 345	3 242
Salariés exclusifs	1 975	1 969	2 128	2 259	2 413	2 542

50-59 ans	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	1 595	1 507	1 449	1 412	1 393	1 383
Libéraux	3 879	1 126	1 066	1 022	986	961
Salariés exclusifs	1 975	381	383	390	407	422

<49 ans	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	2 646	2 592	2 714	2 823	2 927	3 038
Libéraux	1 411	1 364	1 339	1 309	1 279	1 252
Salariés exclusifs	1 235	1 228	1 375	1 514	1 647	1 785

En outre, l'apparition d'aspirations différentes au sein des nouvelles générations se traduit par la diminution du temps médecin disponible. On constate par ailleurs que les jeunes cardiologues libéraux (< 45 ans) préfèrent travailler en groupe puisqu'ils ne sont que 17% à exercer en individuel¹⁵. Ces données rejoignent les conclusions d'une étude de la DREES sur les médecins généralistes¹⁶

Densité (nombre de cardiologues pour 100 000 habitants)

Tous âges	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	8,6	8,3	8,4	8,3	8,4	8,4
Libéraux	5,7	5,5	5,3	5,1	4,9	4,7
Salariés exclusifs	2,9	2,9	3,1	3,3	3,5	3,7

50-59 ans	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0
Libéraux	1,8	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4
Salariés exclusifs	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

<49 ans	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Effectifs tous modes	3,9	3,8	4,0	4,1	4,3	4,4
Libéraux	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8
Salariés exclusifs	1,8	1,8	2,0	2,2	2,4	2,6

¹⁴ Données DREES - Projections d'effectifs de médecins réalisées sur dataviz.drees (<https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>) ¹⁵Données CNOM pour 2021

¹⁶Données DREES - Etudes et résultats n°1229 de mai 2022 « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe » (M. Biais, M. Cassou, C. Franc).

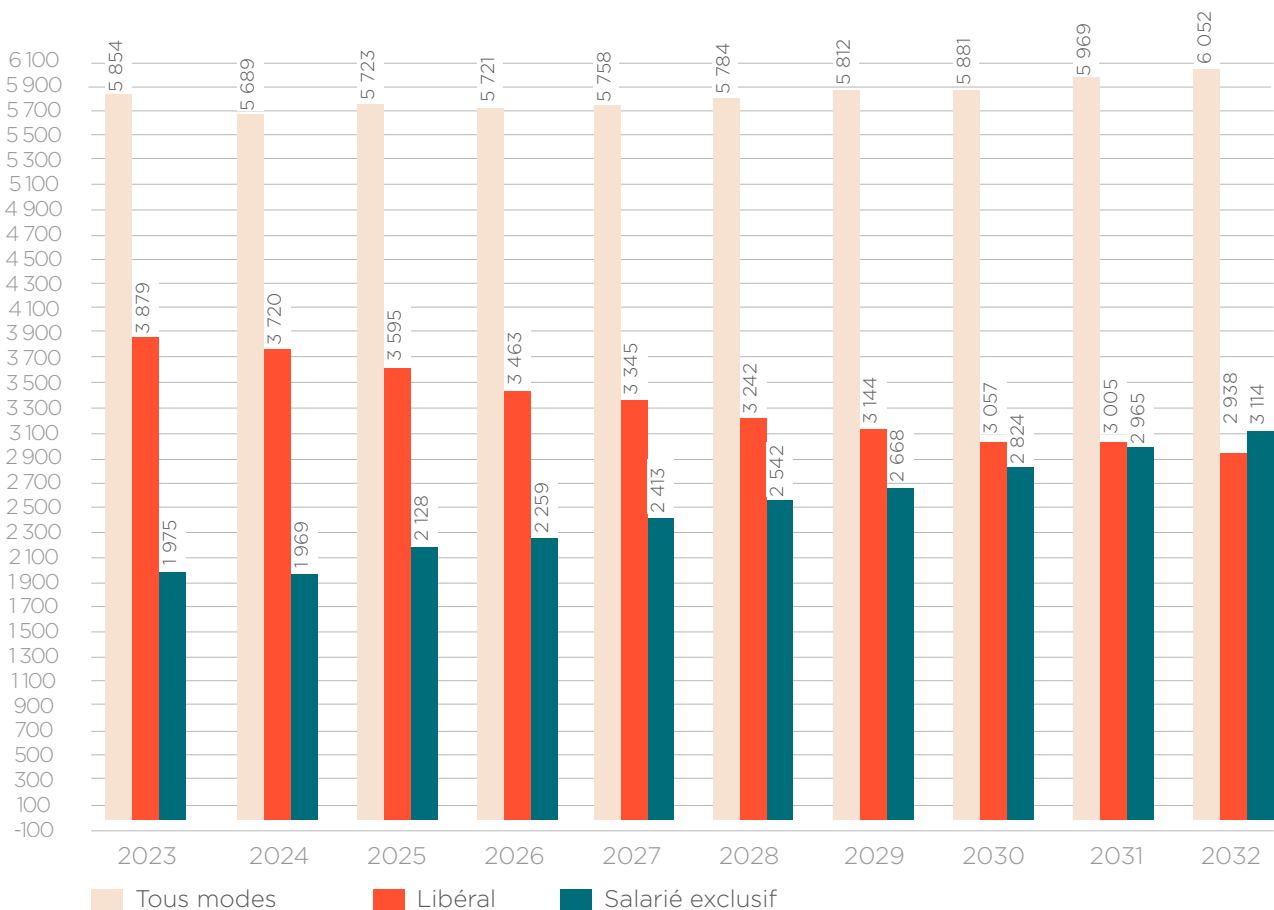


Ces projections incluent des **flux annuels de 8 700 étudiants admis en deuxième année et de 1 200 diplômés à l'étranger qui exercent en France via la procédure d'autorisation d'exercice (PAE)**. En cardiologie, ces derniers constituent une ressource déjà largement utilisée puisque 80 PAE de cardiologie ont été validées en 2022 au lieu des 10 habituelles. Or l'augmentation rapide du nombre de médecins actifs via le recours à des médecins diplômés à l'étranger est d'autant plus difficile pour la cardiologie qu'il s'agit d'une spécialité à forte technicité, notamment la cardiologie interventionnelle. Ce recours implique la nécessaire pérennisation des DIU qui assurent une bonne formation aux médecins étrangers venant exercer en France, qu'ils soient européens ou PAE (DIU de cardiologie interventionnelle, de rythmologie et d'imagerie). Cette ressource est déjà largement consommée puisque 28 % des cardiologues qualifiés par le CNOM entre 2017 et 2021 le sont avec un diplôme non français.

Projection DREES à 10 ans :

*une augmentation du nombre total de cardiologues à partir de 2032, notamment en exercice salarié. Les effectifs de la cardiologie libérale régressent et ne devraient pas retrouver leur niveau actuel. Cela implique la nécessaire évolution de la consultation cardiologique en ville. Comme les projections à 5 ans, ces projections incluent des **flux annuels totaux de 8 700 étudiants admis en deuxième année et de 1 200 diplômés à l'étranger**. Ces hypothèses supposent le maintien de ces flux par les pouvoirs publics. Elles ne présagent pas de l'évolution réelle des besoins de soins des patients concernés par les pathologies cardiovasculaires.*

Nombre de cardiologues Projections DREES 2023 - 2032 :



“

Dr Jean-Marcel MOURGUES Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Selon le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses » de l'Assurance Maladie en juillet 2022, les maladies cardio-vasculaires ont engagé 17,8 milliards € de dépenses en 2020, consacrés à la maladie coronaire (4,3 milliards €), aux accidents vasculaires cérébraux (3,9 milliards €) et à l'insuffisance cardiaque (3,0 milliards €). En 2020, 8,4 millions de patients ont reçu un traitement chronique du risque vasculaire.

La prévalence des personnes présentant aujourd'hui un risque cardiovasculaire augmente, la population française vieillissant inexorablement, l'augmentation de l'obésité étant à présent qualifiée d'épidémie.

Au même titre que l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales, la cardiologie est confrontée à :

- De fortes inégalités démographiques. Pour une densité France entière de 7,7 cardiologues /100 000 hab., la densité est par exemple de 4,1 dans l'Indre et de 13,1 dans les Bouches-du-Rhône, avec une densité médicale régulièrement plus basse dans les départements dont la population est la plus âgée
- Des délais d'accès aux soins et consultations auprès d'un cardiologue parfois très longs



- Une hyperspécialisation, avec de fait, une difficulté à identifier des cardiologues « généralistes », considérés pourtant souvent comme la porte d'entrée dans le parcours de soins cardiologique

La prise en charge des patients doit s'élargir par le dépistage, la prévention et l'éducation.

Privilégier une juste évolution des besoins en santé selon les territoires s'impose à nous tous.

L'hyperspécialisation, reflet de l'excellence de la spécialité, aux plateaux techniques sophistiqués ne permet pas un maillage de grande proximité géographique. Au-delà du risque de segmentation, elle permet cependant des connexions entre ces différentes compétences. La valorisation d'un parcours de soins coordonné, avec une réorientation de la cardiologie générale incluant davantage de professionnels de santé (délégation de tâches sous la supervision du médecin) et consacrant enfin une place d'importance à la prévention, s'impose désormais comme une priorité. C'est dans ce sens que l'Ordre des Médecins sera facilitateur d'une réflexion partenariale et transversale pour améliorer l'accès et le parcours de soins.

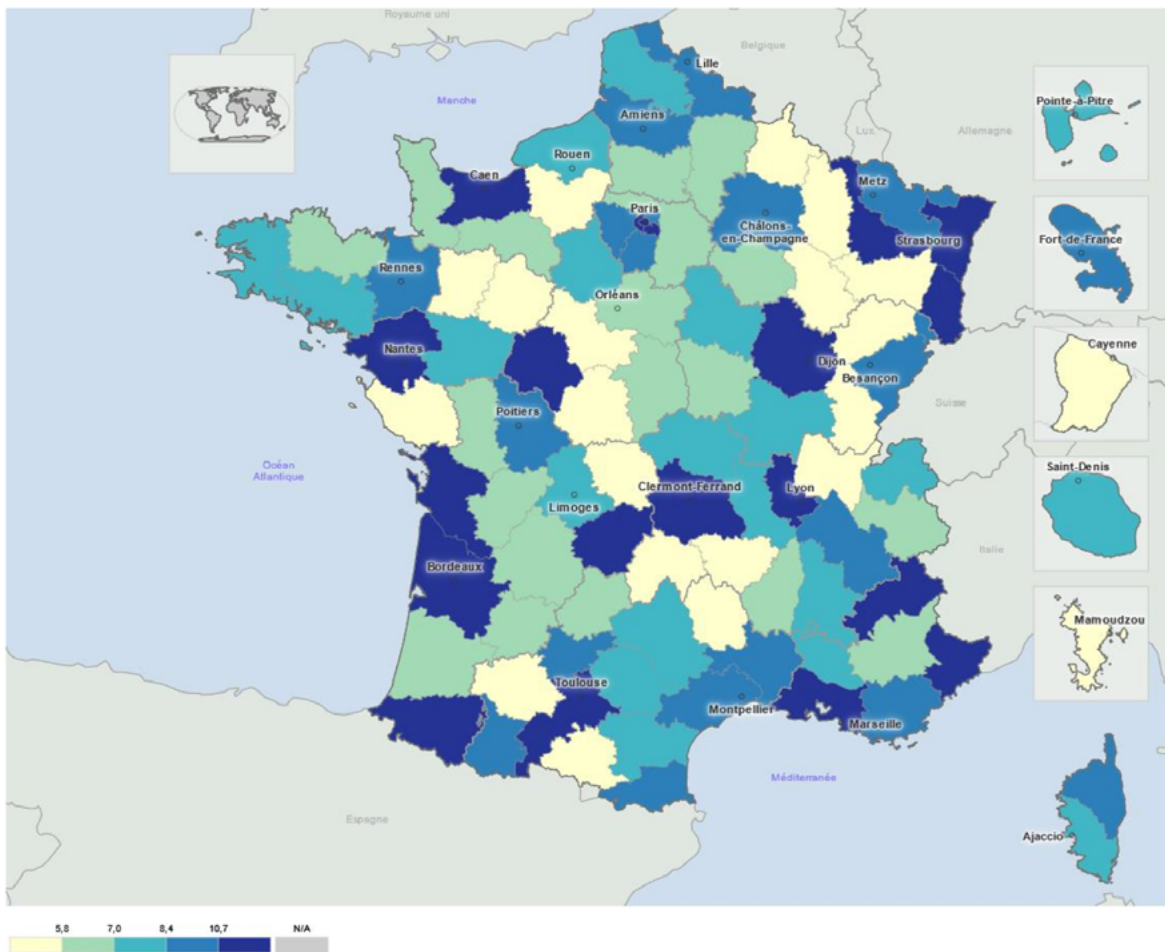
”

► Une répartition inégale sur le territoire national

La densité moyenne nationale est de 7,7 médecins pour 100 000 habitants, 8,0 si l'on considère la seule métropole. Cependant, ce chiffre masque d'importantes disparités nationales. Le département Indre et Loire compte ainsi 13,3 cardiologues pour 100 000 habitants alors que la Haute Saône n'en a que 2,5. Si l'on observe la densité des cardiologues en fonction de la pyramide des âges, on confirme une double tendance : les disparités territoriales vont continuer de s'accroître et le manque de cardiologues va se généraliser.

Densité des cardiologues sur le territoire

(au 1er janvier 2022)



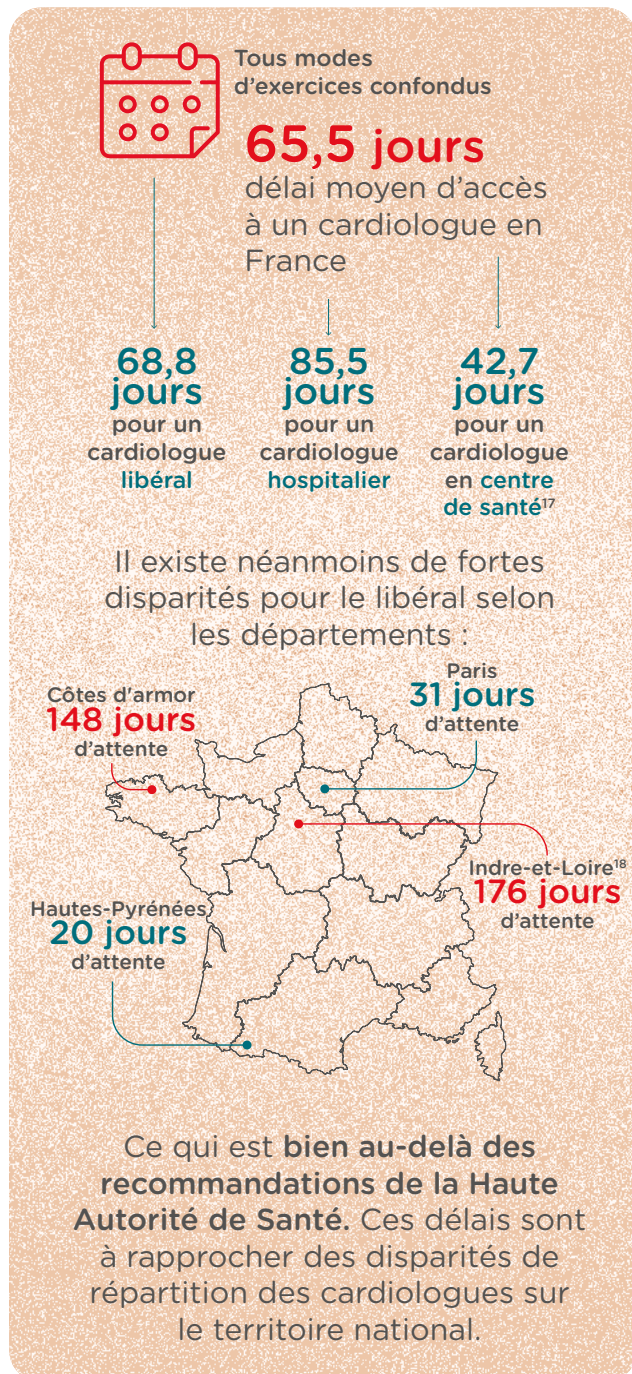
► Une répartition des cardiologues incohérente par rapport aux besoins de la population

Les MCV concernant plus particulièrement les personnes âgées de 60 ans et plus, il est intéressant d'observer la répartition des cardiologues par rapport à cette partie de la population. On constate alors que la répartition des cardiologues n'est pas cohérente par rapport aux besoins de la population. Ainsi, Paris affiche une densité de 23,3 cardiologues pour 100 000 habitants mais seulement 23% de la population parisienne a plus de 60 ans. Cela ramène la densité de cardiologues à 31 pour 100 000 habitants de plus de 60 ans (la plus élevée du territoire métropolitain). A l'inverse, les 60 ans et plus représentent 40% de la population dans le Lot et la Creuse, mais la densité des cardiologues n'y est respectivement que de 9 et 7 cardiologues pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge.

▸ Des délais de prise en charge trop longs

Le système d'astreinte et de garde subit de fortes tensions dans tout le système de santé et en particulier au sein des Unités de Soins Critiques en Cardiologie (USIC). Ces tensions sont aggravées par les délais de prise en charge trop longs pour les consultations programmées et des délais préoccupants pour les consultations après décompensation cardiaque.

Les délais de consultation



Les délais de consultation après une décompensation cardiaque

La décompensation est l'une des complications de l'insuffisance cardiaque. Elle engendre un **risque élevé de mortalité et induit des dépenses d'hospitalisation** :

 **+ d'1 milliard €¹⁹**

Elle se manifeste par l'apparition de **symptômes** tels que :



essoufflement



prise de poids



oedèmes
des membres inférieurs



fatigue

Alors qu'une prise en charge rapide est recommandée (l'ESC recommande une prise en charge dans les 15 jours), les délais de consultation en ville sont tels qu'ils ne permettent pas d'éviter l'hospitalisation de 47,4% des patients plus de 15 jours après l'apparition des premiers symptômes. **Pour un tiers des patients, ce délai monte à plus de 2 mois²⁰.**

¹⁷ Données Doctolib 2022

¹⁸ Données Doctolib 2022

¹⁹ Données assurance maladie (data.ameli.fr)

²⁰ Livre Blanc - Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies. 2021

“ M. Philippe Thébault Président de l'association « L'Alliance du Cœur »

En tant qu'association de patients, nous recevons de nombreux témoignages confirmant les difficultés énumérées dans l'état des lieux au début du Livre Blanc : la nécessité de prendre en charge des patients ayant plusieurs pathologies, le nombre croissant de patients, la diminution du nombre de cardiologues et la disparité de l'offre selon les régions avec une augmentation des déserts médicaux.

Pour les patients, cela signifie qu'une prise en charge « adaptée » peut être retardée, si le diagnostic est posé tardivement ou mal évalué, dès le premier rendez-vous chez un médecin. Dans le cas plus précis des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, cela peut se traduire par une hospitalisation pour décompensation.

Il arrive également que des patients renoncent à certains soins compte tenu du délai de prise en charge ou pour obtenir un rendez-vous. De plus, au cours du parcours de soins, nous notons qu'il faudrait prévoir un entretien différemment construit et surtout avec un contenu plus adapté et plus compréhensible par le patient. En effet, beaucoup ne comprennent pas



les termes ou informations donnés par le médecin et se taisent, par peur du ridicule ou parce qu'ils sentent que le médecin n'a pas de temps à perdre.

Nous continuerons à œuvrer pour développer la prévention primaire et secondaire et comptons sur un travail commun avec les cardiologues pour obtenir davantage de moyens pour développer la prévention : diffusion de messages « grand public », organisation de journées de dépistage sur l'ensemble du territoire, ... Cet investissement contribuerait in fine à la maîtrise des dépenses de santé car les études montrent qu'une prise en charge précoce des facteurs de risque permet d'éviter en grande partie la survenue de complications cardiovasculaires et neurovasculaires (AVC, infarctus, etc...).

Enfin, toujours dans la perspective d'un travail commun avec les cardiologues, nous les appelons à nous accompagner lors de nos manifestations et journées de dépistage. En effet, nous constatons une forte attente du public lors de ces événements, en particulier à la lecture des résultats du dépistage. Ensemble, nous pouvons améliorer la santé cardiaque des patients.

”

RECOMMANDATIONS DU CNPCV

Le nombre des cardiologues stagne alors que celui des patients concernés par les pathologies cardiovasculaires, souvent combinées à d'autres pathologies, augmente régulièrement. La complexification des situations des patients et l'inadéquation entre l'offre et la demande en soins de cardiologie génèrent plusieurs problématiques notamment des disparités d'accès aux soins et des délais trop longs pour l'obtention des rendez-vous. Elle implique également que les cardiologues ne prennent pas en charge tous les patients qu'ils devraient voir. Plusieurs pistes existent pour répondre à ces problématiques.

RECOMMANDATION 1 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE DE SOINS EN CARDIOLOGIE

► Proposition 1 : Augmenter rapidement le nombre de cardiologues

Pourquoi ? On constate un décalage important entre le départ des cardiologues à la retraite et la formation de nouveaux cardiologues. Alors que le nombre de patients concernés par les pathologies cardiovasculaires augmente régulièrement touchant à la fois les urgences et les maladies chroniques, celui des cardiologues diminue de manière continue. Selon les prévisions de la DREES, toutes spécialités confondues, seule une hausse de 20% des étudiants formés pourrait atténuer le creux démographique et permettrait de retrouver un niveau comparable au niveau actuel. En cardiologie, cela représenterait au moins 30 étudiants supplémentaires par an.

Comment ? Limiter la vacance des postes i) en augmentant le nombre de postes d'internes en cardiologie ouverts tous les ans en consolidant la cardiologie générale et chacune des 3 options ; ii) en favorisant les échanges entre ARS ; iii) en instituant une gestion pluriannuelle des options ; iv) assouplir les modalités d'accès aux options (passerelles et droit au remords)

Quels acteurs ? Pouvoirs publics (ministère de l'enseignement supérieur et de la

recherche, ministère des solidarités et de la santé), CNPCV, CNEC.

► Proposition 2 : consolider la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë sur le territoire national

Pourquoi ? De nombreuses études scientifiques ont établi l'impact majeur de la revascularisation précoce à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde, pratique qui a bouleversé la survie et la qualité de vie des patients pris en charge pour une cardiopathie ischémique avec pour conséquences de transformer la maladie coronaire en maladie chronique avec des événements aigus. La France compte à l'heure actuelle 212 centres d'angioplastie (207 en métropole) et 1093 cardiologues interventionnels dont 38% ont plus de 55 ans et 25% (273) plus de 60 ans. Cette configuration démographique entrainera une pénurie importante dans 5 ans si le relais n'est pas assuré au moment de leur départ en retraite. Or le nombre de cardiologues réellement formés à la prise en charge des urgences coronaires ne permettra pas de compenser ce déficit. Ce nombre est différent du nombre de postes ouverts à l'option, une dizaine de postes n'étant pas occupés depuis la réforme.

Comment ? i) faciliter l'accès à l'option cardiologie interventionnelle de l'adulte en augmentant le nombre global de postes de cardiologues ouverts chaque année pour augmenter le nombre de cardiologues formés sans pénaliser la cardiologie générale et les autres options ; ii) améliorer l'attractivité de l'exercice et de la permanence des soins en favorisant l'offre de soins.

Quels acteurs ? DGOS, ARS, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, universités, CNEC, responsables DES.

► **Proposition 3 : Utiliser au quotidien les outils numériques, notamment la télémédecine, pour rendre la pratique en cardiologie plus efficiente en s'appuyant également sur de nouveaux métiers**

Pourquoi ? Certaines évolutions technologiques constituent une réelle source d'amélioration des pratiques et permettent de libérer du temps médical pour développer les activités à plus forte valeur ajoutée. Elles peuvent ainsi concourir à une délégation de tâches notamment pour la suivi des patients grâce à l'implication des paramédicaux (IPA, ...).

Comment ? i) Favoriser le recours à une pratique aidée (outils numériques et intelligence artificielle pour optimiser les plannings, logiciels d'aide à la décision, e-prescription) et connectée (utilisation de la téléexpertise, de la télésurveillance et des objets connectés) ; ii) développer des structures adaptées à la gestion des alertes remontées par ces nouveaux outils et les nouveaux métiers (équipes IDE, IPA, ...) ; iii) faire rapidement évoluer la nomenclature pour favoriser le développement de la télémédecine.

Quels acteurs ? CNAM, syndicats professionnels, cardiologues, écosystème de la e-santé.

► **Proposition 4 : Renforcer la coordination des acteurs de la filière cardiologie**

Pourquoi ? Spécialiste des MCV, le cardiologue doit pouvoir s'appuyer sur d'autres médecins et professionnels de santé lorsque la situation l'exige (pénurie de cardiologues sur le territoire, prises en charge complexes comme la cardio-gériatrie, ...). La complexité et la spécificité des prises en charge des urgences et des pathologies cardiovasculaires stabilisées font du cardiologue un correspondant incontournable pour le médecin généraliste et les acteurs de soins primaires. De plus, notre système de santé fait face à de nombreux défis qui imposent de développer une prise en charge « holistique » des patients qui présentent souvent des comorbidités. Cette approche globale doit apporter une réponse graduée et combiner prévention, soins et suivi médico-social et implique l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé.

Comment ? i) Améliorer la coordination et la communication entre les cardiologues et les autres médecins et professionnels de santé : médecins généralistes, autres spécialistes, dispositifs territoriaux (ESS, CPTS, téléexpertise) et établissements de soins ; ii) favoriser l'implication des cardiologues dans une démarche de responsabilité populationnelle.

Quels acteurs ? Pouvoirs publics, professionnels de santé, professionnels du secteur médico-social.

▸ Proposition 5 : Favoriser le développement de nouveaux métiers et leur participation à la prise en charge des patients en cardiologie au sein de nouveaux parcours en cardiologie

Pourquoi ? La pénurie de cardiologues, l'augmentation de la prévalence des pathologies cardiovasculaires et la nécessité d'apporter une meilleure réponse aux urgences cardiovasculaires impliquent de redéployer les moyens à notre disposition pour répondre au mieux aux besoins de la population au travers d'une prise en charge structurée et continue au sein de parcours construits au plus près du domicile. De plus, des actes techniques tels l'acquisition des examens échographiques, auront vocation, à terme, à être réalisés par des professionnels sous la responsabilité des cardiologues qui pourront ainsi se consacrer à des tâches qui correspondent davantage à leurs compétences et à leurs connaissances. L'intégration accrue des technologies numériques facilitera cette évolution.

Comment ? i) développer les métiers d'assistants médicaux, d'infirmiers de pratique avancée (IPA) et d'infirmiers et techniciens en échographie cardiaque et vasculaire et en contrôle des prothèses rythmiques. Ces professionnels doivent travailler sous la supervision des cardiologues pour permettre un meilleur suivi des patients et une meilleure coordination des soins. Dans ce contexte et à titre d'exemple, le métier d'assistant médical doit pouvoir se substituer ou compléter celui de secrétaire médical ; ii) développer de nouveaux parcours pour les patients souffrant de pathologies cardiovasculaires, chacun comprenant entre autres des volets « prévention » et « éducation thérapeutique » ; iii) développer les actions d'éducation thérapeutique et de la prévention et favoriser la prise en charge des facteurs de risques à

travers le renforcement et l'augmentation des consultations infirmières et I.P.A.

Quels acteurs ? Pouvoirs publics (ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministère des solidarités et de la santé, parlementaires), CNP CV, syndicats professionnels (cardiologues et infirmiers), sociétés savantes, cardiologues, CNP IDE et CNP IPA.

▸ Proposition 6 : Améliorer la pertinence de l'adressage des patients aux cardiologues par les autres médecins

Pourquoi ? Les cardiologues sont sollicités par les autres professionnels de santé pour réaliser des examens parfois inutiles et pas toujours conformes aux recommandations des sociétés savantes.

Comment ? i) Construire des référentiels pour garantir la pertinence des prises en charge et des actes ; ii) veiller à la juste prescription des examens selon les recommandations institutionnelles et des sociétés savantes ; iii) améliorer la coordination et la communication entre les cardiologues et les autres médecins et professionnels de santé : médecins généralistes, autres spécialistes, ... (ESS, CPTS, téléexpertise).

Quels acteurs ? CNPCV, Collège de Médecine Générale, HAS, ...

RECOMMANDATION 2 : IMPLIQUER TOUS LES CARDIOLOGUES DANS LA FILIÈRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

▸ Proposition 7: Encourager la participation de tous aux gardes et aux astreintes

Pourquoi ? Nos 212 Unités de Soins

Intensifs Cardiologiques (USIC) accueillent les patients présentant des infarctus du myocarde, des décompensations cardiaques, des troubles du rythme ou encore des chocs cardiogéniques. Or la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et du repos de garde obligatoire (directive européenne sans compensation ad hoc via l'augmentation du personnel) a fortement complexifié la permanence des soins mais aussi l'accès aux soins. Du fait de la pénurie de cardiologues, certains établissements ne peuvent plus remplir les plannings de gardes et d'astreintes dans des conditions de sécurité satisfaisantes alors que notre système de santé doit de plus en plus répondre à des critères de qualité de l'accès aux soins. Promulguée en 2005, la décision de construire la permanence des soins sur la base du volontariat met les structures hospitalières publiques et privées en première ligne dans la gestion des hospitalisations non programmées avec un afflux de patients difficile voire impossible à gérer. La crise actuelle des services des urgences et des urgences cardiologiques en est le témoin.

Comment ? i) Revaloriser les gardes et les astreintes sur le plan financier ; ii) adapter l'organisation des gardes et des astreintes aux besoins de la population locale (passerelles entre le public et le privé quand, localement, des possibilités de coopération et / ou mutualisation des gardes peuvent s'envisager) ; iii) repenser les délégations de tâches pour faciliter le travail des médecins de garde ; iv) organiser et prendre en charge la formation continue spécifique aux urgences CV ; v) réinstaurer des lignes d'astreinte pour les établissements privés ; vi) améliorer l'environnement et la qualité de vie au travail lors des gardes ; vii) favoriser les remplacements de cardiologues libéraux à partir d'un nombre minimum de trimestres validés.

Quels acteurs ? CNAM, DGOS, ARS, éta-

blissements hospitaliers, sociétés savantes.

► Proposition 8 : Impliquer les cardiologues de ville dans la permanence des soins non programmés et le suivi cardiologique post accueil aux urgences (SAU)

Pourquoi ? Les urgences sont le recours par défaut de nombreux patients présentant des symptômes cardiologiques qui peuvent être pris en charge en consultation. De plus, un avis cardiologique n'est pas toujours disponible dans les services d'accueil des urgences.

Comment ? i) Développer et valoriser des filières de soins non programmés en cardiologie en lien avec les SAU, incluant les cardiologues libéraux ; ii) instaurer une filière de cardiologie post - SAU (par exemple via l'indemnisation de plages horaires vacantes pour des consultations non programmées prescrites par le SAU et le Service d'Accès aux Soins - SAS).

Quels acteurs ? Services d'urgences, cardiologues hospitaliers et libéraux, gériatres, CNAM, équipes de soins spécialisés (ESS).

RECOMMANDATION 3 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA CARDIOLOGIE GÉNÉRALE

► Proposition 9 : Valoriser la cardiologie générale en ville et à l'hôpital

Pourquoi ? Majoritairement exercée en cabinet de ville, la cardiologie générale est le point d'entrée des patients dans les parcours de soins cardiologiques. L'augmentation de la prévalence des pathologies cardiovasculaires au sein de la population augmente donc les besoins dans cette activité qui doit être valorisée dans le parcours de formation des internes.

Comment ? i) Ré-évaluer rapidement les impacts de la nouvelle maquette du DES de cardiologie sur le post internat ; ii) améliorer l'attractivité de la formation de cardiologie générale pendant le DES par des enseignements dédiés à la cardiologie clinique (simulation, master classes) et en promouvant les stages en cabinet libéral ; iii) promouvoir la formation « maître de stage » auprès des cardiologues exerçant en cabinet de ville ; iv) favoriser les dispositifs existants et sous-utilisés, notamment la possibilité pour les internes de 5ème année d'utiliser 1/2 journée par semaine pour un stage en cabinet libéral dès la phase d'approfondissement ; v) valoriser l'exercice d'une cardiologie non interventionnelle au sein des établissements de santé ; vi) favoriser les remplacements des cardiologues libéraux à partir d'un nombre minimum de trimestres validés.

Quels acteurs ? CNEC, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, universités, responsables DES, sociétés savantes (SFC, ...).

► **Proposition 10 : Promouvoir le statut mixte des médecins pour décroiser la ville et l'hôpital et améliorer l'attractivité des postes hospitaliers**

Pourquoi ? La pénurie annoncée de médecins implique d'ouvrir davantage le système de santé et de le rendre plus flexible pour améliorer son efficacité et garantir une prise en charge de la population adaptée à ses besoins.

Comment ? i) Réfléchir à un statut mixte des médecins qui leur permettrait de mieux adapter leur exercice aux besoins des populations de leurs territoires en favorisant les passerelles entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier. Les démarches administratives devraient être faciles et simples. ; ii) valoriser l'attractivité

des postes de praticiens hospitaliers et en particulier l'exercice de la cardiologie non interventionnelle dans les établissements publics ; iii) favoriser la mutualisation des plateaux techniques.

Quels acteurs ? Pouvoirs publics (ministère des Solidarités et de la santé, Parlement).

RECOMMANDATION 4 : FAVORISER L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET LA PERTINENCE DES ACTES

► **Proposition 11 : Développer des indicateurs pertinents de performance et de qualité en cardiologie**

Pourquoi ? L'évaluation des pratiques (d'un simple Développement Professionnel Continu (DPC) / Groupe d'Analyse des Pratiques (GAP) jusqu'à l'accréditation et la certification...) est nécessaire pour analyser la réponse apportée par chaque médecin aux besoins de la population de son territoire. La définition d'indicateurs de performance s'intègre également dans la valorisation de l'activité médicale par la CNAM. Enfin la définition d'indicateurs de qualité au sein des cabinets et des établissements permettrait d'avoir des données objectives pour évaluer la qualité de l'exercice.

Comment ? i) rappeler les recommandations émanant des sociétés savantes ; ii) développer de nouveaux indicateurs pour valoriser l'activité, par exemple la rédaction systématique d'un courrier d'adressage et l'inclusion d'un compte-rendu des RCP dans les dossiers de sortie des patients. D'autres indicateurs pourraient être définis, portant par exemple sur le profil de risque des patients suivis.

Quels acteurs ? CNPCV (en partenariat avec un organisme spécialisé), HAS.

▸ Proposition 12 : Mettre en place une évaluation des pratiques au sein des cabinets et des établissements de santé

Pourquoi ? L'évaluation des pratiques professionnelles permet au cardiologue d'évaluer ses pratiques et de les confronter à celles d'autres cardiologues ainsi qu'aux données les plus récentes de la littérature médicale. C'est un élément incontournable pour faire le point sur sa pratique et l'améliorer.

Comment ? i) Développer les actions d'évaluation des pratiques dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) et inciter les cardiologues à suivre ce type d'action de formation au cours de chaque cycle de DPC (parcours patients-traceurs, audits croisés entre pairs) ; ii) préparer ainsi le passage à la re-certification obligatoire au 1er janvier 2023 ; iii) former des ingénieurs qualité et financer leur accompagnement des professionnels au sein d'un territoire ou d'un groupement.

Quels acteurs ? Organismes de Développement Professionnel Continu (ODP2C, ...), syndicats professionnels, sociétés savantes, établissements de santé, chefs de pôle, chefs de service.

▸ Proposition 13 : Améliorer l'expérience patient

Pourquoi ? L'expérience patient recouvre l'ensemble des interactions des patients et de leurs proches avec une organisation de santé, ces interactions étant susceptibles d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé. Elle s'inscrit dans une volonté globale d'amélioration de la qualité des soins. Depuis le début des années 2000, plusieurs pays l'utilisent dans ce sens. La Société Européenne de Cardiologie implique de plus en plus les

patients dans la rédaction des recommandations de pratique avec une valeur ajoutée indéniable.

Comment ? i) Déterminer des critères qualité et travailler avec les représentants des usagers du système de santé ; ii) inciter les équipes de soins à rencontrer un patient partenaire ; iii) favoriser la réalisation d'enquêtes pour évaluer l'expérience patient.

Quels acteurs ? Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP), France Assos Santé, Alliance du Cœur, sociétés savantes, syndicats professionnels, directions des établissements, chefs de pôle, chefs de Service.

RECOMMANDATION 5 : SOUTENIR LA RECHERCHE

▸ Proposition 14 : Développer la recherche pour faire face aux grands enjeux de la cardiologie et maintenir l'attractivité de la spécialité

Pourquoi ? La prévalence et l'incidence des MCV augmentent avec le vieillissement et leur nature évolue. Mieux les prévenir et mieux les traiter constituent un défi qui ne pourra être relevé qu'avec des investissements importants. La France a été pionnière dans de nombreux traitements qui ont transformé la prise en charge et le pronostic des patients. Pourtant les investissements publics dans la recherche médicale diminuent alors que les pathologies cardiovasculaires progressent. Face aux enjeux que représentent les MCV, il est indispensable de renforcer la recherche publique cardio-vasculaire.

Comment ? Renforcer la recherche nécessite de mobiliser tous les acteurs de la santé prenant en charge les pathologies cardiovasculaires : i) Proposer un plan Cœur Maladies Cardiovasculaires sur le


modèle des Plans Cancer ; ii) soutenir la création d'instituts hospitalo-universitaires (IHU) à thématique cardiovasculaire sur le territoire national dans le cadre des financements du Programme d'Investissement d'Avenir (PIA) ; iii) améliorer l'attractivité de la recherche au cours du DES en encourageant et facilitant la réalisation de master 2 et de thèses d'université sans perte de chance sur l'accès aux options ; iv) améliorer l'attractivité internationale des formations nationales (*cardiovascular graduate program*) et faciliter les démarches administratives pour l'accueil de cardiologues et chercheurs étrangers et faciliter les séjours internationaux des cardiologues français ; v) développer des réseaux de praticiens en concertation et en collaboration avec les entrepôts

et les hébergeurs de données massives (big data) permettant de développer cohortes et registres sur les territoires ; vi) promouvoir une formation à la recherche clinique destinée aux praticiens de ville ; vii) valoriser financièrement la participation à la recherche clinique, quel que soit le mode d'exercice ; viii) organiser sur le territoire l'intervention d'équipes de techniciens de recherche clinique pour les soins primaires et les cabinets de cardiologie.

Quels acteurs ? Société Française de Cardiologie et ses communautés, CNCH, CNCF, DGOS, INSERM, ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur, CNEC, établissements de santé et DRC, Universités, Fédération Française de Cardiologie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ARS	Agence Régionale de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNCF	Collège National des Cardiologues Français
CNCH	Collège National des Cardiologues des Hôpitaux
CNEC	Collège National des Enseignants en Cardiologie
CNP CV	Conseil National Professionnel de Cardiologie
CNP IDE	Conseil National Professionnel des Infirmiers Diplômés d'Etat
CNP IPA	Conseil National Professionnel des Infirmiers en Pratique Avancée
CPTS	Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ESS	Equipes de Soins Spécialisés
FFC	Fédération Française de Cardiologie
GAP	Groupe d'Analyse des Pratiques
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IPA	Infirmier en pratique avancée
ODP2C	Organisme de Développement Professionnel Continu en Cardiologie
PAE	Procédure d'Autorisation d'Exercice
RCP	Réunion de concertation pluriprofessionnelle
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SNC	Syndicat National des Cardiologues



Conseil National Professionnel
CardioVasculaire

