Contribution des collégiales au projet médical 2021-2025 de l'AP-HP

Nom de la spécialité : Cardiologie médicale

Principaux rédacteurs : Logeart, Teiger, Spaulding, Leenhardt, Jourdain, Boccara

Q1. Contexte général de la spécialité

- Composantes de l'offre de soins de l'AP-HP : 10 services de cardiologie médicale, tous avec USIC
  - 4 centres médicochirurgicaux avec 1/ interventionnel coronaire (24/24) et structurel, 2/ interventionnel rythmologique (ablations), 3/ chirurgie cardiaque (Bichat, Henri Mondor, PSL, HEGP)
  - 3 centres avec interventionnel coronaire 24/24 (Lariboisière, Ambroise Paré, Cochin)
  - 3 centres sans interventionnel coronaire (St Antoine, Bicètre, Avicenne)

  A noter 4 sites APHP disposant uniquement d'une unité d'explorations non invasives/consultations rattachée à un service de Cardiologie (Saint Louis, Tenon, Necker et Beaujon)
- Modalités de prise en charge :
  - USIC : plaque tournante des services, indispensable au fonctionnement hospitalier
  - La part d'activité ambulatoire croit pour les soins chroniques et sur l'interventionnel (coro/angioplastie …) via l'HDJ. La diminution du capacitaire doit s'associer à un renforcement de ce secteur ambulatoire mais aussi de lits « à géométrie variable » dont des lits télémétrés.
  - Développement de la télésurveillance/télémédecine (prothèses rythmiques, insuffisance cardiaque).
- Évolutions épidémiologiques :

  Vieillissement/vulnérabilité des patients requérant une hospitalisation traditionnelle.
  Populations à haut ou très haut risque CV en augmentation (diabète, insuffisance rénale, cancer).
  Nécessité d'une prise en charge souvent multidisciplinaire (diabétologie, néphrologie, gériatrie).
  Activités en augmentation prévisible :
  - insuffisances cardiaques et prise en charge multidisciplinaire
  - valvulopathies et leur prise en charge interventionnelle (structurelle)
  - arythmies/troubles de conduction et leur part de prise en charge interventionnelle
  - réadaptation/éducation thérapeutique/télémédecine (l'offre notamment APHP est actuellement sous dimensionnée)
  - prévention CV (bilan notamment avec l'interface diabétologie)

Q2. Contexte en matière de démographie médicale

La spécialité est très attractive pour les étudiants mais on voit depuis 2-4 ans, un recul de l'attractivité de l'IDF/régions dans le choix des DES (ou les interCHUs). Pas spécifique à la cardio.
Au sein des hôpitaux, turn-over assez important dans la tranche 30-40ans, APHP vers privé (problème majeur des différences de rémunération/conditions de travail).
Cardiologie de ville : vieillissement des médecins avec nombreux départ en retraite sur les prochaines années; recul de l'offre (à préciser). L'effet bénéfique de l'augmentation semi-récente du numerus clausus sur l'offre est à chiffrer.
Nécessité de développer plus rapidement les interfaces entre médecines de ville et hospitalière et les parcours de soins des patients.

Q6. Innovations diagnostiques et thérapeutiques et en quoi elles modifient les prises en charge

- Interventionnel structurel : amélioration et augmentation majeure des indications de prothèses valvulaires implantables (interventionnel structurel) ; collaboration médico-chirurgicale plus étroite.
- Interventionnel rythmologique : amélioration et augmentation des indications de procédures ablatives.

- Insuffisance cardiaque : apport de la télésurveillance et de nouvelles modalités de suivi par PNM (protocole coopération) ; renforcement de ces circuits de suivis. Arsenal thérapeutique de plus en plus « riche » et complexe. Amélioration des dispositifs d'assistance circulatoire (cœur artificiel…).
- Rôle majeur de l'imagerie radiologique cardiaque dite « en coupes » (IRM et scanner) avec aussi un accès aux cardiologues en formation (option « imagerie » dans la nouvelle maquette DES). Par ailleurs, l'imagerie CV sous toutes ses formes est devenue une porte d'entrée majeure dans le diagnostic des coronaropathies et dans le dépistage des sujets à haut risque CV (diabétiques, obèses, hypertendus).
- Cardiomyopathies génétiques : innovations médicamenteuses personnalisées à différents types de cardiomyopathies ; expertises ; centre de référence.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence & modalités d'amélioration de l'attractivité

- Concurrence très importante et croissante avec le secteur privé, en grande partie liée à l'accès inégal à l'imagerie CV et au développement de la cardiologie structurelle.
- Interventionnel (coronaire, structurel, rythmologie) : cf rapport APHP et OIKEIOSIS pointant un décrochage relatif de l'APHP et plusieurs pistes d'amélioration proposées (augmenter l'ambulatoire et le relationnel hôpital/ville, coopération intraAPHP etc…).
- Imagerie radiologique cardiovasculaire : un gros retard est pris par l'APHP par rapport au secteur privé avec une répercussion évidente sur le recrutement (coronaire/valvulaire notamment), sur la capacité des sites à participer/produire des protocoles de recherche et sur l'attractivité des jeunes. Nécessité d'établir une stratégie APHP et un dialogue constructif et des interfaces entre les deux spécialités.
- Plusieurs pôles d'activité de pointe sur lesquels l'APHP a peu de concurrence : centres de références pour maladies rares, maladies cardiaques génétiques, transplantation. Faible volume mais forte valeur ajoutée. Attractivité pouvant probablement être renforcées (certaines pathologies peu fréquentes restent insuffisamment diagnostiquées et prises en charge par défaut de visibilité de ces filières ; exemple des cardiomyopathies).
- Manque de positionnement APHP sur les thématiques prévention et surtout réadaptation et exercice, qui ont pourtant des enjeux de santé publique, académiques et de recherche forts.

Q5. Restructurations prévues ou en cours

- DMUs dont l'impact/bénéfice mérite d'être évaluer.
- Création d'un service trisite regroupant Bicetre et les activités ambulatoires de P Brousse et A Béclere ur le GHU Paris Saclay.
- Refonte hospitalière APHP de Paris Nord avec un nouveau bâtiment pour le site Lariboisière puis la création du campus Paris Nord (UFR, Bichat/Beaujon). Risque de sous dimensionnement de ces projets au moins sur le nombre de lits.
- L'avenir de la chirurgie cardiaque APHP et de ses sites questionne, nécessite une transparence et la prise en compte des projets médico-chirurgicaux actuels pour anticiper les évolutions/restructurations.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

La recherche et l'innovation sont deux leviers consensuels et naturels pour améliorer le positionnement de l'APHP en cardiologie.
Il y a une recherche APHP forte et visible en cardiologie, appuyée sur plusieurs structures/réseaux labellisés de grande taille. Intérêt de caloriser le concept de APHP One pour faire apparaitre l'activité de toute l'AP comme un établissement unique.
Une meilleure collaboration intraAPHP en cardiologie est apparue depuis quelques années et est à soutenir pour renforcer le leadership global de l'AP autant que celui d'individualités.
La recherche est un des leviers majeurs de l'attractivité (résiduelle) de l'APHP.

Un soin particulier doit être apporté à l'accompagnement des jeunes dans leur formation à la recherche (masters2, thèses, accueil dans écoles doctorales, financement).

Q11. Enjeux universitaires
- Concernant l'attractivité pour la spécialité, il y a une baisse relative dans le choix national des internes non pas pour la cardiologie mais pour l'IdF au bénéfice d'autres régions (Bordeaux, Lyon …). Plusieurs raisons dont l'attractivité générale de l'IDF, le problème de cohérence du parcours des internes au travers de différents hôpitaux, l'accès à l'imagerie cardiovasculaire (cf Q4), logements…..sont des aspects à améliorer. CCA : le renforcement/allongement de la maquette DES (options 2 ans, Dr Junior) créé quelques d'incertitudes sur les motivations des internes à candidater. - La cardiologie est en grande partie médicotechnique et est exposée au risque de fuite vers le privé. Ceci concerne notamment les jeunes, en amont d'une carrière universitaire à laquelle ils ne candidateront pas souvent vu la forte concurrence/attractivité du privé (et des CHU d'autres régions). Les surspécialités récentes comme le « structurel », l'imagerie experte, mais aussi la rythmologie interventionnelle nécessitent d'être maintenues au top (moyens, postes…) en raison de leurs enjeux médical, académique (formation) et médico-économique.

Synthèse
La cardiologie est une spécialité très innovante depuis de nombreuses années et attractive par l'éventail de ses activités. Elle a un rôle stratégique indispensable et structurant dans l'offre de soins de tout hôpital ayant un SAU. Ces éléments, la fréquence des pathologies prises en charge et un aspect médico-économique favorable expliquent aussi l'existence d'une forte concurrence sur le plan des soins et sur le plan académique (formation et recherche) avec un secteur privé moins impliqué dans l'accueil des urgences. L'APHP doit s'y adapter rapidement via l'excellence scientifique et pédagogique mais celle-ci doit s'appuyer sur une offre de soins à la hauteur des enjeux (rénovation des services vétustes, renouvellement matériel, secrétariat, lits d'aval/SSR...) et des conditions de travail qui soient suffisamment attractives.