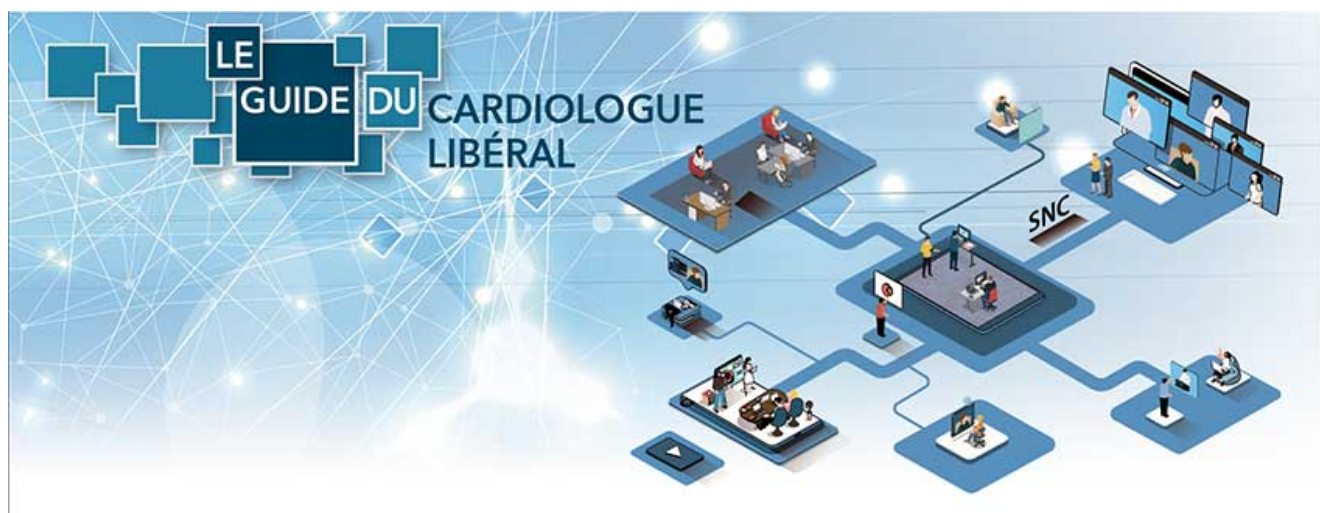


# Les e-rencontres 2022



**Notre environnement nous oblige chaque jour à nous remettre en question, à rester attentifs aux évolutions de notre pratique médicale et à penser autrement l'avenir de la profession.**

**Dans ce contexte, le syndicat national des cardiologues veut être proactif et vous apporter les outils pour accompagner ces changements.**

**Chaque année, les e-rencontres nous permettent de confronter notre vision sur les évolutions de notre profession et vos expériences de terrain. L'édition 2022 nous a permis de réfléchir ensemble au cabinet de cardiologie à horizon 2030.**

**Nous vous présentons ici une synthèse des échanges que vous pourrez retrouver en replay sur le site internet du SNC..**

## LES e-RENCONTRES

# 2022

Coordination : Nathalie Zenou

# Sommaire

## LE CABINET DE CARDIOLOGIE DANS 10 ANS

- L'ontogenèse de la cardiologie libérale
- Et s'il n'y avait plus de cabinet de cardiologie dans 10 ans ?
- Le cabinet du cardiologue de demain
- Comment les jeunes travaillent-ils ?

## L'ORGANISATION DU CABINET DEVANT DEUX PATHOLOGIES

- La maladie coronaire
- L'insuffisance cardiaque

# Le cabinet de cardiologie dans dix ans

L'ontogenèse de la cardiologie libérale

*Jean-François Thébault, vice-président de la fédération française des diabétiques.*

**La cardiologie libérale est aujourd'hui ancrée dans les parcours de soins. Les cardiologues ont notamment réussi à conserver la totalité du champ de l'imagerie et de l'interventionnel au sein de leur spécialité alors que dans d'autres spécialités, ces activités ont été déléguées aux radiologues et aux chirurgiens.**

A l'origine, les cardiologues travaillaient de manière isolée dans leur cabinet, parfois à deux. Ils étaient toujours rattachés à un service hospitalier où ils faisaient leurs explorations fonctionnelles et participaient à la consultation externe et à la visite. Peu à peu, les cardiologues se sont éloignés des centres-villes et des CHU et ont pu proposer leurs services aux patients et aux médecins généralistes.

## **Face aux enjeux du système de santé, le modèle des générations passées n'est plus pertinent et les cardiologues doivent relever quatre défis :**

**1. La nécessité de se regrouper et de se coordonner entre cardiologues,** physiquement ou à distance, via les équipes de soins spécialisées (ESS) qui permettent à des cardiologues ayant des compétences différentes de travailler ensemble et d'assurer la continuité des soins sur l'ensemble d'un territoire avec les établissements de soin, publics et privés, en consultations programmées ou non.

**2. Devenir des entrepreneurs,** c'est-à-dire des professionnels qui embauchent, qui gèrent des équipes, non médicales ou paramédicales, voire des collaborateurs médecins. Cela implique de se former de manière spécifique : DIU, masters... permettant d'acquérir des compétences de manager, de financier, de DRH, indispensables pour se développer et ne pas faire (trop) d'erreurs. D'autres spécialistes ont déjà suivi cette voie et si les cardiologues ne le font pas, des structures capitalistiques prendront ce créneau, comme c'est déjà le cas pour la biologie médicale, l'ophtalmologie ou même la radiologie.

**3. La bonne articulation et la coordination** avec les médecins généralistes en amont et avec les établissements hospitaliers en aval.

**4. Le virage du numérique et de la télémédecine.** Les cardiologues doivent enfin participer à la prévention primaire et mieux collaborer avec les patients et les associations d'usagers du système de santé pour les faire participer encore davantage à la prise de décision médicale, gage d'une bonne observance et d'une bonne efficacité.

Et s'il n'y avait plus de cabinet de cardiologie dans 10 ans ? Récit d'une fiction

*Vincent Pradeau, président du conseil national professionnel de cardiologie.*

**Ce qui suit est une fiction. Toute ressemblance avec des personnes existant ou ayant existé est fortuite.**

**Il était une fois... Nous sommes en 2021.** *Stéphane* est cardiologue. Ancien chef de clinique, il est installé en secteur 2 depuis 15 ans dans un cabinet de groupe qu'il partage avec 4 confrères (dont 3 sexagénaires), en périphérie d'une ville universitaire. Associés au sein d'une SCI commune, ils exercent en SCM sans partage d'honoraires. Le prêt étant remboursé, ils sont propriétaires de leurs locaux.

*Stéphane* travaille 4 jours par semaine. Il s'accorde 8 semaines de vacances par an et consacre 10 jours chaque année aux congrès de cardiologie. Son agenda est rempli à 6 mois et il n'accepte pas de nouveaux patients. Ses journées sont parfois longues car il doit prendre des urgences. Il n'a pas d'activité d'hospitalisation et réalise ses épreuves d'effort dans une clinique proche à laquelle il reverse 30 % de ses honoraires.

**2022** La télésurveillance passe dans le droit commun, notamment grâce aux efforts du syndicat national des cardiologues (SNC). *Stéphane* et ses associés n'ont pas envie d'avoir « un fil à la patte » et choisissent de ne pas assurer la surveillance des patients insuffisants cardiaques et des porteurs de stimulateurs.

**2023** Alors qu'une nouvelle convention se profile, la CPTS locale contacte le cabinet. Elle regroupe six maisons de santé et la majorité de leurs correspondants en sont membres. La CPTS demande à *Stéphane* et ses associés d'assurer le suivi de 800 insuffisants cardiaques et de 1 600 coronariens.

Manque de temps et d'envie de travailler avec une équipe mobile d'IPA ou encore d'utiliser la télémédecine en EHPAD... les cardiologues ne donnent pas suite.

**2024** Un coup de tonnerre retentit lorsque l'échographie est décotée à 25 Ä.

*Stéphane* et ses associés refusent de déléguer cette tâche à des IDE comme le font d'autres cabinets de taille équivalente. « Cela fait partie du travail du cardiologue ». Leurs cinq échographes haut de gamme deviennent cinq échographes d'entrée de gamme. La même année, la clinique dans laquelle *Stéphane* réalise ses épreuves d'effort lui demande de participer au plateau de consultations plurispécialisées coordonnées qu'elle met en place avec Doctolib, entretemps devenu une filiale de Google. *Stéphane* refuse. La clinique résilie alors le contrat par lequel elle lui mettait à disposition la salle d'effort.

**2025** La télésurveillance des prothèses, de l'insuffisance cardiaque et des coronaropathies est assurée par le plateau de consultations plurispécialisées coordonnées qui constitue l'équipe de soins spécialisées (ESS) de la clinique devenue ELViRa, les trois principaux groupes privés ayant fusionné. Le centre de scintigraphie a drastiquement réduit le nombre de vacations des cardiologues : le scanner est désormais en recommandation de classe 1A à la suite de l'étude coût efficacité commandée par l'IGAS à la HAS. L'agenda de *Stéphane* est maintenant plein sur un mois mais il hésite cependant à répondre à la sollicitation de l'ARS d'aller un jour par semaine faire des consultations avancées à 60 kilomètres du cabinet. Lorsqu'il finit par accepter, il apprend qu'un de ses associés l'a précédé sans le lui dire.

**2026** L'heure de la retraite sonne pour deux des associés les plus âgés (67 et 68 ans). Le conventionnement sélectif instauré par la CNAM ne permet plus l'installation de cardiologues dans la région, le territoire étant considéré comme « surdoté ». Dans le même temps, une jeune médecin vasculaire, éconduite par le cabinet en 2024 car « *n'étant pas vraiment cardiologue* », une fois son nouveau DES fini, intègre le plateau plurispécialistes de la clinique avec un statut mixte - salariée à mi-temps (60 K euros) + 1 journée de libéral. En plus des échodopplers, elle suivra des patients hypertendus, des diabétiques, des athérombotiques et des coronariens.

**2027** Un fait divers défraye la chronique : un jeune footballeur de 16 ans, fils de ministre, décède. Une loi est votée en urgence généralisant la réalisation d'ECG

en premier recours en médecine générale, avec une interprétation par intelligence artificielle. Les patients hypertendus et diabétiques peuvent également en profiter ce qui réduit d'autant les examens systématiques réalisés par le cardiologue.

**2028** *Stéphane* a 60 ans. La retraite n'est pas prévue avant 69 ans au mieux, les médecins ayant refusé en bloc de rentrer dans le nouveau système universel des retraites. Il peut proposer des consultations dans la journée. Les difficultés du cabinet sont telles que les associés restant doivent envisager de vendre les locaux et de réduire le personnel. La première secrétaire licenciée attaque ses anciens employeurs aux Prud'hommes, au motif qu'elle réalise en fait le travail d'une assistante médicale sans en avoir reçu la qualification ni la ligne salariale : pose des MAPA et de la polygraphie et recueil des traitements et des antécédents.

*Stéphane* ne peut plus se replier vers le salariat en raison de la démographie professionnelle et de la concurrence des jeunes générations, sauf s'il acceptait un poste dans un établissement hospitalier situé dans un désert médical.

**2029** Une procédure de liquidation de la SCM est enclenchée.

## **QUE RETENIR DE CETTE FICTION ?**

Nous allons tous devoir affronter les mêmes problématiques que *Stéphane* au cours des années et même des mois qui viennent. Résister au changement ne l'empêchera pas de se produire. En revanche, l'accompagner nous permettra d'améliorer nos pratiques et la prise en charge de nos patients.

Le cabinet du cardiologue de demain

*Marc Villacèque, président du syndicat national des cardiologues.*

## **RAPPEL DU CONTEXTE**

Avec un effectif de 6 388 cardiologues, les cardiologues représentaient en 2021 environ 3 % des médecins français. Parmi eux, 41 % travaillent exclusivement en libéral, 33,5 % sont salariés et 25,5 % ont une pratique mixte.

La pyramide des âges montre que 26 % des cardiologues ont plus de 60 ans en 2017 : environ 220 cardiologues vont partir à la retraite chaque année alors que seulement 185 internes en cardiologie sont formés. Les projections de la DREES prévoient une baisse des effectifs jusqu'en 2027, où ils atteindront 5 758 praticiens. Le niveau actuel ne sera retrouvé qu'en 2034.

Outre la baisse des effectifs, on constate une évolution sociologique : les professionnels de santé, médecins et paramédicaux, souhaitent consacrer davantage de temps à leurs activités extraprofessionnelles (vie de famille, etc.), ce qui implique des volumes horaires, de gardes et d'astreintes moins importants.

S'y ajoutent une augmentation du nombre d'actes techniques et une diminution de celui des consultations. Le nombre de patients dans les files actives reste néanmoins stable à 1 345 par praticien.

En parallèle, on constate une augmentation des maladies cardiovasculaires de 3,5 % par an. Le nombre de cardiologues n'étant pas suffisant pour répondre aux besoins, le service rendu à la population n'est pas satisfaisant. En effet, la CNAM indique que 50 % des patients ICC ne sont pas vus tous les ans par le cardiologue de même que 50 % des post IDM qui n'ont pas rapidement accès à un cardiologue.

En 2020, le SNC a réalisé un sondage qui révélait des délais d'attente de 110 jours en moyenne pour l'obtention des rendez-vous. En Auvergne, nos confrères ont des délais oscillant entre 8 et 12 mois pour les rendez-vous non urgents. Ces délais sont trop longs pour 80 % des cardiologues interrogés et nuisent à la qualité de leur travail pour 55 %. Déléguer des tâches pour libérer du temps médical et rendre le patient acteur de sa prise en charge sont les deux priorités des cardiologues.

Le SNC soutient la mise en place d'un cabinet aidé, coordonné et connecté pour

aider le cardiologue à faire face aux enjeux de la spécialité.

## LE TRAVAIL AIDÉ

### *Aide numérique*

- **Agenda internet.**
- **Dictée numérique** / à reconnaissance vocale.
- **Bientôt intelligence artificielle** pour l'aide à la prise en charge. Les appareils d'échographie contiennent déjà de l'IA sur toutes les mesures automatiques : l'IA compare des images rentrées dans les logiciels avec les images du patient pour établir les scores.

### *Aide humaine*

- **Assistants médicaux** : élargissement des compétences des secrétaires. <sup>(1)</sup>
- **IPA** : élargissement des compétences des IDE (deux ans d'études supplémentaires). <sup>(2)</sup> La plateforme Cardiolink va également permettre de mettre en relation IPA et cardiologues.
- **IDE avec protocole** : le plus souvent en établissement. Les IDE avec protocole ont une activité précise définie dans un protocole validé par la HAS. Ils peuvent réaliser une échographie cardiaque ou vasculaire sans les interpréter et suivre les patients insuffisants cardiaques pour la titration et la télésurveillance. Ces IDE sont titulaires d'un DIU adapté à la cardiologie ou travaillent déjà en cardiologie.

## LE TRAVAIL CONNECTÉ



## ***L'homo-cardio-digito sapiens***

- La France a l'ambition d'être le leader européen de la santé digitale d'ici 2030. Un budget de 650 millions d'euros sera injecté pour faire évoluer les logiciels et 81 millions supplémentaires seront consacrés à la formation des professionnels et des citoyens.
- Logiciel métier full web, consultable partout.
- Synchronisation ECG et CR échographie dans le logiciel métier.
- Espace numérique en santé des patients avec questionnaires, DMP, messagerie, connexion aux applis santé... Les patients attendront du cardiologue qu'il enrichisse leur ENS.
- 2024 : les e-ordonnances deviendront obligatoires.

## ***Le télé-homo-cardio-digito sapiens***

- Téléconsultation : résultats d'examens, automesures, biologie... 2 % des consultations, mais permet de gagner du temps tout en répondant à une question précise.
- Téléexpertise : avis entre deux professionnels de santé, par exemple rythmologue/MG ;
- Télésurveillance : IC, titration plus fine ; avec objet connecté pour le suivi FA, TA et activité physique ;
- Téléréadaptation : patient IC ou coronarien. Déjà présente dans les autres pays, elle devrait bientôt arriver en France.

## ***La coordination***

Les revalorisations tarifaires pourraient n'être effectives que si le cardiologue est adossé à une structure coordonnée (CPTS, MSP). La coordination peut se faire de différentes manières :

- Agenda partagé avec les correspondants : MG, cardiologues de clinique, IPA...
- Intégrer/collaborer avec une MSP : prise en charge de l'IC (primes accordées aux MSP qui prennent en charge l'IC), consultations avancées en territoires sous-denses où les cas patients sont souvent plus complexes...
- Intégrer une CPTS : collaboration avec les IDE de coordination, par exemple pour l'éducation thérapeutique, mais aussi avec les autres spécialistes. <sup>(3)</sup>
- Se rapprocher des associations de patients et travailler avec un/des patient(s) partenaire(s)
- Equipe de soins spécialisés : coordination entre cardiologues pour aider les MG au sein d'un même département.

(1) voir le cahier pratique du [Cardiologue n°444](#) et Innov'Cardio n°4 consacrés aux assistants médicaux en ligne sur le site du SNC.

(2) voir Innov'Cardio n°2 consacré aux IPA en ligne sur le site du SNC.

(3) voir le n°3 d'Innov'Cardio consacré aux CPTS.

Comment les jeunes travaillent-ils ?

*Le témoignage d'Adrien Salem, cardiologue.*

**Adrien Salem est installé en libéral depuis 10 ans. Il fait partie des « cardiologues millenials », c'est-à-dire la génération née entre 1980 et 2000, avec le digital. Il est titulaire du DE de docteur en médecine, d'un DES « cardiologie et médecine vasculaire », d'un DIU « système cardiovasculaire et sport » et d'un DIU « cardiologie congénitale et pédiatrique ».**

### **2011-2015 Des activités plurielles en début de carrière**

- Installation en libéral en 2011 après assistantat et internat au sein de l'Ap-HM.

- Cabinet familial avec dossier papier et secrétaire faisant l'accueil et le standard téléphonique.
- Activité de consultation classique avec vacations en clinique pour les explorations fonctionnelles.
- Activité salariée à mi-temps en SSR.
- Gardes et vacations Cs en clinique privée.
- Cs en salariat libéral en centre mutualiste.

**⇒ des activités variées sur 4 à 5 ans pour mieux se connaître et décider de la suite en toute connaissance de cause.**

### **2015-2019 Une logique de développement socio-professionnel continu pour améliorer les conditions de travail**

- Changement de logiciel métier avec agenda numérique, dictée numérique avec reconnaissance vocale.
- Messagerie santé.
- Numérisation des ECG intégrés au dossier médical + des échographies (sur serveur de stockage).
- Matériel de dernière génération.
- Délégation de tâches pour la pose des holters et polygraphies.
- Engagement syndical et développement de nouveaux champs de compétences (2 DIU).

### **2020 La pandémie Covid favorise l'essor du numérique**

- Un contexte pronumérique
- Développement de la téléconsultation et accélération de la télésurveillance.

- Projets importants des GAFAs dans la santé portés par les budgets consacrés à la santé dans les pays développés.
- Accélération des politiques publiques en matière de e-santé <sup>(1)</sup> + Grand Défi IA & Santé (2019) et Stratégie d'accélération santé numérique (PIA 4 - France Relance, 2021-2025).
- Lancement de « mon espace numérique santé » en janvier 2022 (usagers du système de santé).
- Un développement numérique de la pratique
  - eCPS (carte professionnelle de santé).
  - Newcard pour la télésurveillance.
  - Rofim pour la téléexpertise et la réalisation de staffs.
  - Messagerie MSSanté, Lifem, Sidep...
  - Objets connectés (Kardia).
  - Commission numérique du SNC.

**La vision à 2030 Une pratique aidée (AM et IPA), un cabinet connecté** (IA, patients connectés via l'espace numérique personnel), une activité coordonnée (ESS, CPTS, MSP...) et plurielle (ETP, actes techniques, Cs), et toujours beaucoup de formation (GAP, staffs, certification). L'objectif sera de pratiquer une médecine 5P : Préventive, Participative, Personnalisée, Prédicative, basée sur les Preuves.

*(1) Feuille de route ministérielle du numérique en santé 2018-2022, volet numérique du Ségur de la santé 2020-2025, Parisanté Campus 2020-2028.*

## **L'organisation du cabinet**

# devant deux pathologies

La maladie coronaire

## EPREUVES D'EFFORT EN CABINET

*Par Dany Marcadet, cardiologue.*

Les recommandations 2018 de la SFC ont permis la réalisation des épreuves d'effort (EE) en cabinet sous certaines conditions liées aux risques associés aux tests d'effort qui, s'il est très faible, existe néanmoins. Le respect des contre-indications, des critères d'arrêt et des conditions de réalisations sont indispensables. De plus, la réalisation des EE en cabinet n'est possible que si la structure est suffisamment grande pour avoir une salle dédiée et associe plusieurs cardiologues et des paramédicaux.

### ***Les critères en faveur d'un test maximal sont :***

- Signes d'épuisement et incapacité à poursuivre l'exercice
- Échelle de Borg > 17
- FMT atteinte ou dépassée
- QR > 1.10 (si EEVO2)
- Plateau de VO2 (si EEVO2)

### ***Les conditions de réalisation de l'épreuve d'effort***

Le laboratoire d'épreuve d'effort doit comprendre :

- soit une unité de soins intensifs cardiaques,
- soit avoir la possibilité de transférer rapidement le patient vers une unité de soins intensifs cardiaques dans un autre centre médical. Dans ce dernier cas, la salle d'urgence dédiée doit être équipée du matériel nécessaire à la réanimation cardiaque à effectuer en attendant le transfert du patient.

***Le laboratoire d'épreuves d'effort doit contenir :***

- un téléphone pour appeler les secours ;
- une source d'oxygène ;
- un système d'aspiration prêt à l'emploi ;
- un ou plusieurs ergomètres ;
- un enregistreur d'électrocardiogrammes (ECG) à 12 dérivations avec surveillance permanente du tracé (au moins trois dérivations simultanées) ;
- un dispositif de mesure de la pression artérielle (PA) ;
- et un chariot d'urgence avec un défibrillateur. Il est également recommandé, mais non obligatoire, d'y inclure un oxymètre et un appareil de mesures des gaz expirés.

Avant l'EE, le patient doit recevoir :

- une informations orale, notamment sur les avantages, les risques et les alternatives possibles à l'examen,
- des informations écrites sur le formulaire de consentement qui doit être signé et inclus dans le dossier du patient (voir modèle sur le site Internet de la Société Française de Cardiologie), conformément à l'article L1111-2 du CSP.

L'EE doit être menée sous la responsabilité d'un cardiologue. Pendant une EE ou

EEVO2, le laboratoire doit être en mesure d'assurer une réanimation cardiaque effectuée par le cardiologue, avec l'aide d'un assistant qualifié (technicien, paramédical ou médecin), formé régulièrement en EE, EEVO2 et aux gestes d'urgence (attestation de formation de niveau 1 en gestes et soins d'urgence).

L'échographie d'effort est soumise aux mêmes règles que les tests d'effort. En revanche l'échographie à dobutamine doit être réalisée en établissement de santé (cliniques et hôpitaux).

S'il n'est pas obligatoire de déclarer à l'ARS une activité de test d'effort, c'est néanmoins préférable. La CNAM est de fait informée, via la cotation des tests.

Il est nécessaire de vérifier l'indication et les contre-indications éventuelles lorsqu'on reçoit le patient, notamment s'il est envoyé par un MG (avec auscultation avant la réalisation du test).

Les démarches à effectuer pour être centre de réadaptation en structure légère sont peu nombreuses. Il faut prévenir l'assurance maladie et être prêt à accueillir l'ARS qui peut contrôler le centre pour vérifier la présence d'une salle de déchocage.

Quatre expérimentations article 51 sont en cours d'évaluation sur la réadaptation dont certaines sur la télé-réadaptation. Si ces projets aboutissent, un forfait sera accordé aux professionnels qui créeront des structures légères.

<b>Les contre-indications à la réalisation des tests d'effort</b>	
<b>CI absolues</b>	<b>CI relatives</b>
SCA ST+ ou ST- (< 2 jours)	Sténose significative du tronc commun
Trouble du rythme sévère ou mal toléré	Anévrisme ventriculaire
Obstruction sévère ou symptomatique à l'éjection ventriculaire gauche	Tachycardia supra-ventriculaire avec fréquence ventriculaire mal contrôlée
Insuffisance cardiaque décompensée	Bloc acquis de haut degré ou complet

Thrombose veineuse aiguë avec ou sans embolie pulmonaire	AVC ou AIT récents
Myocardite, péricardite ou endocardite aiguës	Cardiomyopathie obstructive avec gradient de repos élevé
Dissection aortique aiguë	Etat clinique mal contrôlé, telles qu'une anémie marquée, trouble électrolytique significatif, une hyperthyroïdie...
Thrombus intra-cardiaque à haut risque emboligène	Manque de coopération de la part du patient
Incapacité à effectuer un exercice physique	PA > 200/110 mmHg (voire moins selon l'âge du patient)
Refus du patient	

<b>Critères d'arrêt des tests d'effort</b>	
<b>Critères absolus</b>	<b>Critères relatifs</b>
Angor sévère	Douleur thoracique qui s'aggrave
Diminution ou absence d'augmentation de la TA malgré l'augmentation de la charge Sous-décalage du segment ST (en dehors d'un territoire infarcté)	Sous-décalage du segment ST $\geq$ 2 mm ou descendant
Arythmies sévères ou mal tolérées : tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire, bloc auriculoventriculaire du deuxième ou du troisième degré (complet)	Fatigue ou essoufflement
Signes de bas débit cardiaque : pâleur, extrémités froides, cyanose, faiblesse, vertiges	Auscultation pulmonaire anormale (crépitants, sibillants)
Signes neurologiques : ataxie, confusion, vertiges, etc.	Douleur des membres inférieurs ou incapacité à poursuivre l'exercice
Problèmes techniques qui empêchent une surveillance adéquate (ECG, PA)	PA $\geq$ 250/115 mmHg



Demande du patient	Arythmies moins sévères et bien tolérées : ESV fréquentes et polymorphes, tachycardia supraventriculaire, bradycardie
	Bloc de branche

## **PARCOURS DE SOIN DU PATIENT CORONARIEN : PLACE DES NOUVEAUX ACTEURS**

*Marc Villacèque, président du syndicat national des cardiologues*

### ***L'assistant médical dans la maladie coronaire***

La structuration du planning permet à l'AM de savoir en amont que le patient est coronaire. Elle peut ainsi adapter son activité et effectuer les tâches appropriées à la situation du patient :

#### **Préparation de la consultation**

- Fiche à remplir observance, autoquestionnaire, activité physique, activité sexuelle.
- Dernier courrier hospitalisation, dernier bilan biologique cholestérol LDL - HbA1c, ordonnances (statines, intolérances éventuelles), natispray (périmé, stock ?).

#### **Début de consultation**

- TA debout couché, 2 bras, 3 mesures.
- IPS.
- ECG (hors interprétation).

### **Fin de consultation**

- Expliquer RDV.
- Proposer centre sport sur ordonnance, les 10 conseils du Club des Cardiologues du Sport.
- Faire signer le consentement éclairé pour les tests d'effort.

### **L'IPA**

L'IPA reçoit le patient sur prescription du cardiologue. Elle bénéficie d'une autonomie supérieure à celle d'une IDE et peut par exemple réaliser des prescriptions. Le suivi des patients coronariens chroniques représente 20 % de l'activité d'un IPA. La prise en charge par l'IPA peut être la suivante :

L'IPA reçoit le patient pour vérifier son éligibilité au suivi (facteurs de risques, informations sur la pathologie, observance thérapeutique, surveillance biologique). Ensuite, les consultations IPA se renouvellent autant de fois que nécessaire pour obtenir le contrôle des facteurs de risques CV. Si le patient est stable et que les facteurs de risques sont bien contrôlés, le cardiologue peut ne voir le patient qu'une fois par an. Il fait des points réguliers avec l'IPA.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient, l'IPA soutient le cardiologue pour améliorer la prévention secondaire et apporter aux patients des connaissances sur leur maladie (signes d'alerte, facteurs de risque), leur permettre d'acquérir des compétences pour gérer au mieux leur maladie, d'améliorer leurs conditions hygiéno-diététiques (comportement alimentaire favorable) et contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire et augmenter leur adhésion au traitement.

## ***La rééducation du patient coronaire***

Elle peut se faire en structure légère (*voir plus haut l'article de Dany Mercadet*). Un article 51 permet actuellement à 3 cabinets de tester la rééducation en cabinet. Tous les cabinets devraient pouvoir le proposer en 2023.

- Le cardiologue fait l'EE de réadaptation et facture l'acte correspondant.
- Les autres intervenants (kiné, IDE, diététicienne, psychologue, préparateur physique, IPA ETP) se partagent un forfait.

## ***Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)***

La participation à une CPTS vous permet de connaître les professionnels de votre territoire et de mettre en place des protocoles de collaboration avec eux pour la prise en charge et la réadaptation des patients coronariens :

- Kiné spécialisé en cardiologie.
- Tabacologue, diététicienne.
- Lien association patient, centre sport sur ordonnance.
- Autres spécialistes.
- Infirmière de coordination.

Idéalement mise en place d'un forfait avec la CPTS pour payer directement les différents acteurs, notamment tabacologue / diététicienne qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les pouvoirs publics ont mis en ligne la liste des CPTS existantes (« atlas des CPTS » sur le site [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr)). Si vous souhaitez rejoindre celles qui sont autour de votre lieu d'exercice, l'adhésion ne peut vous être refusée. C'est au cardiologue de se rapprocher de la CPTS qu'il souhaite rejoindre (1 à 5 pour 1 même cardiologue).

## ***En synthèse***

### **Suivi du patient avec facteurs de risques cardiovasculaires non maîtrisés**

- CPTS
- IPA

### **Suivi du patient avec syndrome coronaire chronique équilibré**

- Nécessité de voir le cardiologue tous les ans ?

L'insuffisance cardiaque

## **OPTIMISATION DES TRAITEMENTS AVEC UNE IPA**

*Pierre-Olivier Benoît (Rennes), cardiologue*

### ***Le contexte***

- Cabinet de 7 cardiologues dans le centre-ville de Rennes
- 7 bureaux
- 1 IPA en libéral recrutée il y a 1 an dans le service de cardiologie de l'hôpital - 10 ans d'expérience
- Permet au cabinet de travailler en transversalité :
- dans le cabinet 1,5 jour / semaine (environ 100 patients)
- 1 jour / semaine chez une diabétologue de Rennes
- En discussion avec un neurologue qui fait du vasculaire

L'IPA travaille sous la responsabilité des cardiologues. Sa présence dans les

locaux permet un échange permanent. Le suivi du médecin dépend du patient :

- Patient stable : définition d'une périodicité de suivi
- En cas d'alerte : nouvel avis médical
- Exemple de la titration médicamenteuse cardiologique / IPA en ville

### **Conclusion**

Travailler avec une IPA expérimentée est un vrai « plus ». Les patients apprécient que l'IPA consulte dans les locaux et dans les bureaux même des cardiologues, cela témoigne de la confiance qui prévaut.

## **PLACE DE L'EXERCICE COORDONNÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

*Olivier de Saunière (Roanne), cardiologue*

### **L'environnement**

- Territoire d'environ 200 000 habitants
- 1 050 patients suivis pour insuffisance cardiaque stable, 385 hospitalisations pour insuffisance cardiaque aigüe, 20 % de mortalité à 6 mois, 16 % de réhospitalisations à 6 mois
- Consultation dans la suite d'hospitalisation :
  - 38 % avec un cardiologue à 2 mois.
  - 44 % avec le généraliste à 1 mois.

- 73 % avec un infirmier dans les 8 jours.

## **Le contexte**

- Cabinet de 2 cardiologues
  - Collaboration directe avec une maison de santé pour organiser le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque en ville
  - Sollicitation par l'ARS et CPAM de la CPTS locale (qui a ensuite contacté les cardiologues) pour la création d'un parcours des patients insuffisants cardiaques
- ⇒ *Parcours formalisé par un groupe (cardiologue, généraliste, infirmière) en 2021, inclusion de 70 patients depuis juillet 2021. A noter que ce parcours a été pensé par le CNPCV dès 2019. A partir de 2023, objectifs de baisses d'hospitalisations et de la mortalité.*

## **Fonctionnement du parcours**

- Inclusion des patients hospitalisés pour poussée d'insuffisance cardiaque dans le service de cardiologie de l'hôpital de Roanne
- Utilisation de PRADO pour organiser un suivi rapide par une infirmière à domicile et médecin généraliste
- Secrétariat de cardiologie de l'hôpital contacte le cardiologue pour un rendez-vous rapide (dans la semaine ou les 10 jours qui suivent)
- Infirmière coordinatrice de la CPTS fait le lien avec tous les intervenants : création d'un groupe de destinataire (infirmière, médecin généraliste, cardiologue) de tous les documents médicaux du patient sur messagerie sécurisée, envoi des documents d'inclusion et des prescriptions infirmières, organisation des réunions de coordination trimestrielles, colligation des évènements (hospitalisation, décès, sortie du protocole...)

⇒ *Pas de contrainte de suivi pour le généraliste ou le cardiologue*

⇒ *Avantage : organise le suivi immédiat, améliore la collaboration entre les différents intervenants (notamment IDE et MG), information hebdomadaire (fiche de suivi avec poids, etc.) et rappel trimestriel global pour décider de la suite à donner en fonction de l'état général du patient.*

### ***La formation des intervenants, point capital de la mise en place du parcours***

- Trois réunions sur un an.
- Environ 100 professionnels formés (infirmières, médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes).
- Permet aux professionnels de dépister les signes de décompensation plus précocement et de contacter le cardiologue plus rapidement pour éviter les hospitalisations.

### ***Eviter les hospitalisation grâce au diagnostic précoce de l'IC***

- En cours de formalisation avec une maison de santé pluriprofessionnelle, éventuellement aussi avec infirmières Asalée.
- Diagnostic précoce de l'IC dans des maisons de santé plutôt éloignées des centres de biologie → biologie délocalisée avec un protocole de dosage de BNP en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque (EPOF).
- Si BNP anormal : le patient sera orienté rapidement vers un cardiologue pour confirmer et prendre en charge la poussée d'insuffisance cardiaque.

### ***Conclusion***

- La prévention de réhospitalisation et le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque est réalisable en ville et passe par :
- Une coordination entre les professionnels (messagerie sécurisée).

- Une formation des intervenants, notamment aux signes d'alerte pour les infirmières et à la complexité de la pathologie pour les médecins généralistes.

⇒ *Grâce à une formation spécifique et à de nouveaux outils (bilan de soins infirmiers, accompagnement à la prise médicamenteuse à domicile), la collaboration infirmière de ville-médecin généraliste-cardiologue pourra être grandement facilitée.*

## **POUR EN SAVOIR PLUS**

**Retrouvez le replay des e-rencontres dans votre espace adhérent du site du SNC.**

Vous pouvez nous contacter au SNC - Tél : +33 1 45 43 70 76 ou [mail](#)

Téléchargez le guide complet

*Le Cardiologue n° 445 - mars-avril 2022*



# Consultez l'ensemble de notre rubrique **Nomenclature**

