

LE CARDIOLOGUE

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

PARTAGE D'EXPÉRIENCES
LES E-RENCONTRES EN SYNTHÈSE

Chaque année la pénurie de cardiologues s'accroît en ville et à l'hôpital et certains patients ne bénéficient plus d'un suivi adapté. Des confrères ont mis en place des initiatives pour pallier ce déficit et les partagent dans le guide ci-après. Le SNC peut vous aider à mettre en place l'initiative qui correspond à vos besoins : contactez-nous !



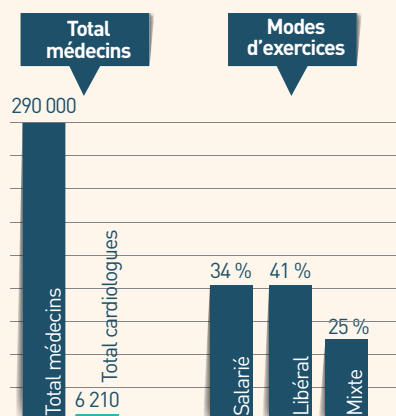
BiancoBlue

DES CARDIOLOGUES MOINS NOMBREUX,
DES BESOINS QUI AUGMENTENT ■ Marc VillacèqueContexte démographique
et exercice de la cardiologie

Avec un effectif de 6 210 cardiologues sur un peu plus de 290 000 médecins, les cardiologues représentaient, en 2017, 2,1 % des médecins français. Parmi eux, plus de 41 % exercent en libéral strict et 25 % en exercice mixte. La cardiologie est donc une spécialité pratiquée en libéral à plus de 66 %.

La pyramide des âges indique par ailleurs que 26 % des cardiologues ont plus de 60 ans. Les prévisions font état de 220 départs à la retraite chaque année jusqu'en 2027. Dans le même temps, seuls 183 internes en cardiologie sont formés. Parmi eux, 38 sont formés en cardiologie générale, 43 en cardiologie interventionnelle, 34 en rythmologie, 18 en cardiopathie congénitale et 50 en imagerie.

Cette baisse des effectifs est à mettre en parallèle avec celle constatée depuis 2010 chez les médecins généralistes (-8 %), les spécialistes exerçant en libéral (-9 %) et les

Prévision des effectifs
en cardiologie

- 220 Départs en retraite
+ 183 Formations

Sur les 183 formés :

38 Cardiologie générale
43 Interventionnelle
34 Rythmologie
18 Cardiopathie congénitale
50 Imagerie

cardiologues hospitaliers (-2,4 %), par ailleurs, 574 postes de PH en cardiologie sont actuellement vacants.

Comment les cardiologues
travaillent-ils ?

Les files actives évoluent selon l'âge du praticien : 1 250 entre 30 et 34 ans et près de

1 900 entre 50 et 65 ans soit 1 500 patients en moyenne.

Le nombre de patients par cardiologue reste stable, mais plusieurs cardiologues voient le même patient : le cardiologue généraliste pose le diagnostic et adresse le patient au rythmologue qui l'adresse à l'imageur qui le réadresse au rythmologue.

Les besoins des patients augmentent

Les maladies cardiovasculaires augmentent

de 3,5 % par an. L'inadéquation entre l'offre et la demande induit des délais moyens de 110 jours pour obtenir un rendez-vous en car-

diologie – trop longs pour 80 % des cardiologues, 55 % indiquant que ces délais nuisent à la qualité de leur travail.

EN SYNTHÈSE UNE NÉCESSAIRE RESTRUCTURATION DE L'OFFRE EN CARDIOLOGIE

L'inadéquation entre l'offre et la demande en soins de cardiologie oblige les cardiologues à adopter de nouvelles pratiques pour être acteurs de la cardiologie de demain. Plusieurs pistes existent pour répondre aux besoins des patients et du système de santé :

- Raisonner en termes de besoins de la population et non plus en termes de patientèle.
- Recourir à de nouveaux outils pour effectuer une mutation organisationnelle incontournable.
- Faire évoluer l'exercice en cardiologie vers une pratique aidée (intelligence artificielle ou recours aux assistants médicaux et aux infirmiers de pratique avancée [IPA]), coordonnée (téléexpertise, ESS et CPTS) et connectée (utilisation de la télésurveillance, des objets connectés, de la formation et de l'information).



LA TÉLÉEXPERTISE EN CARDIOLOGIE ■ Cyril Zakine

Qu'est-ce que la téléexpertise ?

La téléexpertise est l'une des cinq composantes de la télémedecine. (1,2) Elle permet à un « médecin requérant » de solliciter l'avis d'un « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, dans le cadre de la prise en charge d'un patient et hors de sa présence.

Qui peut exercer la téléexpertise ?

Tout médecin peut pratiquer la téléexpertise, quels que soient sa spécialité, son secteur et son lieu d'exercice (cabinet de ville, maison de santé, centre de santé, Ehpad, hôpital, clinique...).

Quel patient peut bénéficier d'une téléexpertise ?

Tout patient dont l'accès aux soins doit être facilité du fait de son état de santé ou de sa situation géographique :

- les patients en ALD ;
- les patients atteints de maladies rares ;
- les patients résidant en zones « sous-denses » selon l'article 1434-4 du CSP ;
- les patients résidant en Ehpad ou en structures médico-sociales ;
- les personnes détenues.

Déroulé d'une téléexpertise

- 1) Le médecin requérant fait la demande de téléexpertise au médecin requis, tout en recueillant le consentement du patient ;
- 2) Le médecin requis répond favorablement à la demande et rédige un compte-rendu, l'ar-

LE CADRE DE LA TÉLÉEXPERTISE

	Téléexpertise de niveau 1	Téléexpertise de niveau 2
Définition	Il s'agit d'une question circonscrite qui ne nécessite pas de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient	Il s'agit d'un avis en réponse à une situation médicale complexe après étude approfondie
Tarif	12 €	20 €
	Pas de cumul possible avec un autre acte ou majoration Aucun dépassement d'honoraires possible	
	Prise en charge à 100 % par l'Assurance-maladie Rémunération directement versée par l'Assurance-maladie aux médecins	
Quota	4 / an / médecin pour un même patient	2 / an / médecin pour un même patient
Connaissance du patient	La téléexpertise n'exige pas la connaissance préalable du patient par le « médecin requis » (condition supprimée par l'avenant 7 à la convention médicale pour les téléexpertises de niveau 2).	
Rémunération du médecin requérant (dans la limite de 500 €/an)	5 € / téléexpertise demandée	10 € / téléexpertise demandée

chive dans son dossier patient et le transmet au médecin requis.

Les champs d'application de la téléexpertise en cardiologie

La téléexpertise en cardiologie peut s'appliquer à plusieurs situations, par exemple :

- En psychiatrie : bilan des patients hospitalisés avant l'initiation d'un traitement neuroleptique ou suivi du patient une fois le traitement mis en place (surveillance de la QTc).
- En médecine générale, donner au MG un avis d'expert sur un ECG, une modification du traitement HTA, des MAPA ou des holters ECG.

Les points de vigilance

- 1) Le couple « médecin requérant » – « médecin requis » est la clé de la réussite du projet. Ils doivent s'entendre sur le projet et le choix de l'outil retenu ;
- 2) Les solutions techniques sont nombreuses (> 200), parfois peu ergonomiques et payantes ;

(1) Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010

(2) Article R6316-1 du CSP : la télémedecine comprend la télésurveillance, la téléexpertise, la téléconsultation, la téléassistante et la régulation médicale.

- 3) Peu de solutions proposent des outils d'aide informatisé du patient ; en termes de plateformes disponibles et de recours à la téléexpertise.
- 4) On note une disparité régionale importante

EN SYNTHÈSE

- La téléexpertise permet de répondre aux besoins de patients dont l'accès aux soins est limité (état de santé/situation géographique).
- Elle permet d'éviter le déplacement de patients fragilisés et de limiter les dépenses liées au transport sanitaire (+ 4,8 %/an, 20 milliards d'euros/an).
- Elle permet une meilleure coordination des acteurs de santé, et faire un « prétriage des patients »

► CONTACTEZ LE SNC POUR METTRE EN PLACE VOTRE PROJET !



L'ASSISTANT MÉDICAL EN CARDIOLOGIE ■ Philippe Haldenwang

En 2011, le Dr Haldenwang et ses cinq confrères ont choisi de recourir aux assistants médicaux en raison de leur incapacité à répondre aux besoins des patients : délais de prise de rendez-vous trop longs (3 mois), augmentation des besoins, pression des correspondants et incapacité à répondre aux urgences.

Le contexte du Dr Haldenwang dans la région de Niort

- 6 cardiologues travaillant sur 3 sites (cabinet principal, cabinet secondaire et exercice en clinique) ;
- 5 secrétaires ;
- 1 secrétaire embauchée en tant qu'assistante médicale (AM) il y a 10 ans pour :
 - permettre au médecin de se concentrer sur le temps médical ;
 - limiter le temps d'attente du patient et l'utiliser pour traiter l'administratif ;
 - installer le patient sur le divan d'examen.

Les locaux sont adaptés

- les bureaux fonctionnent par paires organisées et sont équipés de manière identique et communiquent via un sas ;
- un appareil ECG est partagé entre les deux bureaux et transite par le sas.

Le déroulement d'une consultation-type

1) L'AM gère le début de la consultation :

- a) elle va chercher le patient en salle d'attente ;
- b) elle classe les différents documents ;
- c) elle s'enquiert du motif de la consultation et des antécédents ;
- d) elle demande les éventuels documents manquants ;
- e) en cas de contrôle du pacemaker, elle vérifie sa marque et branche le programmeur adapté ;
- f) elle aide le patient à s'allonger ;
- g) elle prend la tension et réalise l'ECG.

2) Le cardiologue effectue la consultation (20 min ; 30 min pour les membres inférieurs)

a) contrôle de la pose des électrodes et de l'ECG.

- 3) L'AM gère la fin de la consultation pendant que le cardiologue dicte sa lettre :
- a) elle aide le patient à se rhabiller ;
 - b) elle passe la carte Vitale et fait payer le patient ;
 - c) elle met en forme le courrier dicté et le confie au patient ;
 - d) elle donne les rendez-vous suivants ;
 - e) elle raccompagne le patient et va chercher le suivant en salle d'attente.

L'assistante médicale : une expérience positive

- 1) Pour les patients
- a) délais de rendez-vous raccourcis (2 mois maximum) ;
 - b) prise en charge plus facile des urgences ;

c) satisfaction globale des patients qui ont le sentiment d'être mieux pris en charge et d'avoir moins de temps d'attente.

2) Pour les employés

- a) emplois créés ;
- b) augmentations de salaire pour les secrétaires qui ont évolué vers un poste d'AM.

3) Pour le cardiologue

- a) moins de tension sur l'agenda au quotidien ;
- b) augmentation du nombre de consultations (+ 30 à + 50 % selon les praticiens [20 à 28 patients/j]) et donc du chiffre d'affaires.
- c) recrutement des patients sur un territoire plus large, dans les départements voisins.

Les points de vigilance

- Locaux adaptés à l'exercice avec un AM ;
- dépendance des médecins vis-à-vis des AM : impossible de travailler sans AM ;
- augmentation des frais globalement couverte par l'augmentation du chiffre d'affaires ;
- gestion plus attentive du personnel (congrés, maladies, conflits entre personnes...).

Les pistes d'amélioration

- Nécessité de renforcer la formation des AM (connaissances médicales, connaissance technique et communication à destination des patients) ;
- réflexion à mener pour soulager les AM des autres tâches administratives (téléphone, prises de rendez-vous...).

EN SYNTHÈSE

- Le recours à un assistant médical en cardiologie a une incidence positive pour les patients et les cardiologues.
- Il permet de proposer une évolution de carrière à ses collaborateurs.
- Il nécessite d'adapter les locaux et l'organisation de l'équipe.

► LE SNC VOUS AIDE À FAIRE ÉVOLUER VOS SECRÉTAIRES VERS LA FONCTION D'ASSISTANT MÉDICAL !



L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE EN CARDIOLOGIE ■ Pierre-Olivier Benoit

Les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) sont apparus en 2018, dans un contexte de population vieillissante, de développement des pathologies chroniques, de disparités d'accès aux soins, de démographie médicale déclinante, d'apparition de nouvelles organisations de travail et d'un taux d'observance moyen de 40 %.

Le contexte du Dr Benoit à Rennes

- Un cabinet de ville de 7 cardiologues ;
- une volonté d'être le plus autonome possible ;
- un plateau technique partagé avec la clinique ou l'hôpital ;
- un constat d'échec dans la prévention CV, notamment après une hospitalisation ou un séjour en réadaptation ;
- la volonté de mettre en place une action de prévention au plus près des patients, de manière répétée, avec une vraie coordination entre le patient, le médecin et le paramédical.

Un IPA, c'est quoi ?

Un IPA est un infirmier disposant d'au moins 3 ans d'exercice et ayant obtenu son DE d'IPA

(eq. master). La formation comprend une 1^{ère} année de tronc commun pour poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et une 2^e année centrée sur les enseignements du domaine choisi parmi les 4 suivants (3) :

- les pathologies chroniques stabilisées (notamment cardiologie et diabète) ;
- l'oncologie et l'hémato-oncologie ;
- la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale ;
- la psychiatrie et la santé mentale.

Les IPA peuvent mener plusieurs types d'interventions :

- activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- actes d'évaluation et de conclusion clinique, actes techniques et actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, prescriptions d'examens complémentaires, renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;
- analyse et évaluation des pratiques professionnelles infirmières, amélioration et diffusion de données probantes ; évaluation des besoins en formation de l'équipe et élaboration des actions de formation ;

- Contribution à la production de connaissances via des travaux de recherche.

Le protocole d'organisation

Le cadre du recours à un IPA est simple et chaque élément est modulable. Après concertation avec l'IPA, le cardiologue détermine :

- les patients auxquels un suivi par IPA sera proposé ;
- le rythme de suivi des patients ;
- les modalités de traçabilité et de retour du patient vers un suivi médecin ;
- les IPA sont payés au forfait et non à l'acte (30 € / patient / trimestre) ;

Quelques exemples d'interventions possibles de l'IPA en cardiologie

- accompagnement thérapeutique des patients sous télésurveillance de l'insuffisance cardiaque ;
- diabète, obésité, éducation thérapeutique avec objectifs personnalisés et définis avec le patient.

(3) Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018

EN SYNTHÈSE

- Ce nouveau métier constitue une piste certaine pour répondre aux besoins de la population, notamment le suivi des patients stables.
- Après quelques mois, les patients indiquent qu'ils sont satisfaits du suivi qui leur permet d'avoir un suivi global au sein du cabinet. Le second numéro d'INNOV'CARDIO, la nouvelle revue du SNC sur la pratique en cardiologie, traitera spécifiquement de la délégation de tâches. Il paraîtra dans le courant du 1^{er} semestre 2021.



LE CARDIOLOGUE ET LA CPTS ■ François Amiel

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont nées en 2016 (4) et s'organisent autour des professionnels de santé libéraux avec trois objectifs : concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, améliorer la visibilité de tous sur les parcours de santé et réaliser des objectifs du projet régional de santé. Elles ont trois missions obligatoires : l'amélioration de

l'accès aux soins, l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient et le développement d'actions de prévention pertinentes au regard des besoins du territoire.

Le contexte du Dr Amiel à Redon

- un cardiologue libéral / 100 000 hb (France : 7,43 ; PACA : 12) ;
- 65 MG dont une dizaine proches de la

retraite et quasi-disparition des spécialistes libéraux ;

- un hôpital défaillant en cardiologie ;
- développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sur le territoire.

Les objectifs de la prise en charge des malades cardiaques

- 1) **Patients symptomatiques** : une réponse

plus rapide, plus sensible et plus spécifique :

- Diminuer les délais de rendez-vous.
- Economiser du temps médical :
 - en espaçant le suivi des patients chroniques stables ;
 - en limitant le dépistage des patients à faible risque ;
 - en envisageant des téléconsultations et des téléexpertises.
- Aider les MG à s'équiper d'ECG numériques pour la téléexpertise et les IDE de Kardiamobile® pour pouvoir, par exemple, dépister précocement les FA.

Ces mesures permettent de :

- Remplacer des actes non pertinents par des actes utiles.
- Éviter de solliciter les urgences hospitalières.
- Limiter les hospitalisations non pertinentes.

2) Pour les patients souffrant de pathologies chroniques

- Optimiser le parcours de soins dans l'IC en s'appuyant sur des compétences pluriprofessionnelles avec une télésurveillance territoriale ;
- optimiser la pertinence des soins chez les patients très âgés ;
- s'approprier l'éducation thérapeutique ;
- favoriser l'activité physique et la diététique.

Organiser la communauté des professionnels de santé

- Partage de l'information médicale (messageries électroniques, DMP...) ;

- création d'un site « santé » pour le pays de Redon (territoiresanteredon.e-monsite.com) ;
- relance de la FMC ;
- structuration de l'interface entre les partenaires pour établir une relation équilibrée (hôpitaux, cliniques, EHPADs, CPAM, ...) ;
- favoriser l'installation des professionnels.

Une création en plusieurs étapes

- Novembre 2019 : réunion d'annonce du projet avec l'URPS : 35 participants ;
- constitution d'une équipe projet de 15 professionnels (médecins, IDE, pharmaciens, sage-femme, podologue, kinésithérapeute et diététicien) ;
- quatre réunions pour préparer l'AG constitutive de l'association porteuse du projet de CPTS et notamment :
 - déterminer le territoire concerné (2 communautés de communes, 80 000 habitants, 49 MG) ;
 - esquisser le projet de santé ;
 - établir les statuts de l'association (association loi 1901 – les libéraux ont 65 % des voix lors des délibérations du bureau) ;
 - assurer l'organisation matérielle de l'AG constitutive ;
 - site internet du projet de la CPTS ;
- Février 2020 : AG constitutive de l'association porteuse du projet de CPTS (119 participants, élection de 4 collègues : libéraux, hos-

pitaliers + centres des soins, médico-social, représentants des usagers) ;

- 10 septembre 2020 – commission ARS :
 - avis favorable de l'ARS ;
 - accompagnement du projet de CPTS notamment par un budget de 50 k € pour écrire le projet médical.
- A venir : mai 2021 : dépôt du projet de santé à l'ARS – passage en commission en juin
- Une fois la CPTS lancée, elle sera financée par l'ARS et la CPAM à hauteur d'un budget compris entre 265 k€ et 315 k€/ an.

La CPTS a pris plusieurs engagements auprès de l'ARS, matérialisés dans son préprojet

- répondre aux besoins de la population ;
- améliorer l'offre de soins ;
- augmenter la compétence et la performance de tous les soignants ;
- permettre aux soignants de s'approprier les outils numériques ;
- tendre vers un exercice plus humain, plus réfléchi, plus coordonné et plus plaisant ;
- améliorer l'autonomie sanitaire du territoire ;
- rétablir une relation équilibrée et bienveillante avec les établissements de santé ;
- participer à harmoniser le paysage sanitaire (CPTS / hôpital ; services médico-sociaux / représentants des usagers).

(4) Art. 65 de la Loi de Modernisation du Système de Santé

EN SYNTHÈSE

La CPTS permet de fédérer les professionnels de santé libéraux d'un territoire. Elle produit des services pour le public, pour les professionnels de santé et les institutionnels. Elle permet d'améliorer la coordination des exercices et de développer le potentiel des professionnels de santé. Elle constitue une opportunité pour les cardiologues libéraux sur leurs territoires et peut leur permettre de ne pas se retrouver « sortis » du jeu par des acteurs tiers (MG formés au suivi de l'IC, téléexpertise, automates de biologie, ETP).



CARDIOPARC, LA CONSULTATION DE PROXIMITÉ EN CARDIOLOGIE

■ Fadi Jamal

Le contexte du Dr Jamal à Lyon

Le premier centre CardioParc a ouvert en avril 2019. Le projet est né de la volonté de créer des consultations de proximité en cardiologie dans un contexte d'allongement des délais de rendez-vous, de perte de qualité dans le soin

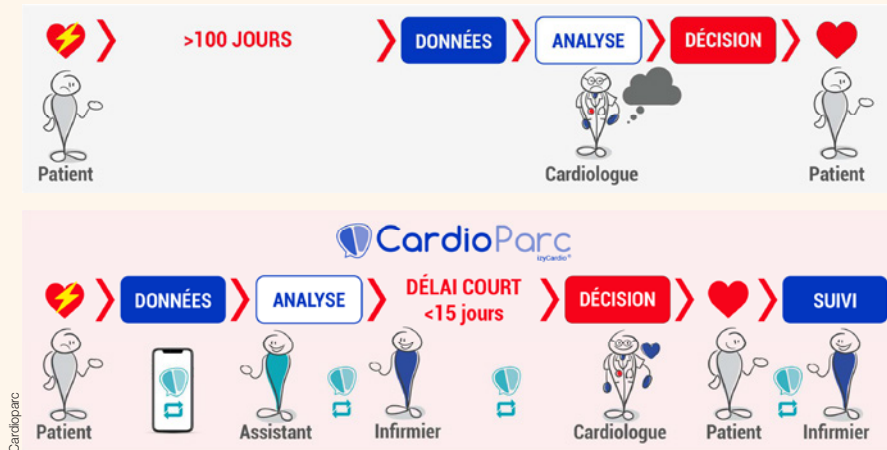
et d'inconfort pour le cardiologue. Ce contexte nécessite de recourir à de nouveaux modes d'organisation, notamment la délégation de tâches, et à de nouveaux outils tels que les outils numériques.

Ceux-ci doivent être adaptés aux besoins actuels et futurs.

Au sein de CardioParc, le cardiologue intervient le plus tard possible dans le parcours

Cette organisation permet d'avoir des délais très courts : lorsque le patient voit le cardiologue, tout le travail préparatoire a déjà été fait ;

LE PARCOURS DE SOINS CARDIOPARC



La charge mentale est diminuée grâce à l'intervention des assistants médicaux et des infirmiers en amont de la consultation ;

Les patients, y compris âgés, expriment leur satisfaction quant à la prise en charge : ils perçoivent de manière positive de voir 3 PS à tour de rôle et évaluent à 4,8/5 leur contentement.

Outre le recueil des données en amont de la consultation, d'autres tâches sont déléguées :

- L'infirmier du centre complète le travail réa-

lisé en amont ;

- Le sonographeur / l'échographeur réalise l'échographie cardiaque ;

- Le cardiologue intervient en dernier.

Quelques chiffres

- Janvier 2021 : 12 000 patients vus (+72 % de nouveaux patients) ;

- 9 jours de délai de prise en charge ;

- 30 consultations/j/cardiologue (15 min/patient) ;

- distance moyenne parcourue par les patients : < 20 km.

Prochaines étapes

- Mai 2021 : ouverture prévue d'un 4^e centre (projection de 16 000 consultations ou examens / an ; 80 % de nouveaux patients) et en partie subventionné par la région ;

- Intégration dans les CPTS pour mieux se coordonner avec les MSP, les MG et les établissements hospitaliers.

izyCardio, l'outil numérique dédié au parcours de soins en cardiologie de CardioParc

Les fondateurs de CardioParc ont choisi de développer leurs propres outils numériques pour ne pas dépendre d'acteurs externes.

Ces outils sont utilisés à 100 % dans les centres CardioParc, mais aussi dans d'autres cabinets. Ils sont spécifiquement développés pour le parcours de soins cardiologique et pour coordonner le travail en équipe. izyCardio répond intégralement au cahier des charges sur la sécurité des données numériques en santé.

EN SYNTHÈSE

- Le projet CardioParc permet de répondre aux besoins des patients du territoire.
- Chaque cardiologue participant au projet peut s'y investir selon son profil et ses centres d'intérêt : soins exclusifs, soins et aspects plus organisationnels ou soins et outils informatiques et numériques.
- Le cardiologue construit son exercice autour des tâches sur lesquelles il a une vraie valeur ajoutée et est incontournable.
- Cette démarche est indispensable pour répondre aux besoins de la population et améliorer l'accès aux soins. Elle permet d'engager les autres acteurs du territoire (MG, pharmaciens, IDE), qui autrement pourraient s'organiser sans les cardiologues et développer des stratégies alternatives pour répondre aux besoins des patients.



LA RÉADAPTATION CARDIAQUE EN LIBÉRAL ■ Dany-Michel Marcadet

Une majorité de patients ne bénéficie pas de réadaptation cardiaque malgré son bénéfice reconnu. Il est possible de proposer en libéral une prise en charge complète et conforme aux recommandations de la SFC, notamment en ce qui concerne les tests d'efforts.

Toutefois, la cotation des actes ne couvre pas l'ensemble des actes de réadaptation recommandés par la SFC et interdit la prise en charge pluridisciplinaire. Une expérimentation

article 51 est en cours pour évaluer la réadaptation clinique en libéral.

Les enjeux de la réadaptation cardiaque

Les bénéfices de la réadaptation cardiaque sont connus :

- Diminution des réhospitalisations et des récurrences ;

- Objectifs thérapeutiques plus souvent atteints (correction des facteurs de risques) ;

- Diminution des coûts de santé ;

- Diminution de la mortalité totale et cardiovasculaire.

Pourtant, la très grande majorité des patients n'en bénéficie pas, notamment 70 % des patients ayant eu un syndrome coronaire aigu et 10 % ayant eu une défaillance cardiaque.

Par ailleurs, les SSR, l'hospitalisation complète et l'HDJ ne répondent pas toujours aux besoins de la population ni aux attentes des patients.

La réadaptation cardiaque en libéral répond aux besoins et aux attentes des patients

- pas d'attente (rendez-vous disponibles du jour au lendemain) ;
- horaires élargis (8h00-19h00, possibilité d'augmenter l'amplitude) ;
- salles et plateau technique adaptés (consultation, test d'effort, VO₂, échographie, réentraînement, réunion ETP, déchocage...)
- personnel suffisant (15 cardiologues, associés, collaborateurs ou remplaçants ; 4 IDE etp ; 5 coaches ; 2 kinésithérapeutes ; 4 secrétaires ; 1 diététicienne ; 1 psychologue).

Une expérimentation article 51 pour évaluer la réadaptation cardiaque en libéral

La réadaptation en libéral est actuellement testée dans le cadre d'une expérimentation article 51 (innovation en médecine - arrêté de février 2020). Le projet est évalué sur 3 ans par la faculté de médecine de Lyon sur des critères de qualité médicale, de coût et de reproduc-

tibilité du projet sur l'ensemble du territoire. Trois centres participent à l'expérimentation : Paris, Reims et bientôt Strasbourg.

L'organisation financière

- l'expérimentation article 51 prévoit un forfait complémentaire aux actes actuels pour rémunérer diététicienne, psychologue, addictologue, éducateur thérapeutique, éducateur sportif, secrétaire et médecins intervenants (445 € à 600 € supplémentaires, soit environ 1 200 € / patient pour un programme de réadaptation) ;
- les actes de réentraînement sont remboursés par la CNAM ainsi que les examens nécessaires à l'évaluation clinique (fonctionnement habituel) ;
- les coaches, la diététicienne et la psychologue sont auto-entrepreneurs et facturent le centre en fonction de leur activité ;
- les secrétaires et les IDE sont salariés de la structure.
- 300 actes de réadaptation sont réalisés chaque semaine, dont plus de 200 dans le cadre de l'article 51.

Le parcours patient

Le patient voit successivement :

- le cardiologue ;
- l'IDE (diagnostic éducatif avec des questionnaires adaptés, programmation d'exams complémentaires si nécessaire et des séances d'activité physique et d'ateliers) ;
- la diététicienne (30 minutes puis ateliers de 40 minutes) ;
- la psychologue si nécessaire.

Après la réadaptation

Une fois le programme de réadaptation terminé, selon la sévérité de sa pathologie et sa disponibilité, le patient est orienté :

- vers un club cœur et santé (FFC) ;
- vers un programme passerelle pour la pratique sportive ;
- vers un médecin traitant et des PS paramédicaux (Infirmier(e) DE – kinésithérapeute) pour le suivi ;
- vers une solution de télésurveillance (Newcard) pour le suivi des patients en insuffisance cardiaque.

EN SYNTHÈSE

- La réadaptation cardiaque en libéral nécessite de changer ses habitudes et de travailler en groupe, notamment avec les paramédicaux.
- Elle est possible dans des locaux adaptés.
- L'expérience est positive pour les patients ainsi que pour les professionnels de santé.
- Une organisation rigoureuse est nécessaire.
- Ce mode d'exercice intégré pourrait être adapté pour d'autres champs de la cardiologie.



LA DÉLÉGATION DE TÂCHE EN ÉCHO-DOPPLER VASCULAIRE

■ Pascal Toban

Cela fait quelques années que le Dr Toban et ses confrères ont recours à des manips radio pour pratiquer l'échodoppler vasculaire au sein de leur clinique. Ce recours se fonde sur la double expérimentation comparative réalisée en 2003 par le Pr Yvon Berland. Ces deux phases ont démontré que l'association manipulateur et radiologue permettaient un gain de temps médecin de + 50 % sans altération de la qualité.

Le contexte du Dr Toban à Tours

L'acte doit être stéréotypé et peut faire l'objet d'un protocole :

- la technique de l'acte doit être rodée,

avec des boucles et des coupes multiples et répétitives ;

- un maximum de données est recueilli pour avoir un résultat optimal ;
- le cardiologue doit pouvoir interpréter un examen qu'il n'a pas réalisé.

De nombreux échodopplers (ED) régulièrement réalisés peuvent être délégués

- ED AVC, ED Aorte, ED AR, ED AMI et EDV MI (avec recherche de thrombose veineuse) ;
- plus rarement, EDAMS et EDVMS, EDV cervical (dans le cadre de complications), ED des artères digestives ;

- échodoppler scarpa (après une procédure invasive) et échodoppler de repérage (avant la procédure).

Déléguer ou ne pas déléguer, selon la situation

Il est possible de déléguer la réalisation de l'examen lorsque la situation peut faire l'objet d'un protocole :

- les échodopplers réalisés dans le cadre d'un bilan ou pour un dépistage ;
- les échodopplers de contrôle avec un examen de référence.

Le médecin réalise l'acte lorsque la situation correspond à un incident aigu et si l'échodoppler :

- est guidé par la clinique (au lit du patient, aux urgences, en SI, en réanimation) ;
- est lié à la recherche d'un diagnostic différentiel ou nécessité de coupler artériel et veineux.

La formation des délégataires

- Diplôme initial de manipulateur radio (MER) ;

- DIU d'échographie (1 an, formation théorique + stages) ;
- formation continue essentielle (évolution des techniques et rédaction des protocoles).

D'autres tâches peuvent être déléguées

- la réalisation des indices de pression sys-

tolique, automatisée ou non et la mesure de l'épaisseur intima media ;

- la perfusion des patients pour l'échographie de contraste ;
- l'entretien des machines et des sondes ;
- la sauvegarde des données ;
- la gestion des comptes-rendus ;
- éventuellement les contacts avec l'industrie et les ingénieurs d'application.

EN SYNTHÈSE

- La délégation de tâches peut permettre de pallier la pénurie des médecins dans des territoires sous-dotés en établissement et dans des cabinets de groupe pour déléguer cette activité et se recentrer sur la cardiologie « vraie » – cela nécessite la présence d'un cardiologue vasculaire au sein du cabinet ; elle peut faciliter le suivi de patients en HAD ou en établissement médico-social (télé-échographie).
- Les examens délégués doivent être standardisés et faire l'objet d'un protocole prévoyant le recueil d'un maximum de données.
- La délégation de tâches passe par la création d'une équipe avec un médecin disponible sur place ou à distance ; le médecin demeure le seul responsable.
- Les délégataires sont des personnels dédiés, formés, diplômés et prêts à s'investir dans la formation continue. Ils doivent être motivés par un salaire adapté, la réalisation d'examens intéressants, la possibilité de faire des formations complémentaires et éventuellement de la télé-échographie.



ASSOCIATION INTÉGRALE INTERVENTIONNELS ET NON INTERVENTIONNELS

■ Christophe Bros

Le Pôle Santé Sud du Mans est né du rapprochement de deux cliniques demandé par les autorités de Santé à la fin des années 1990.

Il a déménagé dans de nouveaux locaux début 2008.

Le contexte au Mans

- 300 lits d'hospitalisation ;
- 40 000 urgences traitées / an ;
- 1 bâtiment de rééducation cardiologique ;
- 14 cardiologues associés, dont 3 interventionnels angioplasticiens, 2 rythmologues interventionnels ;

- pratique de la téléexpertise ;
- personnel : assistante médicale, IPA en cours de formation, infirmière en formation d'échographie.

Les modes d'exercice

- activité interventionnelle et non interventionnelle (trois demi-journées de coro-dilat et six demi-journées de consultations) ;
- gardes et astreintes partagées avec les trois cardiologues interventionnels de l'hôpital du Mans.

Rémunération et compensation des cardiologues interventionnels

- partage d'honoraires ;
- astreintes de cardiologie interventionnelle réglées par la CPAM ; le groupe des associés reverse l'intégralité aux 3 interventionnels ;
- indemnités d'astreinte versées par la SEL pour les actes coronarographiques réalisés à l'hôpital ;
- une semaine de congés supplémentaire par rapport aux cardiologues non interventionnels (9 vs 8) ;
- dispense des gardes du vendredi et des visites du samedi.

EN SYNTHÈSE

Cette organisation permet de proposer aux patients une prise en charge globale cardiologique sur le même lieu. Elle offre un confort de travail aux cardiologues, y compris interventionnels, ainsi que la possibilité d'échanger avec les confrères.