



Livre Blanc de la cardiologie

Quel avenir pour la
cardiologie libérale à
l'aune d'HPST ?

Nice le 14 avril 2009



LFSS 1998 / 2009

- * ONDAM
- * Complémentaires santé : 1 milliard d'euros
- * Branche accident de travail-maladie professionnelle : 300 millions d'euros
- * Contribution patronale (10%) : 400 millions d'euros
- * Hôpital : 250 millions d'euros
- * Biologistes : 100 millions d'euros
- * Radiologues : 100 millions d'euros
- * Anesthésistes, coloscopie, cataracte, psychiatrie, cardiologie (écho?) : 50 millions d'euros
- * Feuille de route de la maîtrise médicalisée



Autres joyeusetés des LFSS antérieurs

- * Forfaits PAV 18 euros
- * Information des patients : Info soins
- * Modification du Ticket Modérateur à 30 % Hors Parcours
- * Détermination du tact et mesure par les directeurs de CPAM
- * Gestion dynamique des tarifs et des prix des médicaments
- * Amendes multiples et diverses
- * Contrats individuels : CAPI



Loi HPST





La loi hôpital, patients, santé et territoires : objectifs

- * Mieux articuler l'hôpital avec :
 - * En amont, le secteur des soins ambulatoires
 - * En aval, les secteurs médico-sociaux

- * La problématique :
 - * Moderniser l'hôpital
 - * L'accès aux soins de qualité à tous
 - * La régulation des dépassements
 - * Une meilleure localisation des praticiens sur le territoire
 - * Qui gère le risque : ARS ou UNCAM ?



Titre 1 : modernisation des établissements de santé

- * Missions des établissements de santé : COM Établissements/ARS
 - * Le chef de l'établissement, **Vision managériale**
 - * **Nomme et gère le personnel**
 - * **Contractualisation des praticiens**
 - * Un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration.
 - * Rôle des CME
- * De nouvelles modalités de coopération entre les établissements sont prévues GCS
- * Missions de services publique des établissements privés
 - * **Implication sur les honoraires des praticiens**
 - * **Rupture contractuelle**
 - * **Salariat des médecins**



Titre II : accès de tous à des soins de qualité

- * Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.

Rôle particulier du médecin généraliste **ou traitant (?)** de premier recours en tant qu'acteur pivot.

- * Contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies des affections courantes, l'éducation pour la santé de ces patients
- * S'assurer que la coordination des soins nécessaires des patients est efficace.
- * Applications des protocoles
- * Maisons pluridisciplinaires **Maison de santé ...**



Titre II (2)

-
- * **Développement Professionnel Continu:**
 - Obligation FMC réaffirmée et recentrée sur EPP
 - 1 Conseil National unique par profession non encore déterminé – **Place des collèges et de la FSM**
 - Regroupement financement dans un fonds unique:
 - **Organisme de gestion (Etat / AM – HAS ? PdS ?)**
 - **Comité de gestion : agréé les OA et les actions**
 - Contrôle par les CDO
- * **Réforme de la biologie par ordonnances (entrée des capitaux)**



Titre II (3)

- * Un niveau de soins de second recours d'expert est également définit et correspond aux activités ponctuelles dispensées par les professionnels de santé ou des établissements en coordination avec le médecin traitant et ne nécessitant pas d'hospitalisation
- * Formation médicale initiale régionalisation et filiarisation
 - * Bourses d'études
- * Télécardiologie
- * Obligation de la PDS
 - * Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires
 - * ARS → Préfets , réquisition et sanctions++++
 - * Obligation de déclarer ses dates de vacances et absence
- * Principe général de coordination entre professionnels de santé
 - * Délégation < HAS



La valise





Titre II (4)

- * Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

Instaure une présomption de preuve du refus de soins en faveur des assurés. (dépassement ou discrimination)

Testing par de faux patients

- * Contrôle IGAS des cabinet

- * Taxes pour non télétransmission au 1^{er} septembre 2009

- * MENACES EN L'ABSENCE D'ACCORD CONVENTIONNEL

- * Démographie :

- * mesures coercitives → 2012

- * Bourses d'études pour les étudiants

- * Dépassements : Régulation du secteur 2



Titre III

Prévention et santé publique

- * Sanctuarisation des dépenses de prévention.
- * L'éducation pour la santé, premier échelon de la prévention, favorise la prise en charge de sa santé par l'individu lui-même.
 - * Interdiction de vente d'alcool aux mineurs
 - * Interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-services,...
 - * Interdiction des cigarettes-bonbons / Alcool
- * Éducation thérapeutique : Éducateur en santé



Titre IV : Organisation territoriale du système de santé : rôle majeur des ARS

ARS = ARH + URCAM + CRAM + DRASS + etc

**un Conseil National d'orientation : ministre bis ou DHOSS
bis ?**

- * politique de santé publique,
- * soins ambulatoires et hospitaliers,
- * prise en charge de l'accompagnement dans les établissements et services médico-sociaux,
- * professions de santé :
 - * Installation
 - * SROSS
 - * PDS
- * Gestion du risque avec les CPAM
 - * **Directeurs bicéphales**



Chapitre 1

Création des ARS

- * Directeur Général, nommé par décret en conseil des ministres
- * Conseil de surveillance : Préfet, Etat, AM, PQ, Territoire
- * Conférence régionale de santé
 - Collectivités territoriales Etat Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire)
Usagers Syndicats salariés et patronaux Professions de santé Etablissements
(publics et privés) PQ
- * Politique régionale de santé : **MIGAC**
- * Projet régional de santé : **SROSS Ambulatoire**
- * **Contractualisation avec les offreurs de services en santé**
- * **Interlocuteurs = Syndicats et non URPS**
- * **PDS**



Chapitre 2

Représentativité des professionnels

URPS association 1901

- * Trois collèges pour les médecins:

 - * MG / Spé / Chirurgiens, Obstétriciens et anesthésistes

- * Une fédération des URPS

- * Participent au projet régional : Rôle politique

- * Représentativité syndicale

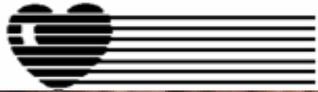
- * Vie conventionnelle

 - * $\geq 30\%$ pour signer

 - * $\geq 50\%$ droit d'opposition



**En bref vous avez
révélé d'un système de
soins...**



ÉLÉGANT ET PERFORMANT ...





EFFICACE ...



TELECOMMUNIQUANT





CONVIVIAL ...





Cessez de rêver ! C'est la crise !
Voici l'avenir libéral selon les D ...ARS !!!





Le Livre Blanc

La réponse de la Cardiologie

Sommaire

1. **Une crise** démographique attendue , mais de portée encore imprévisible
2. **Un défi** épidémiologique, sociologique, économique et politique
3. **Un challenge** organisationnel à relever d'urgence



Neuf propositions

- 1) Créer un Conseil National Professionnel de Cardiologie
- 2) Accompagner la nouvelle citoyenneté des patients
- 3) Transformer le Collège des Réseaux en Collège de l'Innovation et du Développement en Cardiologie
- 4) Prévoir des solutions à la décline démographiques
- 5) Promouvoir un réseau « Qualité + »
- 6) Explorer le P4P
- 7) Garantir l'accès à l'innovation solidaire
- 8) Conduire l'ETP et le Disease Management
- 9) Soutenir le regroupement volontaire face aux ARS



Crise démographique : un recul parfaitement quantifiable

Flux d'entrées et de sorties de la spécialité dans les 25 prochaines années

	2012	2017	2022	2027	2032
Flux de sorties annuelles	111	212	227	226	172
Flux d'entrées annuelles	135	135	135	135	135
Balance annuelle	24	- 77	- 82	- 81	- 37

**Conséquence : un « déficit prévisible » de l'ordre
de 750 cardiologues, soit 12,5% des effectifs**



1. La crise démographique

Des hypothèses qualitatives Imprévisibles

- la féminisation de la spécialité
aujourd'hui = 17,5 % des
effectifs (contre 38,5% dans les
autres spé)

Mais ... 33% dans la tranche âge
30-39 et 49 % à l'entrée en
internat



1. La crise démographique

Des hypothèques qualitatives imprévisibles

- l'attractivité de la carrière
hospitalière PH = 4000 € → 7200
€/mois (contre 104 000 €/an net
en libéral = 8700€)

Mais quels postes à pourvoir



1. La crise démographique

Des hypothèses qualitatives imprévisibles

- Où/comment s'installer ?

Les régions qui profitent le +
aujourd'hui des primo-
installations sont les régions ex
« sous-dotées »

L'inverse est également vrai !



1. La crise démographique

Des hypothèses qualitatives imprévisibles

Enquête Internes DES cardio (166/468 = 35,5%)

- Le refus de la « cardio de papa »

= aspiration à la qualité de vie (horaires + gardes)

= refus de l'installation « solo »

= revendication exercice mixte clinique/

technique (rythmo intervent.37% versus 26%coro)



1. La crise démographique :

Une crise peut en cacher une autre !

Conclusion
Des ressources humaine en cardio
sans doute inférieures de 25% à
situation actuelle en 2020 ... sans
plus de possibilité d'intervention

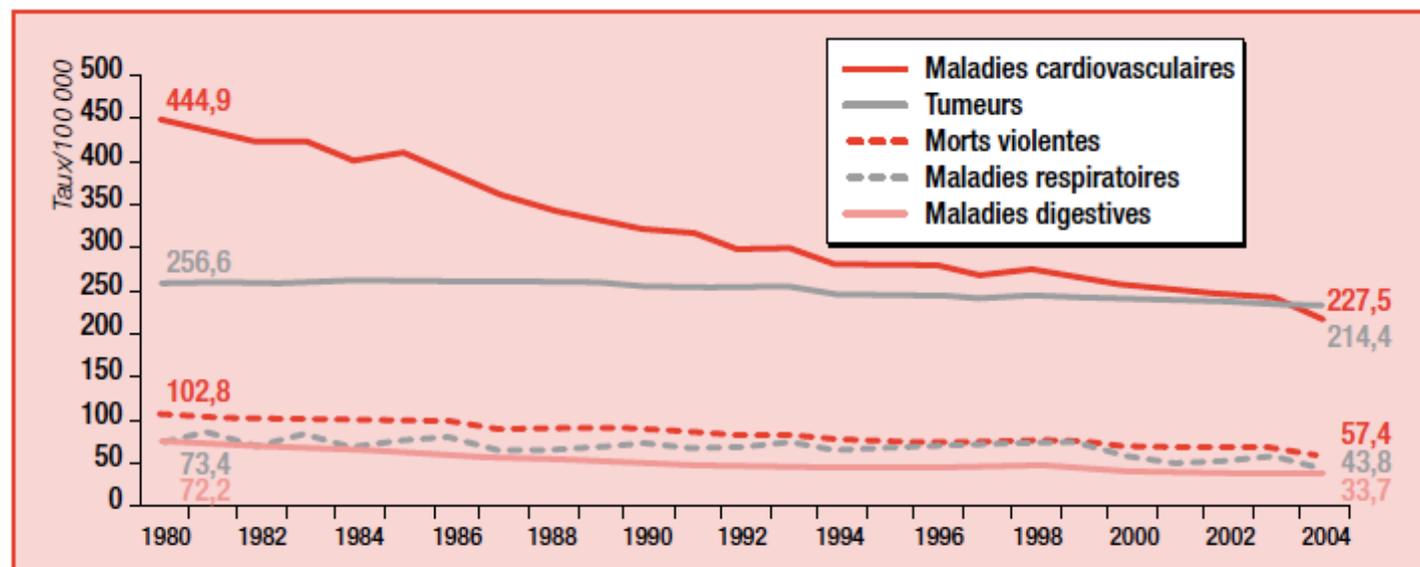
Avec une demande accrue (
démographie- pathologies
chroniques)



2. Le défi épidémiologique, sociologique,

économique, politique

Un



(*) taux de décès standardisés pour 100.000 Source : BEH, n°35/36, 18 septembre 2007, p.314.



Une revendication déstabilisante venue des associations « consomméristes »

- 381 associations de patients
- un foisonnement de sources d'informations sur internet (100 000 contributions « MCV » sur Doctissimo)
- un activisme politique sur les questions d'accessibilité aux soins (interv.= honor.)



La mutation accélérée du capital des cliniques

- phénomène récent (Blackstone/Vitalia)
des *Private Equity* = technique *LBO*
- 4 « méga-groupes » + phénomène des
« quasi-monopoles régionaux »
- Quel sort pour les contrats/redevances
individuels ?



Un cadre réglementaire instable

- quelle gouvernance pour le système ?
(ARS, instrument de décentralisation ?)
- quel avenir pour le système conventionnel :
collectif *versus* individuel
- Quelles nomenclatures dans un système de
T2A incluant les médicaments/DMI



3. Le challenge organisationnel

Investir les techniques des MCO's

- apprendre les nouvelles méthodes de « gestion du risque » : ETP + DM (apprise dans les réseaux de santé)
- négoier avec des nouveaux partenaires (assurances complémentaires, collectivités loco/régionales, associations diverses)
- explorer de nouvelles modalités de rétribution (forfaits/capitation, P4P, ...), de nouvelles pratiques de mutualisation des tâches (délég. + télécardiologie)



3. Le challenge organisationnel

Ré-organiser l'offre au niveau des territoires de santé = ARS+++

- regrouper l'ensemble des compétences professionnelles au niveau loco/régional (territoires de santé) de façon à négocier collectivement avec les ARS, avec les établissements (publics/privés)
- diversifier l'offre au sein de « Maisons du Cœur » garantissant prestations techniques (interv. + rythmo.)
Et les prestations « intellectuelles » (ETP, coaching)
- inventer le dialogue avec les associations de patients (= alliés dans la planification des équipements)



3. Le challenge organisationnel

Se réinventer une place « incontournable »

- dans le parcours de soins

réforme du système ALD TM statut de spécialiste-traitant

- garantir le continuum de la prise en charge (de la prévention primaire à la rééducation CV)
- sortir de l'individualisme forcené



TELECARDIOLOGIE

QUATRE PROPOSITIONS ISSUES DU LIVRE BLANC

1. **Télé suivi–Téléconsultation** Proposition n° 5 & 3
Pace maker – DAI (A Lazarus – P Mabo)
2. **Plateforme téléphonique** (CIDECAR A Cohen- P Assyag)
Proposition n° 8
 1. coaching
 2. Disease management
3. **DMP Volet cardiologique** (UFCV JF Thébaut – C Ziccarelli)
Proposition n°4, 2 & 9
4. **site patient moncardio.org** (cardiologue presse JP Durand- JF Thébaut) Proposition n° 2



1° Téléconsultation/ Télésuivi

- * **Devices:**

- * Pace maker et DAI
- * ECG événementiel externe
- * Dispositifs internes (Reveal ®, Confirm ®)

- * **Constantes**

- * Externes : Poids – TA- Fréquence
- * Internes : Optivol ®

- * **Axes de travail du Syndicat**

- * Réglementaire (HPST)
- * HAS / CHAP
- * Scientifique (CNCF / SFC)
- * Médico-économique (SFC/ UFCV)



2°) Disease Management

- * **Maisons du Cœur**
 - * Education thérapeutique
 - * Plateforme téléphonique
 - * Télésuivi
 - * @ observatoires



3) Volet cardiologique du

Projet UFCV/ GIP DMP

DMP

Henri Parent, Jean-François Thébaut, Christian Ziccarelli



DMP Cardio : cibles prioritaires

- * Les patients porteurs d'un dispositif médical implantable (DMI)
 - * Précautions particulières
 - * Risque infectieux

- * Les patients porteurs d'un traitement à risque
 - * Suivi des syndromes coronariens aigus
 - * Traitement antiagrégants
 - * Suivi des traitements AVK

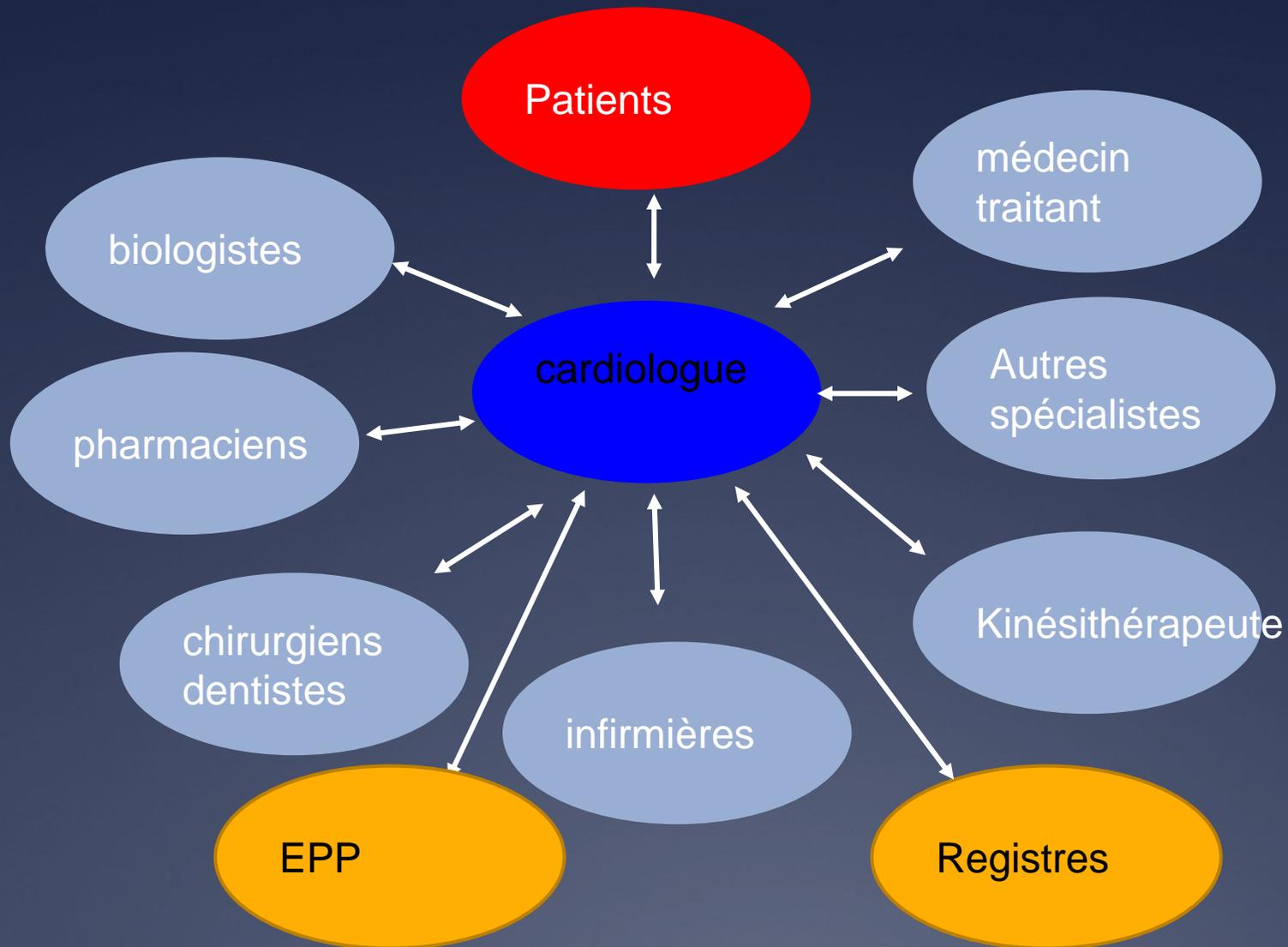


Objectifs et rationnel

- * Définition de patients à haut risque cardiaque
 - * SCA ST+ 110 000 /an
- * Obligation réglementaire d'une carte de prothèse implantable
 - * Valves 20 000/an (200 000 pts)
 - * Pace- Maker 60 000 / an (300 000 pts)
 - * Défibrillateurs 6000/ ans (10 000 pts)
 - * Stents actifs ou non 120 000/an
- * Nécessité d'une transmission transversale des information = coordination des soins
- * Au total, 310 000 nouveaux patients par an



Un objectif de coordination des soins





Appel d'offre GIP DMP 2007

- * **Soumission de l'UFCV**
- * **Projet retenu au titre des expérimentations nationales**
- * **4 volets**
 - * **Réaliser les fiches**
 - * **Les intégrer dans les logiciels**
 - * **Former les cardiologues**
 - * **Initier l'ouvertures des DMP**



UFCV et ses partenaires

- * Bon Usage conseil (assistance au pilotage)

Avec le soutien de :

- * SNSMCV (Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux)
- * SFC (Société Française de Cardiologie)
- * CNCF (Collège National des Cardiologues Français)

Partenariat :

- * SNITEM Industriels des DMI cardiologiques(groupe CRM)
- * Les porteurs de projets régionaux

Éditeurs : Hello Doc – Axilog - Cégédim (Crossway- Cardiolite 6 -Médiclick) - Medistory (Mac/PC)



6 Fiches patients

- patient sous anti agrégants plaquettaires
- patient sous traitement Anti-Vitamine K (AVK)
- Patient porteur d'un défibrillateur cardiaque implantable
- patient porteur d'une endoprothèse coronaire (ou stent)
- patient porteur d'une prothèse valvulaire
- Patient porteur d'un stimulateur cardiaque

Concept initial

Premières réflexions

4) Site patients moncardio. Com

Conception du site patient pour le SNSMCV

MELODY
HEALTHCARE

A Member of  Publicis Healthcare
Communications Group

evillemin@melody.fr

Laboratoire
d'idées
interactives

47



Fonctionnalités 2 : Services pratiques Patient

2

(explication du système de personnalisation)



Attention : ce système nécessitera un code d'accès de reconnaissance du Patient. Cette reconnaissance servira aussi pour l'espace communautaire.



2ième partie

Widget et Observatoire des données Patient

Cahier des charges fonctionnel



Fonctionnalité de la Widget « Passeport Santé »

Fonctionnalités

1 Historique

- Liste des patients finalisés
- Liste des patients en attente non finalisés

2 Inscription

- Ecran de saisie d'un nouveau cas patient
- Accès aux pages de saisie du questionnaire.

3 Protocole

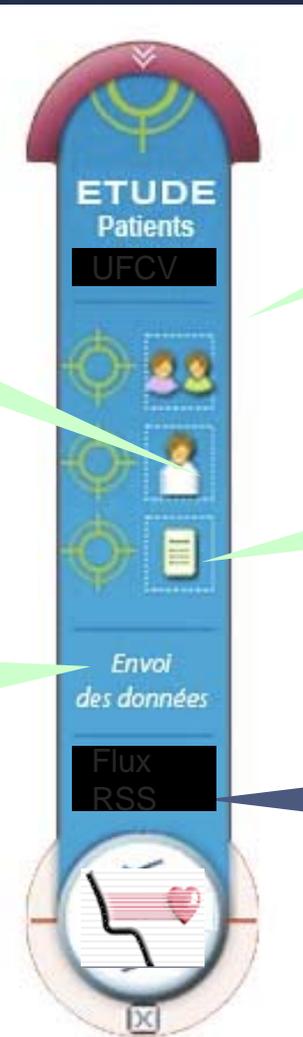
- Visualisation d'un fichier .pdf d'explication du questionnaire

4 Envoi des données

- 1 clic permet d'envoyer un fichier data sur une adresse mail définie sur le serveur national : OBSERVATOIRE

Inscription
Nouveau patient

Envoi des données
Transfert automatique
des données patients



1 Historique patient
Accès aux patients déjà saisie
par le médecin

3 Information Protocole
Fichier .pdf du
protocole du Questionnaire

OPTION
Flux RSS automatique
Actualités / informations
du CNPC / UFCV