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

Nom de la spécialité :

Chirurgie Cardiovasculaire (cœur et gros vaisseaux)

Principaux rédacteurs :

Bichat, HEGP, Henri-Mondor, Necker, Pitié-Salpétrière

Q1. Contexte général de la spécialité

4 centres APHP adultes et 1 pédiatrique (Necker)

Contexte de forte concurrence IdF: PSPH (2 centres dont 1 pédiatrique)) Privé (4 centres)

Orientation progressive vers plus d'activités endovasculaires avec collaboration mais aussi concurrence avec les cardiologues interventionnels

Q2. Contexte en matière de démographie médicale

Pas de tension sur les chirurgiens. Difficultés majeures des jeunes chirurgiens pour construire leur recrutement qui reste très nominatif en IdF

Contexte de formation rendu difficile par le caractère concurrentiel privé, PSHP, publique, et l'évolution en partie interventionnelle de la spécialité

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

Les procédures interventionnelles dites « structurelles » et notamment le TAVI modifient complètement la prise en charge des valvulopathies avec une diminution des actes de chirurgie conventionnelle. Ces actes interventionnels sont réalisés en collaboration entre cardiologues et chirurgiens et le recrutement des patients pour ces actes est plus ou moins bien réparti sur ces deux spécialités selon le centre. Il est impératif que les chirurgiens restent impliqués dans ces thérapies qui se développent non seulement pour l'avenir de la spécialité mais aussi pour la sécurité des patients.

Cette évolution des techniques a amené la plupart des centres à s'équiper de salles hybrides. Le taux d'utilisation de ces salles va continuer à croitre dans les années à venir du fait de l'augmentation des interventions structurelles, de l'utilisation de méthodes interventionnelles spécifiques pour la chirurgie cardiaque (implantation de pompes endovasculaires, traitements hybrides des troubles du rythme...). Ceci nécessite de réfléchir systématiquement à l'augmentation du nombre de ce type de salles dans les discussions de modernisation des blocs opératoires.

La chirurgie cardiaque mini-invasive est de plus en plus pratiquée. Elle comporte bien entendu un versant technique (Petite incision, chirurgie vidéo-assistée, robotique) mais doit s'inscrire dans une prise en charge plus large correspondant à un parcours de RRAC. La compétition entre centres IdF, l'éloignement des patients et le fonctionnement en flux tendu rendent difficiles le développement des techniques mini-invasives qui consomment plus de temps ainsi que la mise ne place des parcours RRAC. Le développement de ces parcours nécessite des efforts de ressources humaines en termes de programmation et de secrétariat.

L'insuffisance cardiaque terminale est gérée de façon quasi exclusive (exception faite du centre Marie Lannelongue) dans les centres de l'APHP: transplantation cardiaque et assistance circulatoire. L'activité APHP dans ce domaine représente plus d'un tiers de l'activité française. Il s'agit de prises en charge thérapeutiques lourdes, rémunératrices pour l'hôpital et pour lesquelles les moyens mis à disposition restent très en deçà de structures identiques européennes.

Il faut en rapprocher les équipes mobiles d'ECMO pour lesquelles l'équipe de la Pitié à une activité de premier rang international sans qu'aucun moyen supplémentaire n'ait été déployé.

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

Alors que les centres APHP ont été pionnier dans le développement des actes interventionnels structurels, leur activité dans ce domaine stagne au profit des centres non APHP. Même si, à la marge, des raisons organisationnelles peuvent être avancées, un point essentiel est la possibilité des PSPH et centres privés d'offrir l'opportunité à des cardiologues interventionnels extérieurs de venir opérer eux même leur patients dans ces centres moyennant une rémunération (le plus souvent de l'ordre de la moitié de l'acte considéré). Ce modèle de fonctionnement existe depuis plusieurs années dans d'autres centres publiques français (Dijon, Nancy..) mais a toujours été refusé à l'APHP. Plus largement il manque aux centres APHP la possibilité d'organiser un bilan cardiovasculaire en 24 à 48h sans pour autant monopoliser les lits qui servent à l'activité mais en permettant malgré tout à des patients habitant loin de rester une nuit dans les établissements.

L'adressage des patients en chirurgie cardiaque pour les centres d'IdF est essentiellement nominatif, basé sur les réseaux de chaque chirurgien, aussi bien dans les centres APHP que hors APHP (à la différence de nombreux centres de régions). Toutefois, en parallèle de ces réseaux de recrutement, il est impératif de développer des capacités d'accueil médico-chiurgicales 24/24 plutôt thématiques du type SOS aorte dans chacun des 4 centres. Par ailleurs il est claire que la stratégie de recrutement de patients dans les centres concurrents est en grande partie basée sur un large pool de cardiologues qui travaillent dans ces centres à temps partiel et de ce fait font soigner leurs patients dans ces centres.

Le développement de lits d'hôtellerie, non médicalisés pourrait permettre de faciliter la réalisation de bilans sur site des patients qui résident loin ou d'héberger 24-48h des patients qui sont médicalement sortants, sont en attente d'un centre de réadaptation et ne peuvent pas rentrer à leur domicile. De même, il faut souligner que deux des 4 centres adultes ne sont pas adossés à un centre de réadaptation spécifique.

Q5. Restructurations prévues ou en cours

Pas de restructuration prévue à court terme. Toutefois, il est illogique que les 4 centres de chirurgie cardiaques de l'APHP soient concurrents de la même façon qu'ils le sont avec les centres non APHP, voire même en concurrence entre eux pour des « niches thérapeutiques » de type transplantation cardiaque.

Par ailleurs, certaines activités de chirurgie cardio-vasculaires nécessitent des compétences multidisciplinaires chirurgicales, endovasculaires, réanimatoires et cardiologiques qu'il serait licite de regrouper dans un ou deux centres. Ce mode de fonctionnement est d'ailleurs proposé dans le dernier rapport de l'académie de médecine concernant la chirurgie cardiaque. De la même façon, une coopération plus étroite et éventuellement organisée au sein de l'APHP de la prise en charge des urgences de chirurgie cardiovasculaire est à étudier.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

Dans les thématiques innovantes de notre spécialité, les centres de région sont plus souvent force de proposition d'études cliniques via des URC extrêmement actives probablement moins submergées que les URC APHP.

De même, il est actuellement plus facile pour un industriel de faire tester un nouveau produit dans un centre de région qu'à l'APHP alors que l'APHP devrait favoriser les partenariats avec l'industrie afin d'être un acteur incontournable.

Q11. Enjeux universitaires

La diminution et la complexification des actes de chirurgie cardiaque vont rendre la formation des jeunes chirurgiens plus difficile et plus longue. L'amélioration de cette formation doit passer à moyen terme par une centralisation des certaines chirurgies peu fréquents et lourdes. De façon générale la formation des jeunes à la réalisation des actes chirurgicaux pose le problème de l'accès aux plateformes de simulations. La SFCTCV et le CNP de notre spécialité essaient de

faciliter cet accès à l'échelle nationale. Il est probablement à déplorer que l'APHP et les universités parisiennes ne mettent pas à disposition des centres de formation de même qualité que ceux récemment développés en régions.

Les évolutions technologies de la chirurgie cardiaque constituent par ailleurs un véritable challenge en termes de formation des jeunes chirurgiens qui doivent rester performants pour des interventions de chirurgie cardiaque conventionnelles dont le nombre diminue tout en acquérant les compétences nécessaires aux traitements endovasculaires.

L'activité de chirurgie cardiaque des centres APHP représentant une partie non négligeable de l'activité nationale. Il pourrait être intéressant de faciliter la mise en commun des données.

Synthèse

Le challenge des années à venir pour la chirurgie cardiaque de l'APHP est de rester aussi attractif que les autres centres d'IdF sur la chirurgie cardiaque « de base » qui inclue non seulement la chirurgie conventionnelle de plus en plus mini-invasive mais aussi les procédures interventionnelles de type TAVI. Cette attractivité concerne tout autant la qualité des soins (qui existe déjà) mais aussi l'interaction contractuelle avec des praticiens libéraux susceptible de faciliter le recrutement. L'APHP doit par ailleurs réfléchir à une organisation qui pourrait permettre de prendre en charge de façon mutualisée des pathologies lourdes nécessitant des plateaux techniques solides aux compétences multiples (transplantation cardiaque, assistances circulatoires, patients multiopérés, ...).