

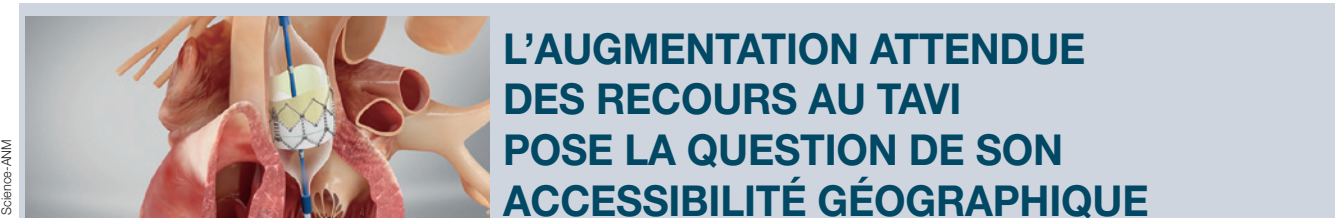
# LA COMMISSION INTERVENTIONNELLE



karlveer

Coordonnée par le Dr Patrick Joly, la Commission dite « Interventionnelle » rassemble une quinzaine de membres pour travailler sur trois sujets :

1. Le TAVI
2. Comment organiser notre activité dans les centres hospitaliers libéraux ?
3. Comment assurer notre formation dans ce type d'exercice ?
4. En page 8 - Zoom sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (extraits)



Science-AMM

## L'AUGMENTATION ATTENDUE DES RECOURS AU TAVI POSE LA QUESTION DE SON ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

La réflexion sur le TAVI porte sur les deux enjeux majeurs liés à sa pratique : répondre aux besoins à l'horizon des cinq ans à venir, et garantir l'accessibilité de la technique à tous les patients.

Le nombre de TAVI est appelé à doubler en raison de la démographie des patients : les patients nés entre 1945 et 1955 commencent à se rapprocher de la moyenne d'âge pour laquelle on conseille le TAVI (83 ans). Mathématiquement, une hausse annuelle de 10 % des TAVI devrait se produire à partir de cette année. Alors que le rapport TAVI vs chirurgie cardiaque est déjà de 60 % - 40 %, il devrait passer à 80-20 dans cinq ans en raison de l'augmentation des indications.

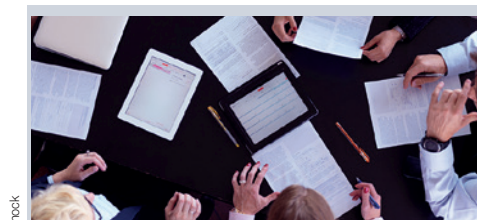
A l'heure actuelle, 10 % des patients qui bénéficient d'un TAVI ont 90 ans ou plus, alors qu'ils n'étaient que 3 % des bénéficiaires huit ans auparavant. La question des TAVI pose de manière très factuelle le problème de l'accessibilité à ce type de thérapeutique et son organisation entre secteur privé et secteur public. Les acteurs doivent s'organiser au niveau local pour répondre aux besoins des patients à partir de l'étude des données démographiques et épi-

démiologiques, et non en fonction du statut du centre en capacité de traiter les patients, public ou privé. Cela permettrait de gagner en efficacité et en efficience, en plus de mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients. La Haute Autorité de santé a récemment publié de nouvelles recommandations dont nous présentons ici quelques extraits. Le SNC estime que ces recommandations ne sont absolument pas satisfaisantes dans la

mesure où elles ne résolvent pas la question de l'accessibilité des TAVI pas plus qu'elles ne répondent à la problématique de l'augmenta-

tion des besoins dans les cinq années à venir. D'une manière générale, elles tendent à favoriser l'individualisme des chirurgiens au

lieu de développer une réflexion fondée sur l'intérêt collectif et en premier lieu, celui des patients. ■



shook

## S'ORGANISER POUR EXERCER DANS LES CENTRES HOSPITALIERS LIBÉRAUX

Rejoindre ou créer un centre hospitalier privé implique une réflexion en amont pour le cardiologue, qu'il soit imageur, interventionnel ou rythmologue.

- Quelle structure de société choisir (SAS, SEL, SFPL...) ?
- Comment s'adapter à une demande croissante de temps partiel de nos jeunes confrères ?
- Comment partager les bénéfices en fonction des contraintes assumées ?

- Comment participer au développement de l'établissement en élaborant un projet cardiologique précis ?
- Comment les médecins peuvent-ils influencer sur les décisions de gestion de l'établissement, au-delà de la CME ?

- La notion de regroupement est importante pour définir le poids financier du groupe par rapport au chiffre d'affaires de l'établissement. La commission interventionnelle a souhaité aborder ces questions pour accompagner les cardiologues qui le souhaitent. ■



Wavebreakmedia

## LA FORMATION CONTINUE DES CARDIOLOGUES EST UN ENJEU MAJEUR POUR AMÉLIORER LES PRATIQUES

La formation continue des cardiologues interventionnels libéraux est obligatoire depuis peu comme pour tous les cardiologues, avec une notion particulière de spécialité à risque.

Les Groupes d'amélioration des pratiques (GAP) proposés par FormatCœur constituent à cet égard une excellente opportunité pour permettre aux cardiologues de tout âge d'échanger avec d'autres praticiens, de

confronter leur pratique au regard bienveillant de leurs confrères et éventuellement, de les améliorer par ce biais. En outre, les cardiologues interventionnels se doivent de favoriser toute évaluation des

pratiques à risque afin d'évaluer les complications (morbi-mortalité) et de diminuer leur nombre. Les Réunions de morbi-mortalité (RMM) sont prévues pour ce faire. ■

**Le SNC est présent et actif à la fois sur le plan de la pratique pour aider les cardiologues sur tous ces sujets à travers la boîte à outils accessible sur son site, et aussi dans les décisions politiques via le CNP, en relation directe avec le ministère. Nous avons besoin de l'apport de tous les cardiologues travaillant dans ces structures pour réfléchir à tous ces sujets.**

## ZOOM SUR LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (EXTRAITS)

La Haute Autorité de santé identifie 56 centres posant des TAVI en routine.

- Lors de la précédente évaluation menée par la HAS en 2020, il avait été noté qu'en 2019, 2 établissements de santé avaient un volume d'activité compris entre 50 et 99 poses de TAVI. Il s'agissait du CHU de la Réunion et du Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines à Nîmes, ce dernier centre ayant débuté son activité de pose de TAVI en 2018.

L'actualisation de ces données met aujourd'hui en évidence l'ouverture de 2 nouveaux centres par rapport à la précédente évaluation, disposant tous de départements de chirurgie cardiaque.

Tous les centres réalisent un volume de pose supérieur à 100 procédures annuelles, sauf deux établissements de santé :

- le CHU de Martinique qui en réalise moins de 50 à sa deuxième année d'activité,
- le centre hospitalier Ambroise Paré, Pierre Charest et Hartmann (Neuilly-sur-Seine) qui en a réalisé entre 50 et 99 lors de sa première année d'activité.

En ce qui concerne le CHU de la Martinique, l'activité est croissante et il est nécessaire de considérer l'éloignement géographique avec la difficulté de transporter jusqu'en métropole des patients âgés et pour certains à haut risque ou chez lesquels la chirurgie est contre-indiquée.

Pour le nouveau centre de Neuilly-sur-Seine, au regard de l'activité de la première année, on peut raisonnablement penser que le seuil d'activité de 100 procédures au bout de deux années entières d'activité soit atteint.

En 2022, il est recensé :

- 27 établissements avec un volume de pose de TAVI annuel  $\geq 300$ ,
- 8 établissements avec un volume de pose de TAVI annuel  $\geq 500$ ,
- 1 établissement avec un volume de pose de TAVI annuel  $\geq 900$ .

En 2022, la consommation de soins (taux de recours) en France (DROMs y compris) était en augmentation et plus importante pour le recours à la pose de TAVI que pour le recours à la chirurgie de remplacement de la valve aortique, en cohérence avec un nombre d'actes et de séjours en augmentation et plus important pour la pose de TAVI que pour la chirurgie.

En revanche, les variations de consommation de soins étaient plus fortes pour la chirurgie que pour la pose de TAVI.

Les régions Normandie, Occitanie, Pays-de-la-Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie et Hauts-de-France présentaient des taux de recours au-dessus des moyennes nationales à la fois pour la chirurgie de remplacement de la valve aortique et pour la pose de TAVI.

La majorité des centres posant des TAVI en France se situent dans des régions à forte densité de population, qui explique les taux de recours plus élevés dans ou autour des régions disposant d'au moins un centre posant des TAVI.

En effet, la région Île-de-France ne présente pas un taux de recours à la pose de TAVI supérieur à la moyenne nationale mais constitue une région bien dotée en offre de soins et avec une forte activité permettant de prendre en charge les patients d'autres régions.

Concernant la région Centre-Val-de-Loire, elle présente un fort taux de recours à la pose de TAVI et des taux de fuite et d'attractivité importants reflétant l'inégalité de répartition des centres posant des TAVI et des filières de prise en charge avec les régions limitrophes (Pays-de-la-Loire et Île-de-France notamment).

Concernant la région Normandie, territoire historique des TAVI, ainsi que la région Occitanie (disposant de centres à forte activité de pose de TAVI), elles présentent des taux de recours parmi les plus élevés à la fois pour la pose de TAVI et la procédure chirurgicale avec une consommation de TAVI réalisée principalement sur le territoire même (respectivement 88 % et 97 %) ou dans les régions limitrophes.

Enfin, pour la Corse, la quasi-totalité des patients sont pris en charge dans le département des Bouches-du-Rhône, en Provence-Alpes-Côte d'Azur étant donné qu'elle ne dispose pas d'activité de pose de TAVI sur place.

Toutefois, malgré une standardisation des taux de recours sur l'âge et le sexe, ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu de l'absence de données sur la

distribution régionale des facteurs de risque concernant notamment la sténose valvulaire aortique.

### CONCLUSION DE LA HAS

En résumé, la HAS recommande en premier lieu de conserver les modalités d'encadrement existantes et souligne notamment la nécessité de disposer des plateaux de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque sur site.

Cette évaluation soulève la question des délais d'attente. Pour réduire ces délais, la HAS encourage d'optimiser le parcours de soins des patients en :

- Créant des filières spécifiques au TAVI et en favorisant notamment l'accès aux examens d'imagerie ;
- Permettant aux chirurgiens cardiaques d'implanter des TAVI par voie transfémorale sous conditions.

Si après un an de mise en place de ces mesures, il existe des délais d'attente régionaux prohibitifs, la HAS est favorable à la mise en place d'une expérimentation pour une durée de 3 ans dans des centres ne disposant pas de chirurgie cardiaque sur site et

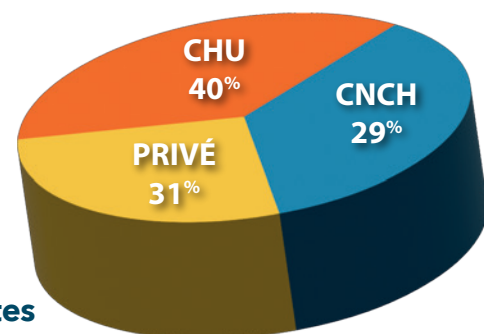
sous conditions de plateau technique et de compétences.

Ceci suppose que puissent être objectivés ces délais d'attente ainsi que la temporalité notamment par la complétude de remplissage du registre France TAVI qui pourra être analysé au niveau local par les Agences Régionales de Santé qui réaliseraient un diagnostic et proposeraient, le cas échéant, d'autoriser la pose de TAVI dans de nouveaux centres sans chirurgie cardiaque sur site.

Ces agences se prononceraient également en prenant en compte l'évolution de la démographie et de la disponibilité des cardiologues interventionnels afin de garantir le juste accès aux soins cardiologiques et conserver ainsi un maillage territorial optimal et indispensable en particulier pour la prise en charge des urgences coronaires par angioplastie. Cette proposition nécessite des concertations complémentaires avec tous les acteurs concernés.

En dernier lieu, la HAS recommande plusieurs pistes pour rendre obligatoire le remplissage du registre France TAVI afin de suivre les pratiques et de pouvoir suivre dans les meilleures conditions possibles les résultats liés à l'expérimentation. ■

### LES CENTRES RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE DU CNCH RÉALISENT 29 % DE L'ACTIVITÉ NATIONALE



178 146 actes

RÉPARTITION DU NOMBRE TOTAL D'ACTES RÉALISÉS EN RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE (PMSI, 2019)

377 centres en France pratiquent des actes de rythmologie interventionnelle en France :

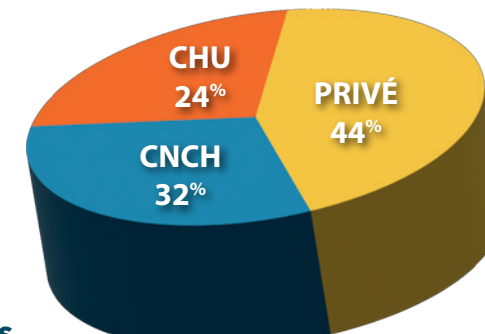
208, dont 122 du CNCH, réalisent exclusivement des actes diagnostiques et des poses de pacemakers.

169, dont 74 au CNCH, sont en outre autorisés à pratiquer des ablations et à poser des défibrillateurs et stimulateurs multisites.

Plus nombreux et relativement plus petits que leur homologues du privé lucratif et des CHU, les centres du CNCH couvrent 29 % de cette activité, tous types d'actes confondus.

Extrait du Livre blanc du CNCH « L'avenir de la cardiologie hospitalière en 25 solutions » - novembre 2022

### LE CNCH COUVRE UN TIERS DE L'ACTIVITÉ DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



606 524 actes

RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (PMSI, 2019)

L'activité de cardiologie interventionnelle est réalisée par 212 plateaux interventionnels en France et est majoritairement assurée par le secteur privé à but lucratif.

Avec 87 centres autorisés, le CNCH couvre près du tiers de l'activité : il est particulièrement actif sur la prise en charge des angioplasties coronaires pour lesquelles il réalise près de 70 % de ces actes.

Extrait du Livre blanc du CNCH « L'avenir de la cardiologie hospitalière en 25 solutions » - novembre 2022