

MÉDECINE VASCULAIRE

Etat des lieux 2015 ●●●●●

Travail réalisé par le
Conseil National Professionnel
de Médecine Vasculaire
(CNPMV)

Rédacteurs

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| ■ Jean Pierre LAROCHE (SFMV) | ■ Bruno GUILBERT (SNMV) |
| ■ Gilles MISEREY (SFMV) | ■ Pascal GOFFETTE (SNMV) |

*« Imaginer, c'est hausser le réel d'un ton »
de Gaston Bachelard
Extrait de L'Air et les songes*

Conseil National Professionnel de Médecine Vasculaire

Association Loi de 1901

Coordonnant le

Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire (CEMV)
CNU de Médecine Vasculaire (CNU MV)
Association des Médecins Vasculaires Hospitaliers (AMVH)
Collège Français de Pathologie Vasculaire (CFPV)
Syndicat National des Médecins Vasculaires (SNMV)
Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV)

Bureau

- **Dr Jean Pierre LAROCHE**, *Président*
echoraljp@gmail.com
- **Pr Alessandra BURA-RIVIÈRE**, *Vice-Présidente*
bura-riviere.a@chu-toulouse.fr
- **Dr Bruno GUILBERT**, *Secrétaire Général*
guilbert.angio@wanadoo.fr
- **Dr Gudrun BÖGE**, *Trésorière*
gudrun.boge@gmail.com
- **Pr Jean Louis GUILMOT**, *Conseiller*
jlguilmot@gmail.com

Directoire

- Dr Gudrun BÖGE
- Dr Christian BOISSIER
- Dr Marie-Ange BOULESTEIX
- Pr Alessandra BURA-RIVIERE
- Pr Joël CONSTANS
- Dr Pascal GOFFETTE
- Dr Bruno GUILBERT
- Pr Philippe LACROIX
- Dr Jean-Pierre LAROCHE
- Dr Gilles MISEREY
- Pr Gilles PERNOD
- Dr Pascal PRIOLLET

Avertissement

Toutes les données chiffrées de ce rapport ont comme source :
la HAS, l'ANSM, la CNAMTS (SNIR 2013),
la DCIR, l'INSEE, l'ISPL, la DREES.

D'autres éléments sont issus du Traité de Médecine Vasculaire
(Tome 1, 2010 et Tome 2, 2011 - Editions ELSEVIER),
et du SNMV (Syndicat National de Médecine Vasculaire).

Remerciements

- A tous les médecins vasculaires qui ont participé à l'enquête auprès de leurs correspondants
- Aux membres du CNPMV pour leur re-lecture attentive
- A Pascal Goffette, sans lequel les données chiffrées sur notre activité ne seraient pas
- A Isabelle Dauriac, qui a mis en page ce document avec beaucoup de patience.

Sommaire

INTRODUCTION	2
1 - MEDECINE VASCULAIRE : LE CHAINON MANQUANT	3
1.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	3
1.2. DEPENSES DE SANTE EN FRANCE	12
1.3. LA MEDECINE VASCULAIRE, UNE VERITABLE INTERFACE AU CARREFOUR DE MULTIPLES DISCIPLINES MEDICALES	13
1.4. LA MEDECINE VASCULAIRE EN EUROPE ET DANS LE MONDE	13
2 - DEMOGRAPHIE DES MEDECINS VASCULAIRES LIBERAUX	15
3 - ACTIVITE DES MEDECINS VASCULAIRES LIBERAUX	17
4 - LES EXPLORATIONS FONCTIONNELLES VASCULAIRES (EFV)	24
5 - LES PARCOURS DE SOINS EN MEDECINE VASCULAIRE	27
6 - MEDECINE VASCULAIRE ET FILIERES DE SOINS	28
7 - MEDECINE VASCULAIRE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	30
8 - MEDECINE VASCULAIRE ET PREVENTION	30
9 - LE CURSUS UNIVERSITAIRE ACTUEL DE LA MEDECINE VASCULAIRE	31
10 - MEDECINE VASCULAIRE ET UNIVERSITE	32
11 - MEDECINE VASCULAIRE ET ACTIVITES SCIENTIFIQUES	33
12 - MEDECINE VASCULAIRE ET LE DPC	35
13 - LES QUESTIONS POSEES PAR L'ABSENCE DE STATUT DE LA MEDECINE VASCULAIRE LIBERALE	36
14 - QUEL AVENIR POUR LES MEDECINS VASCULAIRES QUI EXERCENT EN CAS DE SPECIALITE ?	39
15. ANNEXE : LES REFERENTIELS METIERS	42
CONCLUSION	54

Rappel des statuts du CNPMV (extrait) :

« Le CNPMV a pour but de faciliter les échanges entre les associations susmentionnées, de les représenter au sein de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) et, le cas échéant, de coordonner leurs actions dans leur responsabilité commune, de veiller à la qualité des soins dans le domaine de la Médecine Vasculaire en France, en particulier par la qualité des formations universitaires et post-universitaires et l'adéquation du statut de la discipline et des médecins vasculaires avec leur rôle dans le système de soins.

Les associations constitutives gardent leur souveraineté et toute leur autonomie de décision conformément à leurs statuts propres. »

INTRODUCTION

La Médecine Vasculaire est la discipline médicale qui intervient dans la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients atteints d'affections vasculaires périphériques, artérielles, veineuses, lymphatiques et de la microcirculation. Le Médecin Vasculaire, grâce à sa formation initiale, a la maîtrise des explorations fonctionnelles vasculaires parmi lesquelles l'ultrasonographie tient une place dominante mais non exclusive. Le Médecin vasculaire est donc le médecin des maladies vasculaires périphériques.

La Médecine Vasculaire regroupe :

- **l'études des artères,**
- **l'étude des veines** (maladies thrombo-embolique veineuse et insuffisance veineuse),
- **la Lymphologie,**
- **les affections de la Microcirculation.**

Le Médecin Vasculaire est aujourd'hui un médecin titulaire d'une capacité d'Angiologie ou d'un DESC de Médecine Vasculaire. Seule la capacité donne une compétence reconnue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

A l'heure où la réforme du troisième cycle des études médicales construit les spécialités de demain (CNIPI 1 et 2), le Collège National Professionnel de Médecine Vasculaire a souhaité réaliser un état des lieux de la Médecine Vasculaire.

En 1999, un Livre Blanc « Pour la Reconnaissance de l'Angiologie » a été rédigé, sans suite. Le dossier de la Médecine Vasculaire a avancé lentement avec la création en 2000 de la **sous-section du CNU 51-04 : Chirurgie Vasculaire /Médecine Vasculaire.**

La situation de ni généraliste, ni spécialiste n'est plus tenable actuellement.

Il est nécessaire, pour satisfaire les besoins de santé publique, notamment les parcours de soins vasculaires, que la filière de formation des médecins vasculaires soit pérennisée. Sur le plan universitaire, une identification de la formation de Médecine Vasculaire est envisagée à travers une filière de co-DES.

L'exercice des médecins vasculaires libéraux reste difficile de par l'absence de reconnaissance de leur spécificité. Les incertitudes quant à leur exercice professionnel dans le futur est à l'origine d'une inquiétude légitime.

Le but de ce document est de proposer un état des lieux de cette pratique.

1 - Médecine Vasculaire : le chaînon manquant

La médecine vasculaire en chiffres :

- **2.000 médecins exercent la Médecine Vasculaire en France**, à titre exclusif, dont 1.800 en libéral.
- Leur répartition est assez homogène sur le territoire : **2,4 médecins vasculaires pour 100.000 habitants**.
- **Un médecin vasculaire sur deux a une fonction hospitalière** en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou Centre Hospitalier Général (CHG).
- **200 médecins vasculaires ont un exercice hospitalier de praticiens** (temps plein / mi-temps).

2,5 millions de patients sont examinés chaque année par les médecins vasculaires en pratique libérale et hospitalière.

1.1. Données épidémiologiques

Les pathologies rencontrées sont diverses, mais quelques chiffres permettent de situer l'enjeu médical et économique de l'exercice de la Médecine vasculaire en France :

1.1.1. Pathologies relevant de l'expertise directe de médecine vasculaire :

- Environ **160.000 thromboses veineuses profondes**, et autant de thromboses veineuses superficielles et plus de **12.000 embolies pulmonaires (EP) mortelles** surviennent chaque année.
- **En Europe, la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est responsable du décès de 500.000 personnes/an**. L'incidence de la MTEV augmente avec l'âge et double chaque décade après 40 ans. Ces chiffres sont impressionnants et montrent la nécessité d'une sensibilisation autour de la MTEV, ses risques, ses symptômes, sa démarche diagnostique et sa prise en charge.
- **Le taux d'EP a diminué en France entre 2000 et 2010 (baisse de 3 % / an)**. Cette baisse est encourageante ; elle est due à l'action conjuguée de tous les acteurs de la MTEV dont les médecins vasculaires. Mais des efforts supplémentaires en matière de prévention sont à faire afin que cette baisse concerne tous les groupes d'âge.
- **La maladie veineuse post thrombotique** concerne entre 20 et 50 % des patients qui ont présenté une thrombose veineuse profonde proximale, avec un taux d'ulcère de 5 % à 10 ans.
- **La MTEV est aujourd'hui considérée comme une affection nosocomiale** à l'hôpital et en clinique, sa prévention doit être renforcée. 75 % de tous les décès à l'hôpital par EP surviennent en Médecine.
- **Le coût global de la maladie thrombo-embolique veineuse s'élève à 25 millions d'Euros / an.**
- **A partir des données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), source ARS de 2010 à 2014 des patients résidant en France**, nous avons pu recueillir **le nombre de séjours pour thromboses veineuses des patients hospitalisés**. Les événements thrombotiques ont été répartis : code CIM 180 (thrombophlébite) en diagnostic principal (DP) c'est-à-dire comme motif principal d'hospitalisation, et en diagnostic associé (DAS) selon la pathologie pour laquelle le

patient séjournait. Des chiffres en légère augmentation de 5,6 % entre 2010 et 2013 pour les DAS et en régression de 5,1 % pour les DP, pour une moyenne de 26.000 séjours en DP et 85.000 séjours en DAS. Concernant ceux-ci, on retrouve par ordre de fréquence : les pathologies pulmonaires (environ 20.000) puis les affections et traumatologie de l'appareil locomoteur et pathologies cardio-vasculaires (environ 10.000), puis digestives, neurologiques et urologiques.

SYNTHÈSE MTEV DREES 2015

La maladie veineuse thromboembolique est une pathologie fréquente chez le sujet âgé et présente une mortalité et une morbidité importantes. En 2010, cette pathologie était responsable de 15.645 décès en causes multiples et de 124.263 hospitalisations en diagnostic principal et associé. L'évolution au cours des dix dernières années de la mortalité et du taux de patients hospitalisés est plutôt favorable chez les personnes de 65 ans et plus. En revanche, avant 65 ans, et notamment chez les hommes, l'augmentation de l'incidence de la MVTE hospitalisée est constante depuis 10 ans.

Cette augmentation pourrait s'expliquer, en partie, par une amélioration des outils diagnostiques avec l'introduction de nouvelles techniques d'imagerie, par une meilleure survie des polytraumatisés et des patients atteints de cancer, qui sont deux populations à risque de MVTE mais également par une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque de MVTE comme l'obésité en population générale. Les disparités régionales observées, assez concordantes entre la mortalité et les hospitalisations, indiquaient que le Nord-Est (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Alsace, Lorraine et Rhône-Alpes) et le Centre (Auvergne) étaient plus impactés que l'Ouest et le Sud de la France.

- **20 à 35 % de la population française présente des varices des membres inférieurs**, soit plus de 12 millions de patients.
La prévalence des ulcères de jambe est de 0,63 % de l'ensemble de la population, ce chiffre atteignant 4 à 5 % au-delà de 80 ans. 93 % de ces ulcères sont d'origine veineuse.
- **On évalue à 300.000 le nombre de personnes atteintes d'un ulcère en France.** Le coût moyen total par patient est d'environ 890 €. L'ulcère « nouveau » coûte environ 710 €, et l'ulcère « ancien » 1.080 €. Le taux de guérison est de 67 % pour les ulcères « anciens » et de 86 % pour les ulcères nouveaux. Les médecins vasculaires sont des acteurs réguliers des **réseaux « plaies et cicatrisation »**.
- **800.000 patients ont une ALD pour artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (AOMI)**, plus précisément 1,5 % de la population âgée au moins de 50 ans, et plus de 5 % au-delà de 50 ans, 20 % au-delà de 60 ans. En tenant compte de l'existence des AOMI non diagnostiquées, ce sont 2.400.000 patients qui en sont porteurs en France. **L'AOMI est responsable de 5.000 amputations par an, surtout chez le diabétique.**
- **La prévalence des artériopathies non athéromateuses est difficile à cerner.** Cependant, les médecins vasculaires ont une expertise reconnue pour : *la maladie de Buerger, la maladie de Takayasu, la maladie de Behçet, de maladie de Horton, la maladie de Marfan, l'Ehlers Danlos, les dysplasies fibro-musculaires, les kystes adventiciels, l'endofibrose iliaque externe, l'artérite post-radique, le syndrome de l'artère pliée piégée.*

- **6.000 à 8.000 décès par an par rupture d'anévrisme** de l'aorte abdominale avec **13.000 patients opérés chaque année (chirurgie ou endoprothèse)**. L'anévrisme de l'aorte abdominale est à l'origine de plus de décès que les accidents de la route.
- **En France, la prévalence du Phénomène de Raynaud est de 15 % chez la femme et de 10 % chez l'homme. La gravité du Raynaud est liée à son association à la sclérodermie systémique qui est fort heureusement plus rare mais** dont il est souvent le premier signe. C'est dans ce contexte que la **capillaroscopie** prend toute son importance, laquelle fait partie du domaine d'expertise du médecin vasculaire. Les recommandations des sociétés françaises de Microcirculation et de Médecine Vasculaire recommandent de réaliser, chez tout patient qui consulte pour la première fois pour un phénomène de Raynaud, une capillaroscopie et un dosage d'anticorps anti-noyau en excluant d'autres examens complémentaires.
- **Le lymphoedème** : en reprenant les données de cancérologie, on observe 53.000 nouveaux cas de cancer du sein / an avec 7 % de lymphoedème si ganglion sentinelle et environ 28 % avec curage. Il s'agit des lymphoedèmes secondaires qui peuvent aussi être secondaires à d'autres cancers (mélanome, cancers utérins, ...). La prévalence des lymphoedèmes primaires est estimée à 1/10 000 avant l'âge de 20 ans. Il s'agit d'une affection orpheline qui mérite toute l'attention des médecins vasculaires. Le traitement du lymphoedème est mal connu des médecins en général : lorsque la prise en charge du lymphoedème est organisée, c'est en général par les médecins vasculaires.
- **Les tumeurs vasculaires et les malformations vasculaires** : affections rares, s'il en est. L'expertise des médecins vasculaires est reconnue pour ces pathologies, **leur présence dans les consultations multidisciplinaires des malformations vasculaires** en est la preuve.

1.1.2. Pathologies où l'expertise du médecin vasculaire est sollicitée

- **L'accident vasculaire cérébral représente** :
 - 130.000 hospitalisations / an soit 1 AVC toutes les 4 minutes,
 - 40.000 décès / an en France,
 - la première cause de handicap non traumatique,
 - 30.000 patients présentent des séquelles lourdes à un an,
 - 30 à 50 % de récurrence à 5 ans.
 - Le nombre d'AVC a augmenté de 16,5 % entre 2002 et 2010.
 - Les sténoses carotidiennes sont fréquentes, 5 à 10 % des sujets de plus de 60 ans **ont une sténose > 50 % soit 350.000 à 500.000 personnes.**

Les médecins vasculaires, par leur expertise en écho-Doppler cervico-céphalique et transcrânien, jouent un rôle majeur dans la recherche des sténoses carotidiennes, surtout leur quantification, l'identification des sténoses carotidiennes à risque (signaux micro-emboliques, caractéristiques échographiques de la plaque, réserve vasomotrice), et la décision thérapeutique.

SYNTHESE DREES 2015

Les accidents vasculaires cérébraux et plus généralement les maladies cérébrovasculaires sont une cause majeure de mortalité et de handicap.

En 2010, ils ont été la cause de 32 509 décès (soit 5,9 % de l'ensemble des décès et 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire) et de 146 550 patients hospitalisés.

Les données du PMSI montrent, tous âges confondus, une diminution du taux de patients hospitalisés pour AVC entre 2002 et 2012. Cependant, l'évolution chez les moins de 65 ans sur cette période est défavorable avec une augmentation sensible du taux de patients hospitalisés. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue des taux standardisés de décès pour AVC entre 2000 et 2010. Les régions Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et Limousin ainsi que les quatre départements d'outre-mer présentaient les taux de mortalité par AVC les plus élevés.

- **Le diabète** : le médecin vasculaire occupe une place importante dans ce contexte, le **diabète multiplie par 7 le risque d'artériopathie des membres inférieurs**, il est la **première cause d'amputation de membre inférieur**. Les complications vasculaires du diabète sont majeures. La prévalence du diabète augmente chaque année en France : plus de 3.000.000 de sujets en sont atteints, autant de patients chez lesquels la prévention des atteintes vasculaires est primordiale. Toutes les 7 secondes, 1 personne décède du diabète dans le monde. **Le risque d'amputation de membre chez le diabétique est multiplié par 15, représentant 3.000 à 5.000 amputations/an.**

SYNTHESE DREES 2015

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était estimée à 4,6 %, soit 3 millions de personnes. Les variations géographiques sont importantes, avec une prévalence particulièrement élevée dans le Nord et dans les DOM. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont encore insuffisamment suivies.

En 2012, entre 28 % (microalbuminurie) et 83 % (créatininémie) des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, avec de fortes variations régionales. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 demeurait encore élevé en 2007.

- **Le cancer** : c'est par le caractère transversal de la médecine vasculaire, qu'il existe une relation étroite avec la cancérologie. La thrombose veineuse et le cancer sont à l'origine de la collaboration avec les oncologues. Le cancer représente la troisième cause de MTEV (20 % des cas) dans la population générale, après la chirurgie (24 % des cas) et l'alitement (22 %). Le cancer multiplie ainsi le risque de MTEV par 6,5, la chimiothérapie et la présence d'un cathéter central par 5,6. Les facteurs de risque se cumulent car les patients cancéreux ayant un, deux, trois, quatre ou cinq facteurs de risque ont un taux de MTEV respectif de 4, 10, 20, 35, 50 %. **Des RCP THROMBOSE/CANCER se mettent en place actuellement, avec la participation des médecins vasculaires.**
- **L'insuffisance rénale** : le médecin vasculaire est impliqué dans les atteintes rénales à la fois par l'examen écho-Doppler des artères rénales, des examens artériels avant la greffe rénale, des greffons rénaux et des fistules artério-veineuses pour hémodialyse.

SYNTHESE DREES 2015

Depuis 2007, l'incidence globale de l'IRCT varie peu (de 146 à 155 par million d'habitants dans les 18 régions pour lesquelles on possède 6 ans de recul) et l'âge médian au démarrage est de 70 ans. Cette incidence et cet âge médian se situent dans les valeurs hautes observées en Europe. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par le vieillissement et l'augmentation de la taille de la population sauf chez les patients diabétiques. L'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades et souvent encore assez tardif pour ceux qui y accèdent. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 61 % chez les patients de moins de 60 ans.

Ces données montrent que les médecins vasculaires prennent en charge des affections fréquentes, lourdes et coûteuses, affections de plus à l'origine d'handicaps importants.

Leur action de prévention, en amont de ces affections, est bénéfique et s'avèrera de plus en plus importante compte tenu du **vieillissement de la population** : les plus de 65 ans (prévalence élevée des affections vasculaires périphériques) représentent 17 % de la population aujourd'hui. En 2060, d'après l'INSEE, une personne sur trois aura plus de 65 ans !

Le médecin vasculaire est avant tout un clinicien.

L'examen clinique est la base de tout acte médical, a fortiori en Médecine Vasculaire. La connaissance de la probabilité clinique avant la réalisation de l'acte technique est essentielle, une probabilité clinique élevée augmente les performances de l'acte technique. L'examen clinique du patient et la réalisation des explorations fonctionnelles vasculaires s'imbriquent totalement. Cette synergie est à l'origine d'une démarche médicale logique et performante, source d'efficacité et d'économies importantes.

Le médecin vasculaire est un hémodynamicien.

Ses connaissances en pathologie vasculaire et son expérience en explorations ultrasonores le désignent pour la réalisation d'examen concernant l'hémodynamique artérielle ou veineuse. Ainsi, le médecin vasculaire met régulièrement sa compétence au service d'autres spécialités : la chirurgie vasculaire, la cardiologie, la médecine d'urgence, la néphrologie, la neurologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la dermatologie, la gynécologie, l'urologie, la rhumatologie. Le médecin vasculaire est le correspondant privilégié des médecins généralistes ou spécialistes pour affirmer ou infirmer l'origine vasculaire d'une pathologie. Dans l'affirmative, il guide ou assure la prise en charge du patient.

Le médecin vasculaire est un thérapeute.

Le médecin vasculaire s'implique totalement, directement ou indirectement, dans les décisions thérapeutiques et dans le suivi des patients qu'il examine.

Le médecin vasculaire pratique la sclérothérapie pour le traitement des varices (sclérose, écho-sclérose mousse et les traitements thermiques endoveineux (radiofréquence, Laser). Les données SFMV/CNAMTS objectivent que la sclérothérapie se substitue de plus en plus à la chirurgie dans les indications suivantes : stripping des grandes et petites saphènes et reprise chirurgicale des récidives. De 2008 à 2009, les actes chirurgicaux ont diminué de 7 à 9 %, ce qui correspond à une économie de 2 519 117 € en ne tenant compte que des HSD (honoraires des actes sans dépassement). Si de plus, on inclut le forfait de bloc, les visites pré opératoires, les soins post opératoires, l'économie réalisée est très substantielle, et se situe au moins dans une fourchette de 10 000 000 à 15 000 000 €. Les techniques thermiques endovasculaires (radio fréquence et Laser) contribuent, elles aussi, à faire réaliser des économies (pas d'arrêt de travail). Les récentes recommandations de l'American Venous Forum et Nice préconisent pour le traitement des varices : en premier, les traitements thermiques échoguidés, en deuxième, l'échosclérose, en troisième position, seulement le stripping.

On note 14 % de baisse des actes de toute la chirurgie veineuse en France entre 2007 et 2013 dont 21 % de baisse des actes chirurgicaux pour la petite saphène (avec notamment une forte disparité suivant les régions dans les statistiques de l'activité hospitalière, source PMSI). Enfin, les reprises chirurgicales ont nettement diminué avec la pratique de la sclérose à la mousse.

- **2007 : 278.312 actes incluant tous les codes CCAM**
- **2013 : 239.473 actes incluant tous les codes CCAAM.**

Au total, 14 % de baisse des actes de chirurgie veineuse en France entre 2007 et 2013 dont 21 % de baisse des actes pour la petite saphène. La réalisation par les médecins vasculaires de l'écho-sclérose à la mousse, des techniques thermiques endovasculaires impacte significativement l'activité chirurgicale et est à l'origine d'une réduction des coûts.

Plusieurs exemples permettent de comprendre ce concept de gestion globale du patient :

- **La maladie thrombo-embolique veineuse** : le médecin vasculaire établit le diagnostic de la thrombose veineuse profonde (TVP) par écho-Doppler, instaure son traitement, décide si cette prise en charge est ambulatoire ou hospitalière, assure son suivi. Il réalise l'enquête étiologique, le plus souvent en collaboration avec le médecin traitant, pronostic vital du patient (embolie pulmonaire). La recherche d'une thrombophilie, d'un cancer, font partie de ses compétences. La détection précoce des TVP, et la mise en place du traitement réalisé de plus en plus fréquemment à titre ambulatoire génèrent une réduction importante des coûts de cette pathologie. On estime aujourd'hui que 80 % des thromboses veineuses profondes sont traitées en ambulatoire et à domicile. De même, les médecins vasculaires ont progressivement réussi à sensibiliser l'ensemble du corps médical aux problèmes posés par la TVP (diagnostic précoce, prévention, gestion des anti-coagulants). C'est le secteur libéral qui gère en priorité cette pathologie fréquente. La maladie thrombo-embolique veineuse « lourde » reste du domaine hospitalier, où les services de Médecine Vasculaire accueillent ce type de patients. Cette action a pour conséquence une limitation de la sévérité de la maladie post-thrombotique qui est à l'origine de troubles trophiques particulièrement invalidants et coûteux.

La MTEV est aussi un des événements indésirables associés aux soins à l'Hôpital.

La DREES et l'RDDES ont publié en 2011 à partir de 9 indicateurs de sécurité des patients, le surcôt de ces événements en prenant en compte l'allongement des séjours. Parmi eux, l'embolie pulmonaire et les TVP post-opératoires (PSI 12). Le surcôt de l'EP et des TVP est de **70 945 028 € / an**, ce qui est loin d'être négligeable. On doit assimiler la MTEV intra hospitalière à une affection nosocomiale. La prévention de la MTEV doit être une préoccupation de chaque instant. Les médecins vasculaires participent à cette lutte par l'intermédiaire des CLOT (Comité de Lutte contre la thrombose), mais ceux-ci sont en nombres insuffisants. Une médecine vasculaire de spécialité participerait de manière plus efficace qu'aujourd'hui à ces actions de prévention de la MTEV intra-hospitalière. Enfin, il s'agit ici des événements hospitaliers, il faut savoir aussi qu'un séjour hospitalier peut se compliquer de MTEV au retour du patient à la maison.

T3

Estimations de surcôt et d'allongement de durée des séjours par PSI (méthode de stratification)

Événements indésirables associés aux soins	PMSI					
	Effectifs	Allongement de la durée moyenne de séjour	Intervalle de confiance à 95 %	Surcoûts	Intervalle de confiance à 95 %	Coût total
PSI 3 Escarres	29 937	9,8	± 0,14	4 568 €	± 101	136 765 563 €
PSI 5 Oubli corps étranger	644	2,2	± 0,42	1 639 €	± 392	1 055 399 €
PSI 7 Infections	4 273	14,7	± 0,59	10 821 €	± 537	46 238 384 €
PSI 10 Désordres physiologiques	26 275	7,4	± 0,16	9 911 €	± 173	260 409 993 €
PSI 12 Embolie pulmonaire	18 968	4,6	± 0,16	3 740 €	± 146	70 945 028 €
PSI 13 Septicémie	8 368	18,5	± 0,56	18 578 €	± 478	155 457 100 €
PSI 15 Lacération ou piqûre accidentelle	6 887	1,1	± 0,23	1 356 €	± 239	9 337 096 €
PSI 18/19 Traumatisme obstétrical	2 933	0,7	± 0,02	525 €	± 5	1 540 334 €
						681 748 897 €

Source: Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC), Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2007.

Télécharger les données: www.irdes.fr/Donnees/Qes171_SurcoutEvenementsIndesirables.xls

- **L'artériopathie athéromateuse des membres inférieurs (AMI)** : porter le diagnostic d'artériopathie des membres inférieurs, c'est porter celui d'un marqueur de risque d'athéromatose. La détection d'une localisation de cette affection multifocale doit impérativement en faire rechercher les autres localisations potentielles : artères à destination encéphalique, artères coronaires, aorte, artères rénales et digestives. Le médecin vasculaire est parfaitement placé pour assurer le bilan d'extension de l'atteinte périphérique du polyvasculaire et si nécessaire, la prise en charge du patient. La précocité de cette prise en charge réduit le risque d'évolution vers les stades sévères de l'AMI et l'amputation. L'AMI est un marqueur de risques d'évènements athéromatoseux dans d'autres territoires. Le partenariat Médecine Vasculaire / Cardiologie est très important pour cette affection.
- **L'anévrisme de l'aorte** : le médecin vasculaire est au centre du dépistage échographique, le médecin généraliste comme le recommande l'HAS en 2013 est au centre de la décision du dépistage. Dépister un anévrisme, c'est aussi et surtout corriger les facteurs de risques cardio-vasculaires qui représentent chez ces patients la cause numéro un de décès.
- **Les sténoses carotidiennes** : diagnostiquer et quantifier une sténose carotidienne par ultrasons est un acte quotidien pour le médecin vasculaire. Cette quantification du degré de sténose est importante car elle peut justifier à elle seule l'indication d'un acte chirurgical. Aujourd'hui, les ultrasons permettent au médecin vasculaire d'aller plus loin dans l'identification des sténoses carotidiennes à risque et de mieux choisir les patients pour lesquels le bénéfice chirurgical est important. Les conséquences en termes de morbi-mortalité pour le patient et d'économie pour l'assurance maladie sont évidentes.
- **L'insuffisance veineuse chronique** : la phlébologie est une branche très spécifique de notre discipline. Elle représente plus de la moitié de l'activité des médecins vasculaires du fait de la très grande prévalence des affections veineuses. Le champ d'activité du médecin vasculaire est large mais chaque acte reste très spécifique : bilan de l'insuffisance veineuse chronique, éradication ou sclérothérapie (guidée par échographie) des veines variqueuses, traitement endoveineux thermique par radio fréquence ou laser endo-veineux, diagnostic et soins d'une complication aiguë ou trophique de l'insuffisance veineuse, diagnostic et soins d'un ulcère, pose et prescription d'un traitement compressif adapté. La connaissance de l'ensemble des maladies vasculaires permet au médecin vasculaire de placer l'atteinte veineuse et ses conséquences dans le contexte vasculaire et général du patient.
- **Les troubles de la microcirculation et la pathologie lymphatique** sont actuellement pris en charge par les médecins vasculaires qui en assurent le diagnostic, les explorations et le traitement. La microcirculation ne se résume pas aux troubles vasomoteurs. Les relations macro / microcirculation permettent de mieux appréhender la pathologie des gros vaisseaux. C'est aussi un axe de recherche important pour de nouvelles thérapies médicamenteuses.
- **La microcirculation**
Les acrosyndromes vasculaires sont fréquents et variés et plutôt que d'être négligés ou d'induire des bilans complexes, ils impliquent une prise en charge empreinte de bon sens clinique. Ce domaine de l'analyse des relations macro / microcirculation, à cheval sur le laboratoire d'explorations fonctionnelles vasculaires et la pratique

quotidienne, est au cœur de l'évolution des traitements médicaux, des plus simples au plus sophistiqués. Le médecin vasculaire polyvalent formé à une clinique de qualité et à la pratique des explorations fonctionnelles vasculaires est le mieux à même de surfer sur ces domaines.

- **Les troubles trophiques** : la prise en charge des ulcères de jambe en ville est hétérogène. La technicité et la complexité des soins d'ulcère sont chronophages et les libéraux se trouvent parfois démunis, ce qui engendre un désintérêt et par conséquent, un défaut de prise en charge. Par ailleurs, les soins d'ulcères sont devenus l'apanage des IDE libérales mais leur connaissance des ulcères vasculaires est bien souvent incomplète et elles se retrouvent seules face à leur patient. Afin de pallier ces difficultés, **les services de Médecine vasculaire** ont développé des unités spécialisées dans le prise en charge des plaies. La réalisation d'un bilan vasculaire exhaustif permet de confirmer l'origine vasculaire et d'orienter le traitement selon qu'il s'agit d'un ulcère veineux, artériel, mixte, microcirculatoire ou lymphatique. La coordination des soins en centres spécialisés permet aux libéraux d'harmoniser les pratiques et d'adresser leurs patients en cas de doutes ou de difficultés. **Ces unités peuvent par ailleurs s'appuyer sur des réseaux de ville déjà existants telle que "plaies et cicatrisation"** notamment dans les zones peu médicalisées afin d'assurer le suivi des patients. Ces unités se développent peu à peu dans le milieu hospitalier mais également en clinique. Une liste nationale recensant les différents centres est en cours de réalisation.

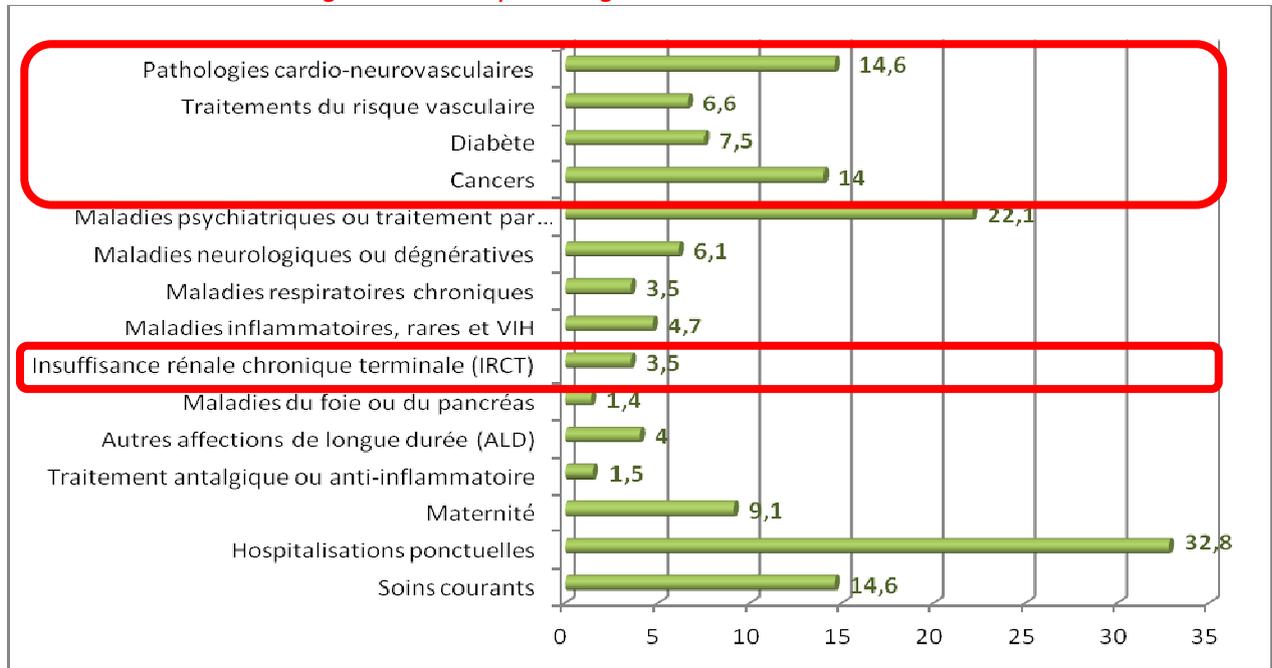
Par ailleurs, les médecins vasculaires peuvent identifier par des techniques spécifiques (TcPO₂, laser Doppler, pressions distales), la nature artérielle ou autre des troubles trophiques, ce qui est fondamental pour les prises de décisions. Il ne suffit pas d'avoir une artériopathie et un ulcère de membre inférieur pour affirmer un lien de cause à effet et seule la mesure de pression à l'orteil ou la TcPO₂, que les médecins vasculaires sont seuls à effectuer, permet réellement de trancher.

1.2. Dépenses de Santé en France

Répartition des dépenses en 2012 par groupe de pathologies et traitements

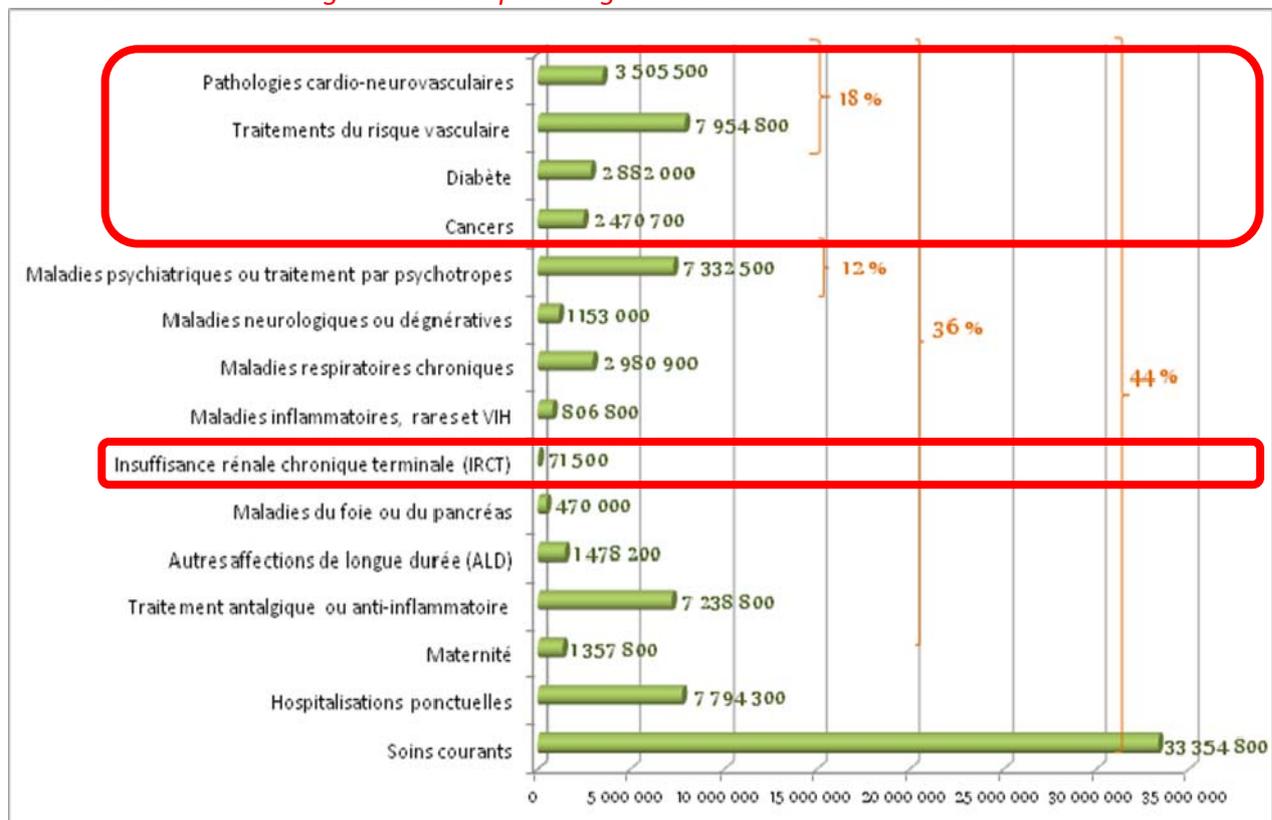
(Tous postes de dépenses confondus, en milliard d'euros)

Les carrés en rouge ciblent les pathologies où le Médecin Vasculaire intervient



Effectifs de personnes prises en charge par pathologie en 2012

Les carrés en rouge ciblent les pathologies où le Médecin Vasculaire intervient



La Médecine Vasculaire hospitalière

Il existe en France 29 CHU et 3 CHR soit 32 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires. La Médecine Vasculaire en tant qu'entité existe dans 24 CHU et 3 CHR. Les responsables de ces services sont des médecins vasculaires, issus souvent d'autres spécialités : médecine interne, cardiologie, médecins qui consacrent leur travail uniquement à la médecine vasculaire. Ils peuvent être aussi issus de la filière DESC de médecine vasculaire, internat, post internat.

1.3. La Médecine Vasculaire, une véritable interface au carrefour de multiples disciplines médicales

C'est une véritable spécialité transversale qui nécessite des connaissances cliniques, biologiques, thérapeutiques et techniques. Le chirurgien vasculaire, le radiologue vasculaire, le cardiologue, l'interniste, le biologiste vasculaire (thrombose/hémorragie), sont des intervenants réguliers mais ponctuels vis à vis des affections vasculaires. Le médecin vasculaire représente le trait d'union entre le patient, ces différents intervenants et le médecin de premier recours. Il est le seul à pouvoir effectuer la synthèse médicale des malades et à pouvoir en assurer une gestion coordonnée et efficiente.

La Médecine Vasculaire et les sociétés savantes :

La Médecine Vasculaire, rassemble au sein de la **Société Française de Médecine Vasculaire** 1.850 membres, organise tous les ans un congrès qui réunit depuis 10 ans plus de 1.200 participants, témoignant d'une vitalité croissante de la discipline.

Le **Collège National Professionnel de Médecine Vasculaire** constitue pour les tutelles l'interlocuteur de choix. Il fait partie de la **Fédération des Spécialités Médicales (FSM)**.

L'European Society of Vascular Médecine, créée en 2013 a tenu son premier congrès à Berlin/Potsdam en Mai 2015. Sous l'égide de la SFMV, un congrès International sera organisé à Lyon (avec l'Union Internationale d'Angiologie) en 2016. A cette occasion, aura lieu, de plus, le premier congrès francophone de Médecine Vasculaire (Algérie, Liban, Maroc, Tunisie).

Le Collège Français de Pathologie Vasculaire, la Société Française de Phlébologie, la Société Française de Lymphologie, la Société Française de Microcirculation, la Fédération Française des Ultrasons, entretiennent des liens forts avec la SFMV.

1.4. La Médecine vasculaire en Europe et dans le monde

La Médecine vasculaire est une spécialité reconnue en Allemagne, en Autriche, en Slovénie et en Suisse. La règle des 3/5^{ème} ne nous permet donc pas d'obtenir une spécialité par l'Europe. Il existe en Europe un Master en Vascular Medicine, mais non qualifiant.

Enfin, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) a intégré une division Angiologie/Médecine Vasculaire en 2012. Une démarche identique à la nôtre est réalisée actuellement en Italie, en Belgique et en Grande Bretagne. L'Argentine, le Chili, le Brésil ont intégré depuis longtemps la Médecine vasculaire à l'hôpital. La Médecine Vasculaire est une réalité dans le monde.

Ce descriptif de la Médecine Vasculaire illustre la « spécialité de fait » qu'est devenue la Médecine Vasculaire et l'étendue de son champ d'action. Les maladies vasculaires ont une forte prévalence et leur évolution reste péjorative en l'absence de prise en charge globale.

Le médecin vasculaire répond bien à une demande qui n'est satisfaite par aucun autre acteur du monde de la santé. Les médecins vasculaires ont établi depuis longtemps une relation de complémentarité autour du patient entre les différents intervenants du monde médical pour une meilleure efficacité des soins et une plus juste utilisation des moyens. Notre discipline contribue régulièrement à l'élaboration de bonnes pratiques : recommandations (HAS, ANSM), référentiels, DPC, FMC.

Les médecins vasculaires répondent aux attentes des patients et à celles de leurs confrères qui les considèrent depuis longtemps comme des spécialistes. La restructuration annoncée et l'évolution nécessaire du monde médical, la mise en place de filières, les conventions et les rémunérations sur objectifs constituent des raisons supplémentaires pour faire de Médecine Vasculaire une spécialité à part entière.

La recherche fondamentale et l'innovation en matière de pathologie vasculaire dans ses aspects cliniques, diagnostiques, biologiques et thérapeutiques doivent s'appuyer, dans notre pays, sur une véritable spécialité de Médecine Vasculaire.

La Médecine Vasculaire, née en France, est en plein essor dans le reste du monde moderne. Le projet d'un véritable DES de médecine vasculaire permettra enfin de stabiliser le statut de médecin vasculaire.

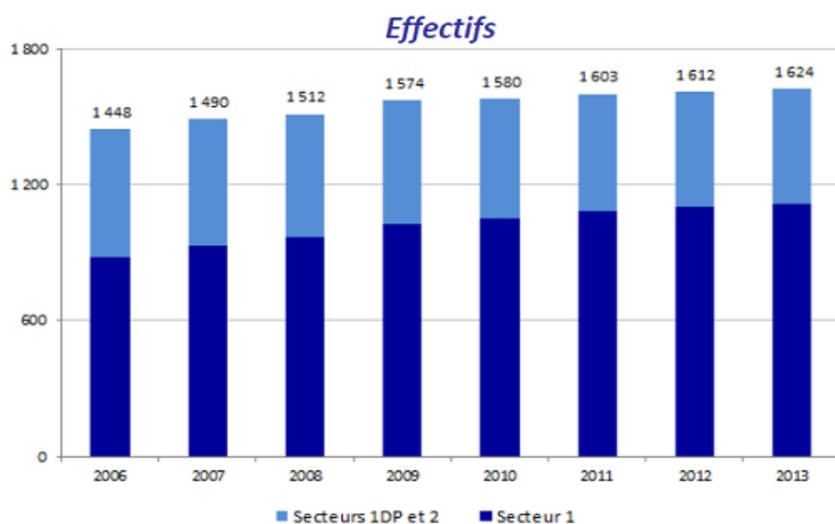
Dans un environnement démographique contraint, la délégation de tâche devra s'appuyer sur les spécialistes de médecine vasculaire.

La médecine vasculaire est bien le chaînon manquant de la médecine d'aujourd'hui. Il est nécessaire qu'elle trouve enfin sa place. Elle devrait très prochainement trouver sa place sous la forme d'une spécialité reconnue, qui est attendue avec impatience pour enfin permettre une formation de qualité optimale et de véritables filières pour les étudiants qui souhaitent se tourner vers cette discipline.

2 - Démographie des Médecins Vasculaires Libéraux

Croissance modérée des effectifs :

- **1.624 médecins vasculaires libéraux** sont répertoriés par la CNAMTS en 2013.
- Légère progression des effectifs entre 2006 et 2013 :
 - + 1,7 % en moyenne annuelle chez les médecins vasculaires libéraux, contre 0,0 % pour l'ensemble des MEP
 - + 3,4 % dans le secteur 1 et – 1,5 % dans le secteur 2.



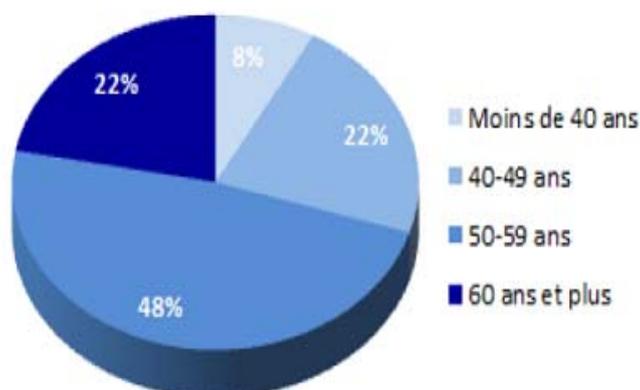
- Forte proportion en secteur 1 qui est en croissance.
- Installation avant 1991 = 48 %, entre 1992 et 2012 = 52 %
- 45 % de femmes et 55 % d'hommes mais tendance à l'équilibre.

Source CNAMTS – SNIR 2013 – Médecins vasculaires libéraux – Tous secteurs – France entière

Une moyenne d'âge de 53 ans en 2013 :

- Plus de 2 médecins vasculaires sur trois ont 50 ans et plus en 2013 (70 % en 2013 contre 66 % en 2011).
- 68 % des médecins vasculaires sont en secteur 1 et 32 % en secteur 2 ;
- 3 médecins vasculaires sur 4 exercent intégralement dans le secteur libéral :
 - 13 % exercent en libéral et temps partiel hospitalier
 - 35 % exercent en libéral avec une activité de praticien hospitalier attaché.

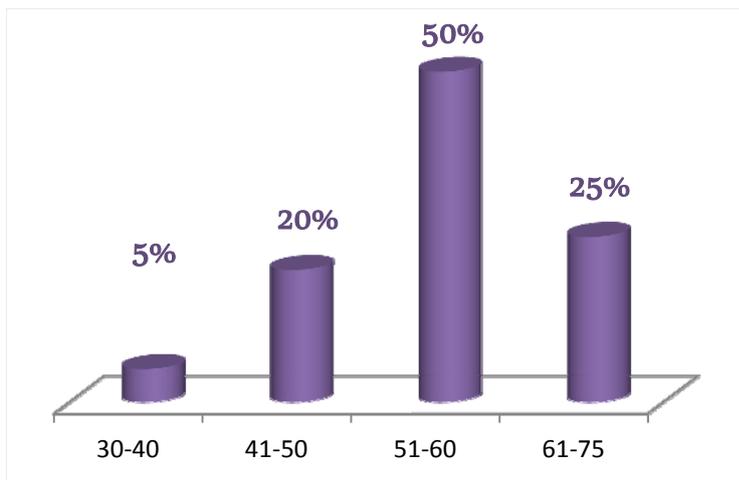
Répartition des médecins vasculaires libéraux selon leur âge en 2013



- 75 % exercent exclusivement en libéral et 35 % ont une activité hospitalière.

Source CNAMTS – SNIR 2013 – Médecins vasculaires libéraux – France entière

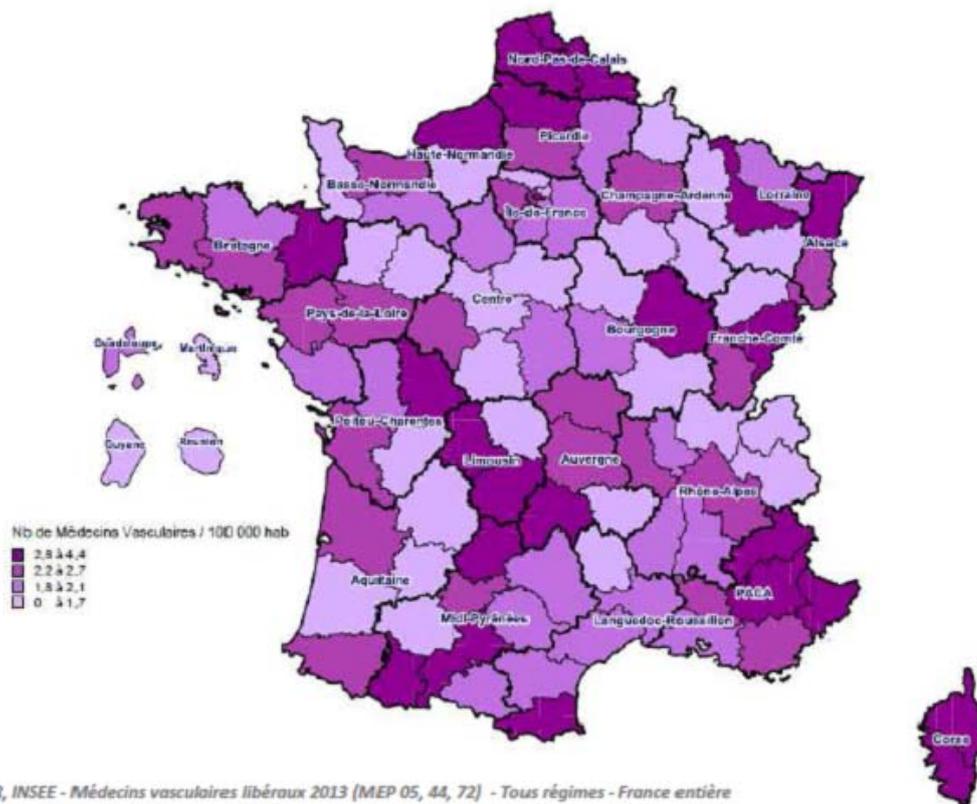
Répartition des médecins vasculaires par tranche d'âge



- Moyenne d'âge élevée comparable néanmoins aux autres disciplines médicales
- Seulement 5 % ont moins de 40 ans
- 25 % ont plus de 60 ans et seront en retraite dans les 5 ans.

Répartition des médecins vasculaires

Densité moyenne de 2,4 médecins vasculaires pour 100.000 habitants



Source : DCIR, INSEE - Médecins vasculaires libéraux 2013 (MEP 05, 44, 72) - Tous régimes - France entière

Synthèse

Densité plus importante sur les côtes et grandes agglomérations. Moins de 6 médecins vasculaires dans certains départements. Compte tenu des données démographiques actuelles, il est nécessaire de former 40 à 50 Médecins Vasculaires/an pour le maintien des effecteurs et la prise en charge des patients « vasculaires ». De plus, il existe une disparité entre les régions superposables aux autres spécialités médicales. Sans action, les déserts vasculaires seront une réalité demain.

3 - Activité des Médecins Vasculaires Libéraux

Les médecins vasculaires prennent en charge 2,5 millions de patients par an.

Les médecins vasculaires réalisent 5,4 millions d'actes par an.

- 49 % d'actes d'échographie (soit 77 % de leurs honoraires)
- 32 % d'actes de technique médicale (soit 13 % de leurs honoraires)
- 19 % de consultations (soit 10 % de leurs honoraires).

Une grande majorité des médecins vasculaires (95 %) ont déclaré un nombre très faible de patients médecin-traitant.

	Décile 1	Décile 2	Décile 3	Décile 4	Décile 5	Décile 6	Décile 7	Décile 8	Décile 9	Percentile 95	Percentile 99
Nombre minimum de patients-médecin traitant pour chaque classe	0	1	1	1	2	3	3	4	7	15	729

Synthèse

Le médecin vasculaire est un médecin consultant, à exercice exclusif, 95 % d'entre eux ne sont pas déclarés comme médecin traitant. En moyenne : 1.567 patients par médecin vasculaire et 2 actes ou consultation/patient/an. 50 % des actes sont des explorations écho-Doppler. Rappel : 800 patients par médecin généraliste traitant.

Dynamisme de l'activité en 2013

- **Progression soutenue des actes : + 2,7 % entre 2012 et 2013**
 - Secteur 1 : + 5,1 % entre 2012 et 2013
 - Dynamisme des actes d'échographie et des actes de technique médicale
 - ADE : + 4,4 %
 - ATM : + 7,7 %
 - Hausse plus marquée au second semestre 2013
- **Tendance identique en termes d'honoraires**
Progression des honoraires moyens de 2,7 % en 2013 (+ 4,0 % pour le secteur 1)
- **Stabilité des tarifs moyens par acte**
- **Progression sensible du nombre de patients en 2013**
 - + 2,0 % tous secteurs (+ 3,4 % en secteur 1), **soit une hausse sensible du nombre de patients par médecin vasculaire**
 - Quasi-stabilité du nombre moyen d'actes par patient : + 0,8 % tous secteurs.

Source : CNAMTS 2013 – Médecins vasculaires libéraux ayant réalisé au moins un acte technique dans l'année - Tous régimes – France entière

Synthèse

L'augmentation des honoraires est due à une augmentation du nombre de patients examinés par médecin (+ 2,2 %) alors qu'il n'existe qu'une augmentation de + 0,8 % des actes par patient. En 2 ans, la plupart des cotations ont baissé de 5 %, ce qui corrobore la notion d'augmentation de la prévalence des affections vasculaires périphériques dont l'âge est un facteur important.

Les actes traçants

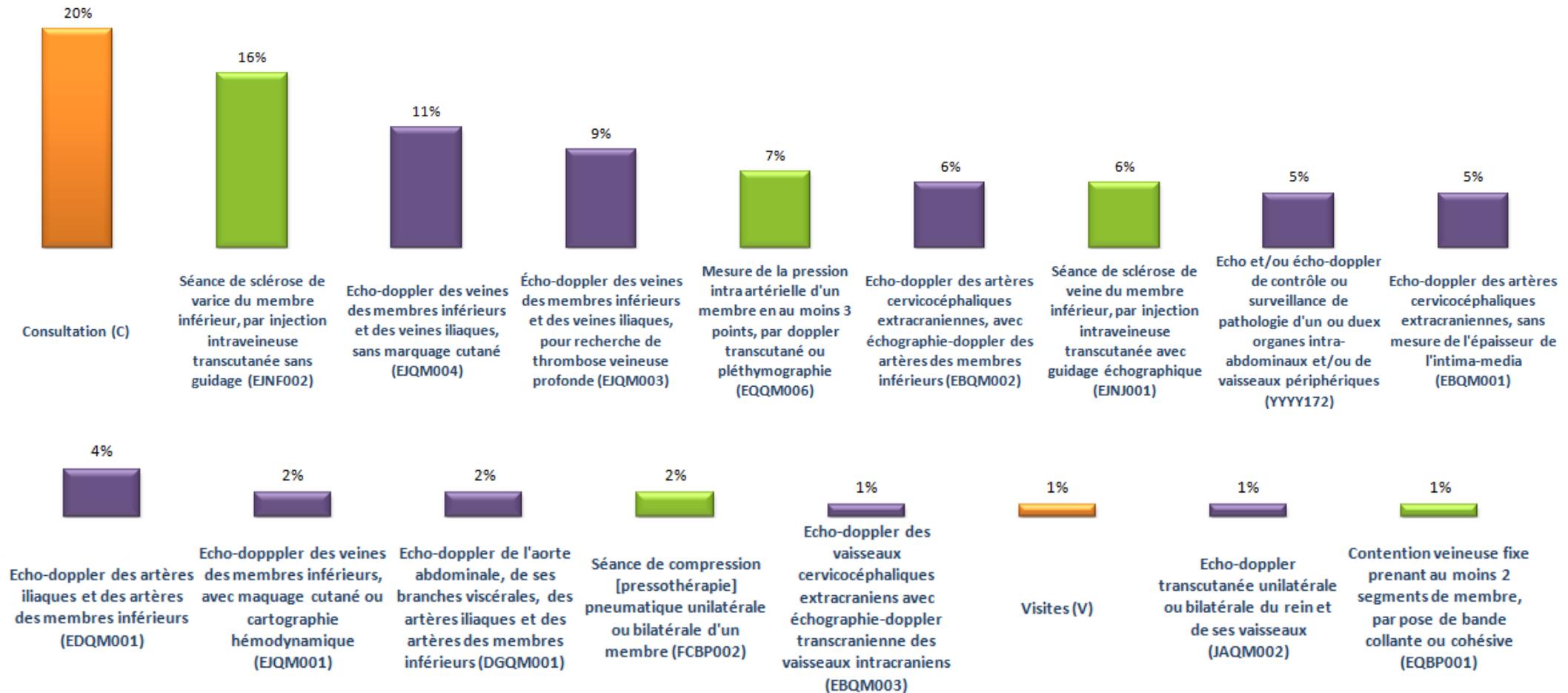
En l'absence d'identification spécifique pour les données issues de la CNAM, l'activité de Médecine Vasculaire peut être traçée à partir des 23 actes CCAM ci-dessous qui sont effectués dans le champ de compétence de la médecine vasculaire.

Activités des médecins vasculaires (MV)

Les 23 actes spécifiques de la médecine vasculaire

Code acte	Libellé de l'acte	Nb de MV	Nb d'actes en 2013
TOTAL		1.914	4.729.309
EJQM004	Écho-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage	1.809	689.622
DGQM001	Écho-doppler de l'aorte abdominale, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	1.405	154.205
EBQM001	Écho-doppler des troncs supra-aortiques	1.886	326.569
EBQM002	Écho-doppler des troncs supra-aortiques et des artères des membres inférieurs	1.823	425.416
ECQM002	Écho-doppler des artères des membres supérieurs	1.672	32.556
EDQM001	Écho-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	1.703	243.484
EJQM001	Écho-doppler des veines des membres inférieurs, avec marquage ou cartographie hémodynamique	1.747	160.017
EJQM003	Écho-doppler des veines des membres inférieurs pour recherche de TVP	1.878	585.565
EZQM001	Écho-doppler d'une fistule artério-veineuse	481	24.674
JAQM002	Écho-doppler du rein et de ses vaisseaux	1.129	36.288
EJNF002	Sclérose de varice du membre inférieur sans guidage	1.050	913.107
EJNJ001	Sclérose de varice du membre inférieur avec guidage échographique	1.065	362.163
EQQM006	Mesure de la pression systolique distale d'un membre par doppler continu	1.465	483.608
EFQM001	Écho-doppler des veines des membres supérieurs	1.619	28.958
ECQM001	Doppler continu des artères de membres supérieurs avec manœuvres positionnelles	874	10.243
EJFB001	Exérèse de segment de varice ou de perforante du membre inférieur sous anesthésie locale	64	2.969
DGQM002	Écho-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques	1.198	28.563
EQQP005	Capillaroscopie périunguëale	322	3.481
EQBP001	Contention veineuse fixe par pose de bande collante ou cohésive	293	30.555
EBQM003	Écho-doppler des troncs supra-aortiques avec doppler des vaisseaux intracrâniens	824	49.450
FCBP001	Séance de pressothérapie mercurielle d'un membre	57	6.174
FCBP002	Séance de pressothérapie pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre	444	114.845
EPJB015	Evacuation de thrombus de veine superficielle par voie transcutanée	229	16.797

- ▶ 97 % de l'activité clinique et technique est représentée ci-dessous
- ▶ Plus de 9 médecins vasculaires sur 10 réalisent des écho-Dopplers
- ▶ Moins de 6 médecins vasculaires sur 10 réalisent des séances de sclérose de varices.



Source : CNAMTS 2013 – Tous régimes – France entière

► Soit 2.471 actes par médecin vasculaire pour ces 23 actes principaux hors consultations.

Activités des radiologues

Les actes sur les vaisseaux pratiqués par les radiologues.

Code acte	Libellé de l'acte	Nb de radiologues	Nb d'actes en 2013
TOTAL		5.933	712.844
EBQM001	Écho-doppler des troncs supra-aortiques	3.330	195.504
EJQM003	Écho-doppler des veines des membres inférieurs pour recherche de TVP	3.257	141.037
EDQM001	Écho-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	2.799	91.966
JAQM002	Écho-doppler du rein et de ses vaisseaux	3.278	83.548
EJQM004	Écho-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage	1.986	73.994
EFQM001	Écho-doppler des veines des membres supérieurs	2.487	26.654
EBQM002	Écho-doppler des troncs supra-aortiques et des artères des membres inférieurs	999	14.827
ECQM002	Écho-doppler des artères des membres supérieurs	1.950	22.367
DGQM002	Écho-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques	1.849	20.619
DGQM001	Écho-doppler de l'aorte abdominale, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	946	18.512
EJQM001	Écho-doppler des veines des membres inférieurs, avec marquage ou cartographie hémodynamique	330	6.861
EBQM003	Écho-doppler des troncs supra-aortiques avec doppler des vaisseaux intracrâniens	163	5.202
EZQM001	Écho-doppler d'une fistule artério-veineuse	168	5.527
ECQM001	Doppler continu des artères de membres supérieurs avec manœuvres positionnelles	165	1.403
EQQM006	Mesure de la pression systolique distale d'un membre par doppler continu	138	4.768
EJNF002	Sclérose de varice du membre inférieur sans guidage	6	47
EJNJ001	Sclérose de varice du membre inférieur avec guidage échographique	1	3
FCBP002	Séance de pressothérapie pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre	3	4
EQBP001	Contention veineuse fixe par pose de bande collante ou cohésive	1	1

- ▶ **120 actes de médecine vasculaire effectués par des radiologues par an** (2.471 par médecin vasculaire).

Activités des cardiologues

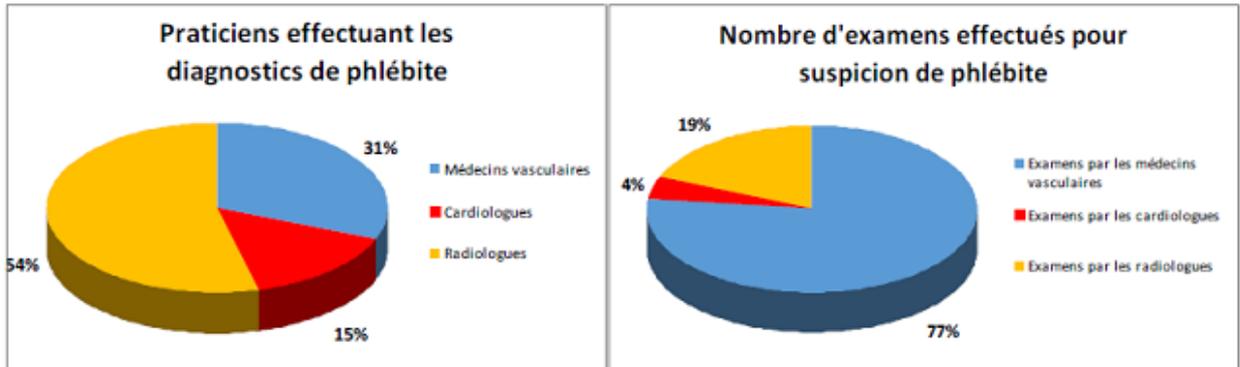
Les actes sur les vaisseaux pratiqués par les cardiologues.

Code acte	Libellé de l'acte	Nb de cardiologues	Nb d'actes en 2013
TOTAL		2.566	581.708
EBQM001	Écho-doppler des troncs supra-aortiques	2.232	271.024
EBQM002	Écho-doppler des troncs supra-aortiques et des artères des membres inférieurs	1.509	146.836
EDQM001	Écho-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	1.557	56.678
EJQM003	Écho-doppler des veines des membres inférieurs pour recherche de TVP	909	34.162
EJQM004	Écho-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage	722	20.748
DGQM001	Écho-doppler de l'aorte abdominale, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	603	20.117
DGQM002	Écho-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques	523	8.523
EBQM003	Écho-doppler des troncs supra-aortiques avec doppler des vaisseaux intracrâniens	192	3.327
ECQM002	Écho-doppler des artères des membres supérieurs	394	2.494
JAQM002	Écho-doppler du rein et de ses vaisseaux	175	2.429
EFQM001	Écho-doppler des veines des membres supérieurs	434	2.241
EQQM006	Mesure de la pression systolique distale d'un membre par doppler continu	197	10.010
EJQM001	Écho-doppler des veines des membres inférieurs, avec marquage ou cartographie hémodynamique	195	891
EJNF002	Sclérose de varice du membre inférieur sans guidage	10	786
EZQM001	Écho-doppler d'une fistule artério-veineuse	42	399
FCBP002	Séance de pressothérapie pneumatique unilatérale ou bilatérale d'un membre	5	701
ECQM001	Doppler continu des artères de membres supérieurs avec manœuvres positionnelles	77	257
EQQP005	Capillaroscopie périunguëale	7	45
EJNJ001	Sclérose de varice du membre inférieur avec guidage échographique	11	32
EPJB015	Évacuation de thrombus de veine superficielle par voie transcutanée	1	8

- **226 actes de médecine vasculaire effectués par cardiologue et par an** (2.471 par médecin vasculaire).

Activité des médecins vasculaires

Les écho-Dopplers pour suspicion de thrombose veineuse profonde des MI (EJQM003)



Total praticiens = 6044

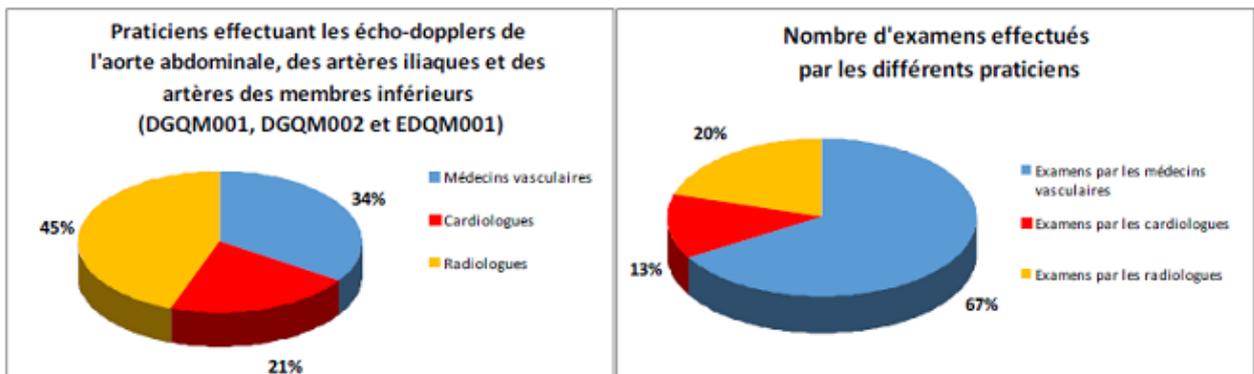
Total examens = 760 764

Source : ISPL - Tous régimes France entière 2013

- Les médecins vasculaires représentent 31 % des praticiens réalisant des écho-Dopplers pour suspicion de phlébite des membres inférieurs mais réalisent 77 % des examens.

Activité des médecins vasculaires

Les écho-Dopplers pour l'exploration de l'aorte abdominale et des artères des MI

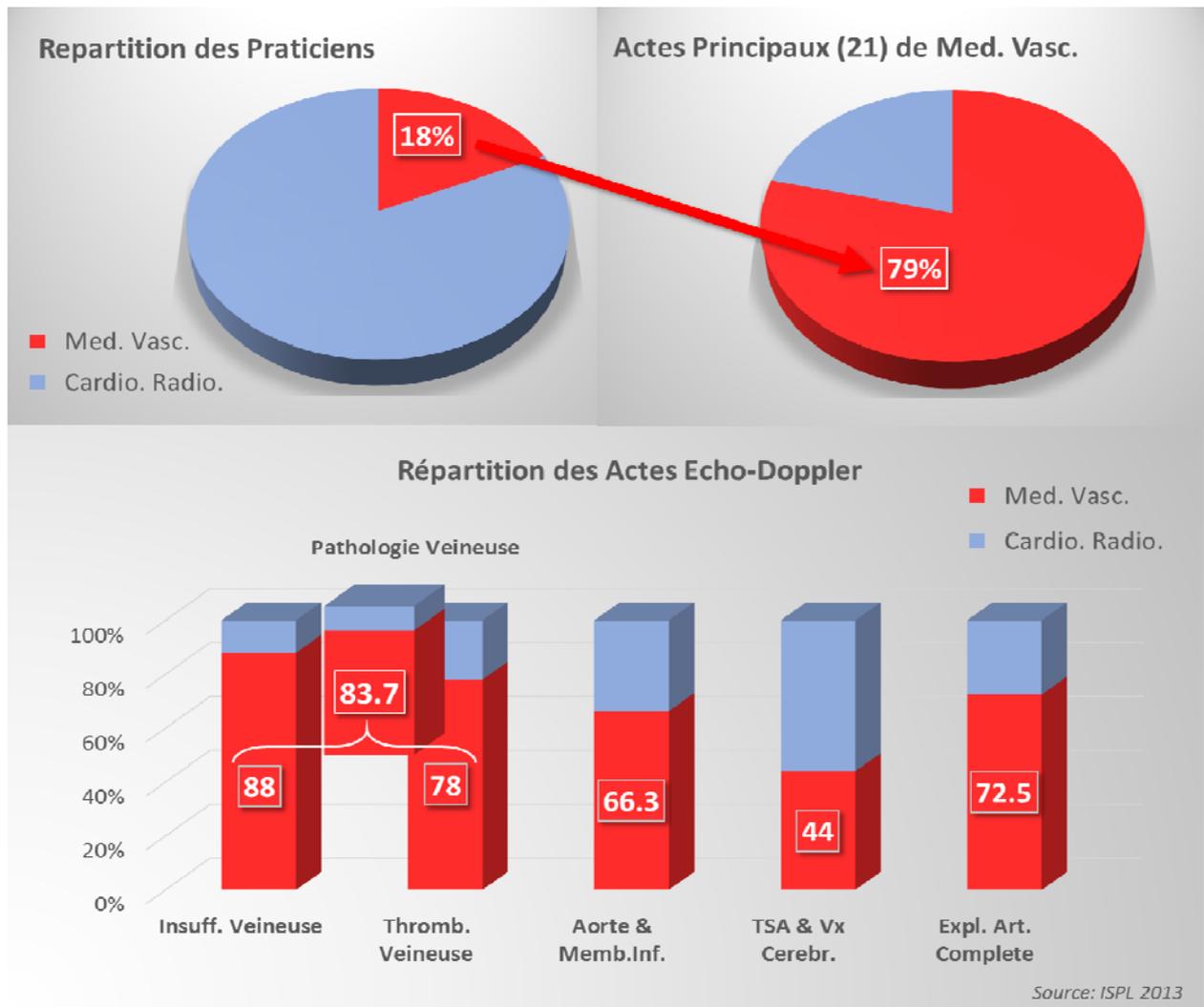


Total praticiens = 4194

Total examens = 642 667

Source : ISPL - Tous régimes France entière 2013

- Les médecins vasculaires représentent le 1/3 des praticiens réalisant des écho-Dopplers artériels des membres inférieurs et de l'aorte mais réalisent les 2/3 des examens.



Synthèse	
Nombre d'actes écho-Doppler vasculaires en 2013	
Médecine Vasculaire	4.729.309
Cardiologie	581.708
Radiologie	712.844

Alors qu'ils ne représentent que 18 % de tous les praticiens effectuant des actes d'écho-Doppler vasculaire, les médecins vasculaires réalisent 79 % des écho-Doppler vasculaires : ce qui montre leur implication et activité exclusive dans cette discipline des affections vasculaires périphériques. 83,7 % des explorations veineuses, 72,5 % des explorations artérielles périphériques complètes.

4 - Les Explorations Fonctionnelles Vasculaires (EFV)

Le Médecin Vasculaire n'est pas un technicien mais un médecin qui utilise certains actes techniques, pratique dont la finalité est diagnostique, pronostique, pré thérapeutique et dans le suivi. Les EFV font l'objet d'une cotation à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Si les ULTRASONS (écho-Doppler) représentent une grande partie des EFV par l'utilisation de l'écho-Doppler, il ne faut pas oublier les autres tests à notre disposition :

- Prise de la pression au Gros Orteil par photopléthysmographie ou par Doppler Laser
- Vidéo capillaroscopie
- Epreuve de marche du tapis roulant
- TcPO2.

La part de chaque examen sera détaillée dans ce document au chapitre "Activité des Médecins Vasculaires".

Toutes ces explorations ont fait l'objet d'une validation et de recommandations quant à leur utilisation en France, en Europe, aux Etats-Unis et au Canada.

La SFMV publie régulièrement les standards de qualité EFV, chaque exploration étant déclinée en 3 niveaux. A ce jour, ont été publiés dans le Journal des Maladies Vasculaires :

- Echo-Doppler dans la cadre de la maladie thrombo-embolique veineuse des membres inférieurs,
- Echo- Doppler dans l'étude des tumeurs et malformations vasculaires,
- Echo-Doppler artériel des membres inférieurs,
- Echo-Doppler cervical,
- Echo-Doppler transcrânien,
- Echo- Doppler des artères rénales,
- Echo-Doppler dans l'insuffisance veineuse superficielle,
- Pratique de la capillaroscopie péri unguéale.

La philosophie des EFV est simple : leur pratique en Pathologie Vasculaire doit être sous tendue par une connaissance clinique, physio-pathologique et thérapeutique. Les médecins vasculaires qui utilisent les EFV réalisent un acte médical et technique qui va permettre une gestion diagnostique et thérapeutique appropriée. L'acte réalisé est à la fois un acte intellectuel et un acte technique, ils sont indissociables. C'est la particularité de notre métier.

Synthèse Echo–Doppler : liste des indications principales

Maladie Thrombo Embolique Veineuse	Diagnostic thrombose veineuse profonde et/ou superficielle (tout territoire confondu), évaluation maladie veineuse post-thrombotique
Insuffisance veineuse	Etude réseau veineux profond et superficiel, cartographie, écho-sclérose, procédures endo-veineuses écho-guidées
Athérothrombose	Etude axes artériels cervico-encéphaliques, réseau artériel intra-crânien avec ou sans monitoring, artères des membres supérieurs, aorte, artères digestives, artères rénales, artères sexuelles, artères des membres inférieurs, suivi angioplastie périphérique, suivi chirurgie, repérage veines saphènes avant pontage, études des axes artériels avant greffe rénale.
Hémodialyse	Cartographie pré-crédation de fistule, suivi fistules
Examen particulier avec agents de contraste	Suivi endoprothèse aortique abdominale, étude réseau intra-crânien, prise de contraste des plaques carotidiennes (non validé)

Activité Echo–Doppler Vasculaire en CHU et CHG

Quelques données chiffrées expriment l'importante activité des médecins vasculaires dans la réalisation des écho-Dopplers vasculaires. IL faut y associer les actes de consultations et l'activité d'hospitalisation. Nous avons choisi de faire un focus sur les écho-Doppler Vasculaires et les disciplines intervenantes à l'hôpital.

Centres Hospitaliers Universitaires

CHU	Année d'activité	Nombre total d'Echo-Doppler vasculaires	Nombre total d'Echo-Doppler vasculaires réalisés par des				% d'ED réalisés par les Médecins Vasculaires
			Médecins Vasculaires	Cardiologues	Radiologues	Neurologues	
AMIENS	2014	8.500	8.500	0	0	0	100 %
BESANCON	2014	8015	8015	0	0	0	
CAEN	2013	7.888	7.888	0	0	0	100 %
DIJON	2014	12.500 périphériques	12.500	0	Examens artères digestives et artères rénales		100 %
GENEVE (Suisse)	2014	6.800	6.800	0	0	ED vasculaires des carotides	100 % 70 % des ED carotides
GRENOBLE	2014	13.214 périphériques dont 4.568 externes	13.214	0	Examens artères digestives et artères rénales		100 %
LIMOGES	2014	9.000	9.000	0	0	0	100 %
MONTPELLIER	2014	13.455	12.443	481	531	0	92 %
MONTPELLIER	2014	Cs de Médecine Vasculaire	5120 dont 1180 de lymphologie				
NIMES	2014	8.789	8.789	0	0	0	100 %
PARIS (Groupe Hosp. St Joseph)	2014	3.988	3.988				100 %
SAINT-ETIENNE	2014	12.000	11.900	0	100	0	99 %
TOULOUSE	2014	18 158	17 250	0	180	0	95%

Centres Hospitaliers Généraux

CHG	Année d'activité	Nombre total d'Echo-Doppler vasculaires	Nombre total d'Echo-Doppler vasculaires réalisés par des			% d'ED réalisés par les Médecins Vasculaires
			Médecins Vasculaires	Cardiologues	Radiologues	
BLOIS		5.006 dont 45 % en externe	5.006	0	0	100 %
CARCASSONNE	2014	5.176 dont 40 % en externe	5.176	0	0	100 %
DOLE	2014	1.524	1.524	0	0	100 %
ORLEANS	2013	7.221 dont 50 % en externe	7.221	0	0	100 %
VERSAILLES	2014	4.000	3.700	300	0	92 %
VICHY	2014	3.314	3.251	48	15	98 %

SYNTHESE

Sur plus de 150.000 écho-Dopplers vasculaires répartis sur 11 CHU et 6 CHG, plus de 98 % sont pratiqués par les médecins vasculaires.

5 - Les Parcours de Soins en Médecine Vasculaire

Définition HAS : Le progrès médical et l'allongement de l'espérance de vie ont notamment pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques qui constituent un enjeu majeur en termes de santé publique et d'impact économique. Ces maladies concernent plus de 15 millions de personnes en France et sont en constante augmentation.

La HAS vise à promouvoir un parcours de la personne respectueuse des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles. En l'absence de spécialité officielle, la position des Médecins Vasculaires dans les parcours de soins proposés par la HAS reste toujours délicate et sujette à discussion.

Parmi les affections vasculaires chroniques, voici celles qui entrent dans le cadre de la mise en place du parcours de soins, lequel a pour but dans ce contexte de prévenir les récurrences, de prévenir l'aggravation de la pathologie concernée, de faire en sorte que les patients soient pris en charge régulièrement en évitant les examens inutiles, redondants.

- **La Maladie Thrombo Embolique Veineuse** : thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, maladie veineuse post-thrombotique
- **L'insuffisance veineuse superficielle**
- **L'athérombose** : artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs, les anévrismes de l'aorte abdominale sous rénale.

La médecine vasculaire est partie prenante dans d'autres parcours de soins **comme intervenant pontuel** :

- **Les accidents vasculaires cérébraux,**
- **Le diabète,**
- **L'insuffisance rénale,**
- **Les connectivites,** surtout la sclérodermie.

Le **référentiel métier Médecin Vasculaire** a été mis en place par le CNPMV et a fait l'objet d'une actualisation régulière (cf. Annexe).

Le CNPMV est naturellement habilité à définir ces parcours de soins vasculaires avec la HAS.

Il faut noter que l'institutionnalisation de parcours de soins vasculaires permettrait d'éviter un grand nombre d'examen d'imagerie vasculaire inutiles : angio-scanner et angio-IRM avec des conséquences importantes quant au coût de ces affections. Les examens redondants devraient disparaître, c'est aussi un enjeu de Santé Publique.

6 - Médecine Vasculaire et filières de soins

Le recrutement actuel en Médecine Vasculaire est double : activité de consultant par adressage direct du patient par un médecin ou un recrutement direct. Ce dernier concerne exclusivement l'activité de phlébologie laquelle se subdivise en demande cosmétique et en demande d'une prise en charge pour insuffisance veineuse chronique. Cette dernière peut constituer un motif d'adressage de la part d'un correspondant.

Notre correspondant numéro 1 est le Médecin Généraliste (qui nous considèrent comme spécialiste à part entière).

Voici la liste des correspondants :

- | | |
|---|----------------------------|
| ■ Anesthésiste | ■ Gynécologue Obstétricien |
| ■ Biologiste Vasculaire (hémostase) | ■ Médecin Interniste |
| ■ Cancérologue, oncologie | ■ Néphrologue |
| ■ Cardiologue | ■ Neurologue |
| ■ Chirurgien Orthopédique | ■ Ophtalmologue |
| ■ Chirurgien Vasculaire | ■ ORL |
| ■ Chirurgien (toute spécialité confondue) | ■ Pédiatre |
| ■ Dermatologue | ■ Radiologue Vasculaire |
| ■ Endocrinologue | ■ Rhumatologue |
| ■ Gastro entérologue | ■ Urgentiste |
| ■ Gériatre | ■ Urologue. |

Parmi cette liste, nos correspondants les plus fréquents : cardiologues, chirurgiens vasculaires, radiologues vasculaires.

Résultats de l'enquête réalisée auprès de nos correspondants entre Février et Avril 2015

(enquête réalisée sur le site Internet du CNMPV)

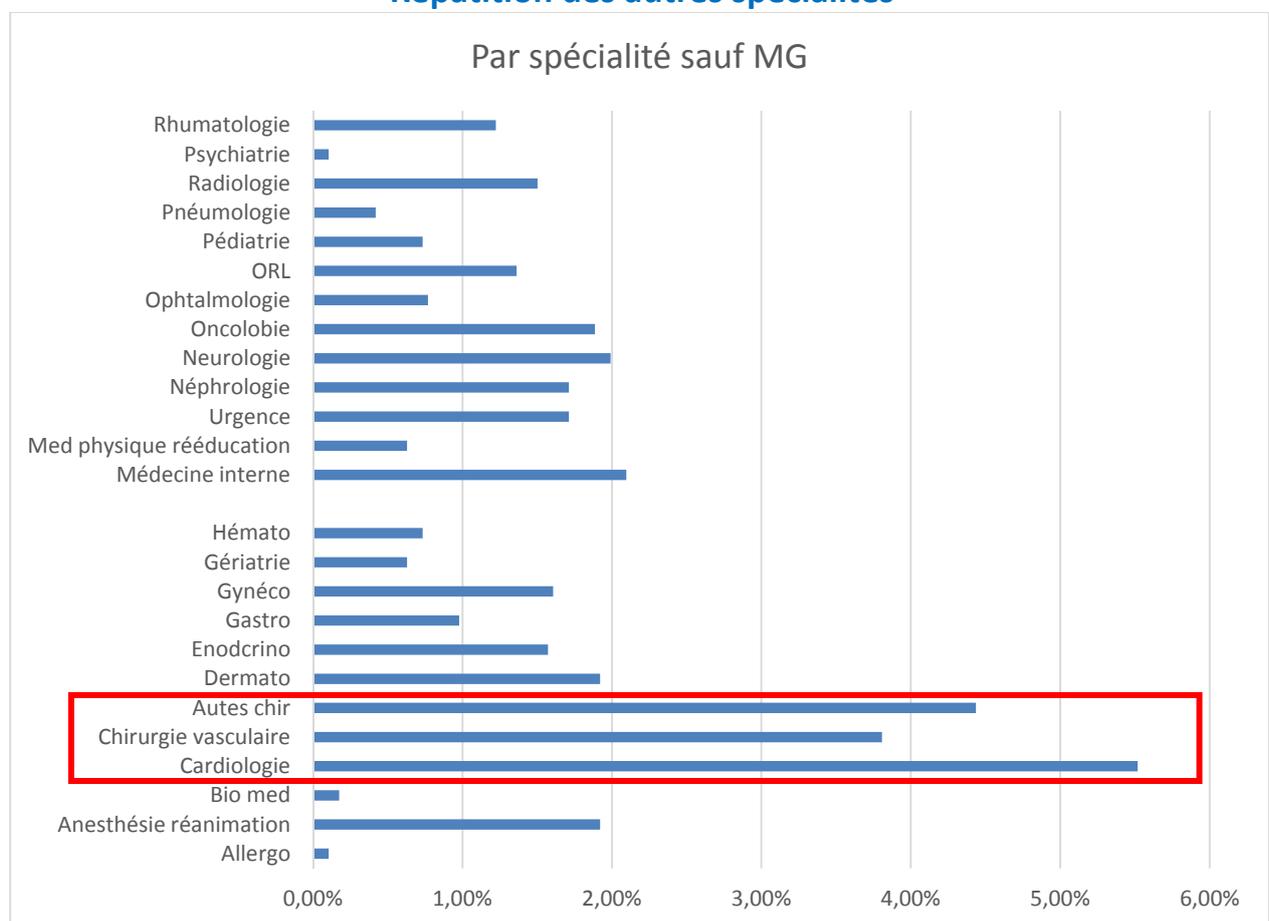
4.558 réponses, 2.999 exploitables (correctement remplies). Il faut noter qu'à partir des 1.000 premières réponses, la répartition des correspondants n'a plus bougé.

Cette enquête a concerné toute la France (Métropole et DROM), les réponses sont homogènes dans chaque région, le module d'enquête concernait aussi la ville d'installation et la région correspondante. Toutes les régions ont répondu à cette enquête, nous avons ainsi une vue complète de la répartition de nos correspondants sur tout le territoire.

Notre correspondant numéro 1 : le Médecin Généraliste : 58 %

Les autres spécialités médicales représentent les 42 % restants.

Répartition des autres spécialités



Les CARDIOLOGUES représentent nos correspondants numéro 1 pour ce qui est des spécialistes, ce qui montre bien l'effet synergique de ces 2 disciplines. En 2^{ème} position les chirurgiens, notamment vasculaires. Toutes les disciplines à tropisme vasculaire sont représentées, notamment, la neurologie, la néphrologie, la médecine interne, la gynécologie obstétrique, l'oncologie, la dermatologie, l'anesthésiologie, ... Cette répartition de nos correspondants est retrouvée de la même manière en milieu hospitalier.

L'exercice aujourd'hui de la médecine vasculaire est un exercice de consultant. Nos correspondants attendent de notre expertise un diagnostic précis, un traitement et un suivi.

7 - Médecine Vasculaire et éducation thérapeutique

« Historiquement reliée à la diabétologie, l'éducation thérapeutique du patient a progressivement fait son apparition dans la plupart des spécialités médicales. La santé publique s'y intéresse depuis le début des années 2000, multipliant les rapports, recommandations et autres documents officiels à ce sujet. »

B. Sandrin-Berthon – B. Satger (Traité de Médecine Vasculaire Tome 2, Ed ELSEVIER, 2011)

L'éducation thérapeutique fait partie des enjeux de l'exercice de la médecine, la Médecine Vasculaire, comme toutes les disciplines, s'y intéresse. Un groupe de travail dédié à l'éducation thérapeutique a été mis en place par la SFMV.

Une première expérience avait ciblé les patients présentant une artériopathie des membres inférieurs : EN MARCHÉ. Il s'agit de sensibiliser les patients à leur affection, mieux la comprendre, favoriser un meilleur contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires. Les programmes d'ETP dans le cadre de l'initiative « En Marche » ont été autorisés dans plusieurs CHU (initialement Montpellier et Grenoble puis Toulouse, Bordeaux, Limoges, ...).

C'est bien évidemment le traitement anticoagulant par AVK et Anticoagulants Oraux Directs (AOD) qui justifie pleinement de l'éducation thérapeutique. **La SFMV a mis en place un carnet de suivi AVK, elle travaille actuellement sur les AOD.**

Une troisième thématique liée à l'athéromatose : **éducation thérapeutique du patient aux facteurs de risque cardio-vasculaires** est aussi en cours d'étude.

Il existe actuellement des programmes sur l'éducation thérapeutique, programmes validés par l'ARS sur les traitements anti-thrombotiques, l'artériopathie des membres inférieurs, le post AVC et le lymphoedème (Grenoble), sur la sclérodémie systémique (Bordeaux), et programmes en cours de développement sur le lymphoedème.

8 - Médecine Vasculaire et prévention

La SFMV a été à l'origine de **deux grandes campagnes de dépistage** :

- **DES PAS POUR LA VIE (2008/2010)** : dépistage ciblé (patients à risque cardio-vasculaire) de l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs asymptomatique par la mesure de l'Index de Pression Systolique à la Cheville (IPS). Il s'agissait d'un dépistage dans toute la France (Métropole et DROM) sur une journée. Ces 3 rendez-vous ont rassemblé 10.614 personnes. 16,7 % présentaient une artériopathie (IPS < 0.90) et 7,7 % un IPS > 1.3 soit 24 % d'IPS anormaux, 1 patient sur 4 ! Le dépistage ambulatoire d'une population en prévention primaire à risque cardiovasculaire, intermédiaire à élevé, permet d'identifier de nombreux patients présentant une artériopathie.
- **OPERATION VESALE (2012/2015)** : dépistage ciblé échographique de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Il s'agissait en 2012 et 2013 d'un dépistage dans toute la France (Métropole et DROM) sur une journée ; 12.000 patients ont été examinés avec une prévalence de 1,8 % d'anévrismes.

La SFMV est à l'initiative de l'année du dépistage national par échographie de l'anévrisme de l'aorte abdominale (octobre 2014 / octobre 2015). 1.000 anévrismes devraient être dépistés. La PREVENTION en Médecine Vasculaire est une réalité, qui doit être amplifiée à l'avenir par des campagnes grand public adaptées.



Résultats VESALE 2014/2015 au 8/06/2015 :

494 anévrismes ont été dépistés, 82 % d'hommes, 18 % de femmes, 82 % sont des fumeurs. 13 % des patients ont entre 50 et 60 ans, 57 % entre 60 et 75 ans et 30 % ont plus de 75 ans. 60 % des anévrismes ont un diamètre antéro-postérieur de 30 à 39 mm, 17 % entre 40 et 45 mm, 6 % entre 46 et 50 mm et 17 plus de 50 mm.

109 patients (23 %) ont un anévrisme de 46 mm et plus. Le nombre de patients examinés en prenant une prévalence basse de 2 % est à **25.000**. Ce dépistage se poursuit jusqu'en Septembre 2015. **Il montre d'ores et déjà la nécessité de dépister aussi les femmes. De plus, on doit considérer que 109 vies ont été sauvées jusqu'à ce jour.**

9 - Le cursus universitaire actuel de la Médecine Vasculaire

Il est organisé par et sous la responsabilité du Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire (CEMV).

Deux voies de formation :

- **La capacité d'Angiologie** : C'est un diplôme d'Etat réservé aux titulaires du diplôme de docteur en médecine. Il sanctionne une formation théorique et pratique de 2 ans. Il est indispensable pour exercer dans la discipline sous forme d'une compétence (et non d'une spécialité). La compétence ne donne pas droit à la cotation de l'acte médical de consultation en CS, mais rend possible l'exercice exclusif de la discipline pour un médecin généraliste. Il peut permettre de travailler dans des services ou structures spécialisées en rapport avec la discipline qu'il couvre.
- **Le DESC de Médecine Vasculaire (DESC type I non qualifiant)** : deux semestres d'internat et deux semestres en post-internat dans des services agréés pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine Vasculaire.

Aujourd'hui, seule la capacité est qualifiante par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et donne droit à une compétence d'exercice.

En revanche, la filière DESC type I, bien que plus formatrice, est différemment reconnue d'un Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins à l'autre. Il est donc conseillé aux étudiants en DESC de Médecine Vasculaire de valider la capacité d'Angiologie.

Remarque : deux années de formation pour la Médecine Vasculaire sont aujourd'hui insuffisantes, compte tenu de la transversalité de cette discipline et de la multiplication des affections vasculaires et de leur connaissance. Demain, une formation optimale de DES est plus que justifiée.

Le projet d'un véritable DES avec 4 années de formation est en cours (rapport de la CNIPI II) et serait seul capable d'assurer une formation complète dans la totalité des domaines de notre discipline.

10 - Médecine Vasculaire et Université

La sous-section 51-04 : Chirurgie Vasculaire - Médecine Vasculaire inclut des médecins et des chirurgiens. Elle est centrée sur les maladies vasculaires dans leurs différents aspects : cliniques, investigations, recherche et thérapeutique. Ce sont des disciplines relativement jeunes, la chirurgie vasculaire ayant été individualisée dans le début des années 80 et la médecine vasculaire l'ayant été en 2000.

Cette identification et cette autonomisation par rapport aux disciplines mères est justifiée par l'explosion démographique des maladies vasculaires.

Actuellement, 47 PU-PH et 3 MCU-PH sont rattachés à la sous-section Chirurgie Vasculaire.

Recrutement PU-PH et MCU-PH OPTION MEDECINE VASCULAIRE

Les candidats doivent être titulaires du DESC de Médecine Vasculaire, ce qui sous-entend qu'ils auront effectué, au cours de l'internat et du post-internat, le nombre de semestres dans la spécialité nécessaire à l'obtention de ce diplôme. Dans certaines conditions, à défaut de DESC, la Capacité d'Angiologie peut être acceptée. Pour le concours de PU, il est également obligatoire qu'outre l'HDR (Habilitation à Diriger la Recherche), ils soient titulaires d'un Doctorat de 3^{ème} cycle.

Aujourd'hui, on recense en Médecine Vasculaire : **19 PU-PH et 7 MCU-PH, soit 26 universitaires.**

Il existe donc une capacité de formation de spécialistes en Médecine Vasculaire suffisante avec un nombre suffisant de services, donc de stages formateurs.

Publication diadactiques

Le Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire, la Société Française de Médecine Vasculaire, le Collège Français de Pathologie Vasculaire ont rédigé depuis 2010 un **traité de Médecine Vasculaire** (Editions ELSEVIER) puis des ouvrages d'actualisation sur des thématiques vasculaires.

- Tome 1 : principe de base, maladies artérielles
- Tome 2 : maladies veineuses, lymphatiques, microcirculatoires, thérapeutiques
- Les explorations vasculaires.
- La maladie thrombo-embolique veineuse.

Ces 4 ouvrages rassemblent 3.099 pages, dédiées à la médecine vasculaire.

« Introduction commune aux Tome 1 et 2 : M. Vayssairat / J. Constans

La médecine vasculaire est la spécialité médicale qui traite des vaisseaux périphériques. Son champ d'activité concerne un très large éventail de pathologies des artères, des veines, des lymphatiques et de la microcirculation. Pour la première fois en langue française, un traité de médecine vasculaire a été écrit dans le but de constituer un ouvrage de référence pour les médecins vasculaires mais aussi pour tous les spécialistes qui participent à nos côtés à la prise en charge des maladies vasculaires : chirurgiens vasculaires, radiologues, cardiologues, internistes, dermatologues, biologistes. La transversalité de notre spécialité explique que certains chapitres soient écrits par des collègues de ces disciplines mais c'est surtout les médecins vasculaires qui se sont mobilisés avec force pour écrire cet ouvrage en un temps réduit. Ce délai bref a été rendu possible par les structures de notre spécialité : enseignants regroupés au sein du Collège des enseignants de médecine vasculaire, médecins vasculaires regroupés au sein des groupes de travail de la Société française de médecine vasculaire, réunions de travail dans les locaux du Collège français de pathologie vasculaire. C'est bien la synergie et la bonne coordination de ces sociétés savantes qui a permis la réalisation des deux tomes de ce traité, avec la contribution de 160 auteurs, et mettant noir sur blanc et si possible en couleurs les données pédagogiques et scientifiques des maladies vasculaires périphériques. Une majorité d'auteurs sont des médecins vasculaires, souvent des enseignants, membres du CEMV, mais il n'y a eu aucune exclusivité dans le choix des auteurs et la priorité a été donnée à l'adage : la meilleure plume possible pour le sujet et peu importe les étiquettes. Les collègues d'autres disciplines ont été sollicités pour cette rédaction dans l'esprit du CFPV qui est celui de la transversalité de la discipline. Les groupes de travail sont ceux de la SFMV. Ils ont assuré dans les locaux de la Maison de l'Angiologie la relecture et demandé certaines révisions. Puis un comité de rédaction a géré des réunions d'harmonisation, d'homogénéisation et de cohérence des textes, donnant ainsi à ces ouvrages une dimension supérieure à celle d'une somme d'articles individuels. L'œuvre est donc collective.

Le Président de la SFMV et celui du CEMV et du CFPV remercient tous ceux (y compris les secrétaires dont l'assistance bienveillante de tous les instants a été une aide très efficace) qui ont travaillé sans relâche pour la réalisation de ce traité »

Le Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire, la Société Française de Médecine Vasculaire, le Collège Français de Pathologie Vasculaire, la Société Française de Microcirculation ont publié en 2012 un **Atlas de Capillaroscopie** (Editions ELSEVIER).

Etudes scientifiques

La Médecine Vasculaire a été associée et est partie prenante dans des essais cliniques réalisés dans le cadre du développement des anticoagulants depuis plus de 20 ans : Héparine de Bas Poids Moléculaires, Fondaparinux, Anticoagulants oraux directs, participation à de nombreux PHRC dans le domaine veineux, artériel, de la microcirculation et du lymphatique.

L'étude OPTIMEV (Optimisation de l'interrogatoire dans l'évaluation du risque thromboembolique veineux en ville et à l'hôpital) réalisée en 2004 / 2005 (PHRC Grenoble 2003). 8.256 patients ont été inclus par 359 Médecins Vasculaires (Ville/Hôpital) : 426 embolies pulmonaires ont été inclus et 2.530 patients présentant une thrombose veineuse profonde et/ou superficielle. Cette étude a permis la publications de nombreux articles (référéncés), le suivi des patients se poursuit.

On compte aujourd'hui sur PUBMED plus de 1.000 articles référéncés, avec la participation active des médecins vasculaires sur des thématiques vasculaires.

Le Journal des Maladies Vasculaires est le journal du Collège Français de Pathologie Vasculaire, de la Société Française de Médecine Vasculaire, du Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire, de la Société Française de Microcirculation et de la Société Française de Lymphologie (ELSEVIER MASSON Editions), revue référéncée.

Les centres de référence et de compétence des maladies vasculaires rares : Les centres de compétence participent à l'ensemble des missions qui ont été confiées au centre de référence. Ils permettent une prise en charge de proximité pour les patients atteints d'une maladie vasculaire rare. Les centres de compétence des maladies vasculaires rares et les pathologies respectives pour lesquelles ils proposent une prise en charge sont listés par département. IL existe 14 centres références sur le territoire.

Liste de ces centres : <http://www.maladiesvasculairesrares.com/spip.php?article84>

Recherche Clinique

Les médecins vasculaires sont fortement impliqués dans la recherche clinique. Les responsables universitaires de la discipline sont, tous les ans, à l'origine de protocoles cliniques obtenant une promotion institutionnelle régionale ou nationale (programmes hospitaliers de recherche clinique, PHRC, entre autres). Seulement dans l'année 2014, deux PHRC nationaux et un inter-régional ont été obtenus (Pr A Bura-Rivière, Pr Michel Azizi, Pr Constans). D'autre part, la participation active et efficace au recrutement de patients dans les protocoles cliniques à promoteur industriel, sur les thématiques typiquement vasculaires (maladie thromboembolique veineuse, anticoagulants, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, microangiopathies), leur permet de figurer toujours en excellente position dans les publications internationales sur les thématiques vasculaires.

Le CNPMV fait partie de la **Fédération des Spécialités Médicales**, au même titre que tous les collègues professionnels : <http://www.specialitesmedicales.org/>



« La FSM réunit maintenant les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) de toutes les spécialités médicales. Chaque CNP regroupe l'ensemble des structures de la spécialité (sociétés savantes, collèges, CNU, syndicats...), avec une gouvernance paritaire entre les différents modes d'exercice de la profession de médecin. Cette nouvelle organisation a contribué à structurer l'expertise médicale, avec des procédures bien définies, et acceptées par

l'ensemble des intervenants, qu'il s'agisse des professionnels de santé ou des institutionnels. C'est cette capacité de la FSM à organiser une expertise de qualité qui a conduit l'ANSM, la HAS, l'IGAS, l'INPES, l'ONIAM à contractualiser avec elle. Un projet est en cours avec le CNOM qui montrera la complémentarité entre l'Ordre et la FSM »

12 - Médecine Vasculaire et le DPC



La SFMV collabore avec l'ODPC-MV, Organisme de DPC (agrée par l'ODPC et qui offre plusieurs programmes en présentiels et en ligne (@DPC). Chaque année, plus de 600 Médecins Vasculaires réalisent leur DPC dans ce cadre. Il existe une véritable volonté de formation.

Les médecins vasculaires se sont toujours tournés vers la formation et le développement professionnel continu et ce, malgré les difficultés de mise en oeuvre de ces processus dans le temps, difficultés qui perdurent actuellement puisque le sort du DPC n'est pas encore complètement réglé.

Les médecins vasculaires se sont engagés successivement dans la Formation Médicale Continue (FMC), dans l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), et finalement dans le Développement Professionnel Continu (DPC).

Sous l'impulsion de la SFMV, ils ont créé une structure dédiée au DPC : l'ODPC-MV, ouverte à tous médecins hospitaliers ou libéraux, qui est enregistré comme organisme de DPC depuis Octobre 2013 auprès de l'OGDPC. En 2014, plus de 600 médecins vasculaires libéraux et hospitaliers (310 pour le premier semestre 2015) ont bénéficié des programmes mis en oeuvre par l'ODPC-MV, soit au niveau national (congrès, internet), ou en régions (ARMV).

L'évolution du DPC programmée pour les années à venir, met au centre du dispositif les conseils nationaux professionnels qui devront proposer à la fois des programmes ou actions éligibles au DPC et le mode de validation de l'obligation légale pour la spécialité.

13 - Les questions posées par l'absence de statut de la Médecine Vasculaire libérale

Docteur Bruno GUILBERT

Président du SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS VASCULAIRES
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS - syndicat-snmv@wanadoo.fr

La Médecine Vasculaire bénéficie d'une formation initiale (4 années de 3^{ème} cycle) équivalente à un cursus de spécialité. On peut la qualifier de discipline transversale puisqu'elle s'appuie sur des acquis cliniques, techniques, thérapeutiques, biologiques. La Médecine Vasculaire, bien que non reconnue officiellement, est une spécialité d'appareil croisant ses chemins avec d'autres spécialités que sont la cardiologie, la radiologie, la médecine interne, la chirurgie vasculaire, la néphrologie, la dermatologie, l'hémostase, etc...

Le médecin vasculaire est loin d'être seulement un technicien, la sonde d'échographie étant avant tout le prolongement de la main du clinicien. Il s'implique totalement dans les décisions thérapeutiques et dans le suivi des patients qui lui sont confiés. Il est le lien direct entre le patient et son médecin traitant spécialiste de Médecine Générale.

Les médecins vasculaires ne pratiquent pas la Médecine Générale à laquelle on les rattache. Leur activité est bien individualisée par les Caisses d'Assurance Maladie qui, n'étant pas spécialistes, les classent par défaut dans le groupe hétérogène des "Médecins à Exercice Particulier". Ce manque d'appartenance à un groupe homogène pose problème.

Les problèmes spécifiques à la Médecine Vasculaire libérale

L'exercice actuel de la médecine vasculaire est celui d'un **exercice de spécialité**.

Elle est structurée comme toutes les autres spécialités : secteur hospitalo-universitaire, CNU de Médecine Vasculaire, services de Médecine Vasculaire, PU-PH de Médecine Vasculaire, Collège National Professionnel de Médecine Vasculaire intégré à la FSM, enseignement initial de Médecine Vasculaire (Capacité et DESC 1), formation continue, sociétés savantes organisatrices de congrès nationaux et internationaux, Syndicat National des Médecins Vasculaires.

Les médecins vasculaires sont sollicités régulièrement par la HAS, l'ANSM, les autres sociétés savantes pour la qualité de leurs connaissances, de leurs expertises et de leurs avis.

Dans l'attente d'une spécialité à part entière, les questions soulevées par la pratique quotidienne sont nombreuses et doivent être posées :

1. La reconnaissance par la CNAM et l'Ordre d'une spécificité d'exercice doit être clairement identifié à l'exercice exclusif de la Médecine Vasculaire :

- obtention d'un code, autre que 01 (médecine générale),
- identification claire sur le site AMELI et les annuaires professionnels,
- statistiques d'activité accessibles comme pour les autres spécialités,

- possibilité de négociation de lettres-clés propres à la Médecine Vasculaire,
- élaboration d'identificateurs spécifiques pour paiement sur objectifs.

2. Les critères d'expertise retenus pour qualifier un exercice exclusif pourraient être les suivants :

- Utilisation spécifique des libellés de la CCAM vasculaire, soit une vingtaine de codes (actes traçants) retenus par la CNAMTS, ce qui suffit amplement à les individualiser.
- Un critère secondaire pourrait être la quasi-absence de "déclarations Médecin Traitant" puisque les médecins vasculaires sont médecins correspondants, de deuxième recours, et n'ont pas de patientèle propre comme les généralistes.
- Un troisième critère d'activité pourrait être l'absence de protocoles ALD et de visites à domicile, et la quasi-inexistence des prescriptions d'arrêt de travail.
- Le curseur peut être fixé à une valeur proche de 100 % d'activité d'actes de Médecine Vasculaire pour les actes techniques puisque les MV sont en exercice exclusif. Les très rares praticiens qui exercent en même temps la Médecine Générale (de l'ordre d'une dizaine en France) devront choisir l'une ou l'autre des activités, comme ils seront appelés à le faire lorsque la Médecine Vasculaire sera reconnue spécialité dans le cadre d'un DES.
- Un seul code spécifique "Médecine Vasculaire" doit être retenu. Les appellations "phlébologie" et "angéiologie" doivent disparaître.

3. Le parcours de soins et la permanence des soins

Le médecin vasculaire reste essentiellement un médecin de 2^{ème} recours. Il agit rarement en première intention mais le plus souvent sur demande de ses confrères généralistes ou spécialistes. Son rôle de médecin correspondant doit être pérennisé et revalorisé dans le cadre du parcours de soins :

- Création d'un code d'urgence associable à un acte technique lors d'urgences ou de consultations non programmées et médicalement justifiées à la demande du médecin traitant ou du médecin de garde,
- Paiement des gardes et astreintes pour les médecins vasculaires exerçant en établissement.

4. La valorisation de l'activité clinique

- Accès au Cx2 de consultant dans le cadre du statut de médecin de 2^{ème} recours,
- Association de la consultation à un acte technique (idem au CS + acte technique des cardiologues et pneumologues),
- Association à un acte technique d'un code modificateur, ou de la cotation de l'acte clinique, dès lors qu'il existe une prise en charge thérapeutique (par exemple, lors de la découverte d'une thrombose veineuse profonde avec prescription d'anticoagulants), en plus de l'acte diagnostique.

5. La révision de la CCAM technique

- Revalorisation de certains actes techniques : pas d'acte technique inférieur au C (sclérose EJNF002 = 18,93 € avec ses problèmes de risques et de responsabilité médico-légale),

- Possibilité d'associations d'actes d'écho-Doppler sur plusieurs sites ou création d'un nouveau libellé pour les bilans de patients polyvasculaires effectués dans une unité de temps et de lieu (patients en ALD, diabète, insuffisance rénale, hémodialysés, ...),
- Possibilité d'effectuer dans certains cas un écho-Doppler artériel et un écho-Doppler veineux des membres inférieurs :
 - personnes âgées,
 - bilan de troubles trophiques, ou d'ulcère de jambe,
- Possibilité d'associer un écho-Doppler et un Doppler continu des membres supérieurs dans le bilan du syndrome de la traversée thoraco-brachiale.

6. La tarification de certains actes de la CCAM technique

Un certain nombre d'actes sont répertoriés en CCAM technique mais toujours en attente d'une tarification et donc d'une mise à disposition :

- EJSF007 : Sclérothérapie de la grande veine saphène avec guidage échographique
- EJSF019 : Sclérothérapie de la petite veine saphène avec guidage échographique
- EJSF021 : Sclérothérapie des récurrences grandes et petites saphènes avec guidage échographique
- EJSF900 : Occlusion de la veine saphène par laser endoveineux.

Tous ces actes sont réalisables en ambulatoire et constituent une alternative à la chirurgie des varices. Ils s'effectuent sans anesthésie générale ni arrêt de travail, ce qui est source manifeste d'économies pour l'assurance maladie. Ces techniques sont toujours proposées à l'heure actuelle sans remboursement et restent à charge pour les patients.

7. La CCAM clinique

Dans la future et trop hypothétique CCAM clinique, il faut prévoir la création d'une consultation à haute valeur ajoutée lors d'actes complets de thérapeutique, d'éducation thérapeutique, de prévention (exemples : thrombophilie, artériopathies complexes multifocales, acrosyndromes, dysfonctionnements érectiles, etc ...).

8. Le paiement sur objectifs

Dans le cadre de l'actuelle convention médicale, il y a nécessité de définir des objectifs de santé publique spécifiques aux maladies vasculaires périphériques et donc de prévoir l'élaboration de ROSP spécifiques en vue d'une amélioration des pratiques, d'une diminution des coûts et d'une accession pour les praticiens au système de rémunération sur objectifs. Ces ROSP ne peuvent se négocier que dans le cadre d'une spécialité.

9. L'absence de toute nouvelle détarification d'actes comme en 2013, 2014 et 2015

La profession doit pouvoir se défendre de toute nouvelle baisse injustifiée de tarifs d'actes techniques alors que ceux-ci n'ont trouvé aucune revalorisation depuis plus de 25 ans. Certains actes d'explorations artérielles ont subi scandaleusement en 2013, 2014 et 2015 une perte de 2,5 % par an (soit 7,5 % sur 3 ans).

EN CONCLUSION

Au-delà de toutes ces demandes légitimes, la principale requête des médecins vasculaires est la reconnaissance d'une véritable spécialité. La pérennisation de la Médecine Vasculaire est aujourd'hui plus qu'une question ou un débat, elle doit être le fruit d'une volonté politique qui l'inscrira dans la logique actuelle de l'exercice de la médecine moderne de qualité que les patients sont en droit d'attendre. Le rapport de la CNIPI II soutient un véritable DES de médecine vasculaire, qui devrait enfin pérenniser une formation de qualité et reconnaître l'exercice exclusif de la médecine vasculaire.

La reconnaissance d'une spécialité médicale repose sur trois conditions :

1. Une prévalence élevée de pathologies spécifiques
2. Un impact médical majeur en termes de pronostic sur la qualité de vie et le degré de dépendance des patients concernés
3. Des progrès prévisibles dans la compréhension, le diagnostic, et le traitement de ces pathologies avec des possibilités de prévenir et de maîtriser leur développement.

La Médecine Vasculaire répond pleinement à ces trois critères.

Il est temps que cesse cette situation ambiguë de médecine vasculaire, **vraie discipline mais pas spécialité**, utile mais non reconnue, avec des médecins vasculaires considérés par leurs confrères comme des spécialistes à part entière qui réalisent plus de 75 % des explorations écho-Doppler en ville et près de 100 % à l'hôpital.

L'évolution de la médecine et les données démographiques rendent cette légitimité de la Médecine Vasculaire inéluctable afin de faire face, aujourd'hui et demain, aux affections vasculaires périphériques qui vont se multiplier de façon arithmétique avec en 2020 plus d'un quart de la population ayant dépassé les 65 ans.

14 - Quel avenir pour les médecins vasculaires qui exercent en cas de spécialité ?

Un projet de DES de médecine vasculaire a été déposé au Ministère de l'Enseignement Supérieur, dans le cadre de la réforme du troisième cycle (CNIPI 2). Il s'agit d'un CO-DES envisagé en collaboration avec la cardiologie, comportant une filière cardiologique à exercice exclusif, sous la responsabilité des enseignants de cardiologie et une filière médecine vasculaire, à exercice exclusif, sous la responsabilité des enseignants de médecine vasculaire.

La seule voie légale afin d'obtenir une qualification de Médecin Vasculaire Spécialiste, dès lors qu'un DES ou CO-DES existeraient, consistera à une demande de qualification auprès du CNOM.

- **La VAE (validation des acquis de l'expérience)** ne peut être appliquée car son objectif est de permettre aux médecins d'obtenir un droit d'exercice complémentaire. La réglementation ouvre aux médecins spécialistes la possibilité d'obtenir un droit d'exercice complémentaire dans le champ de la spécialité dans

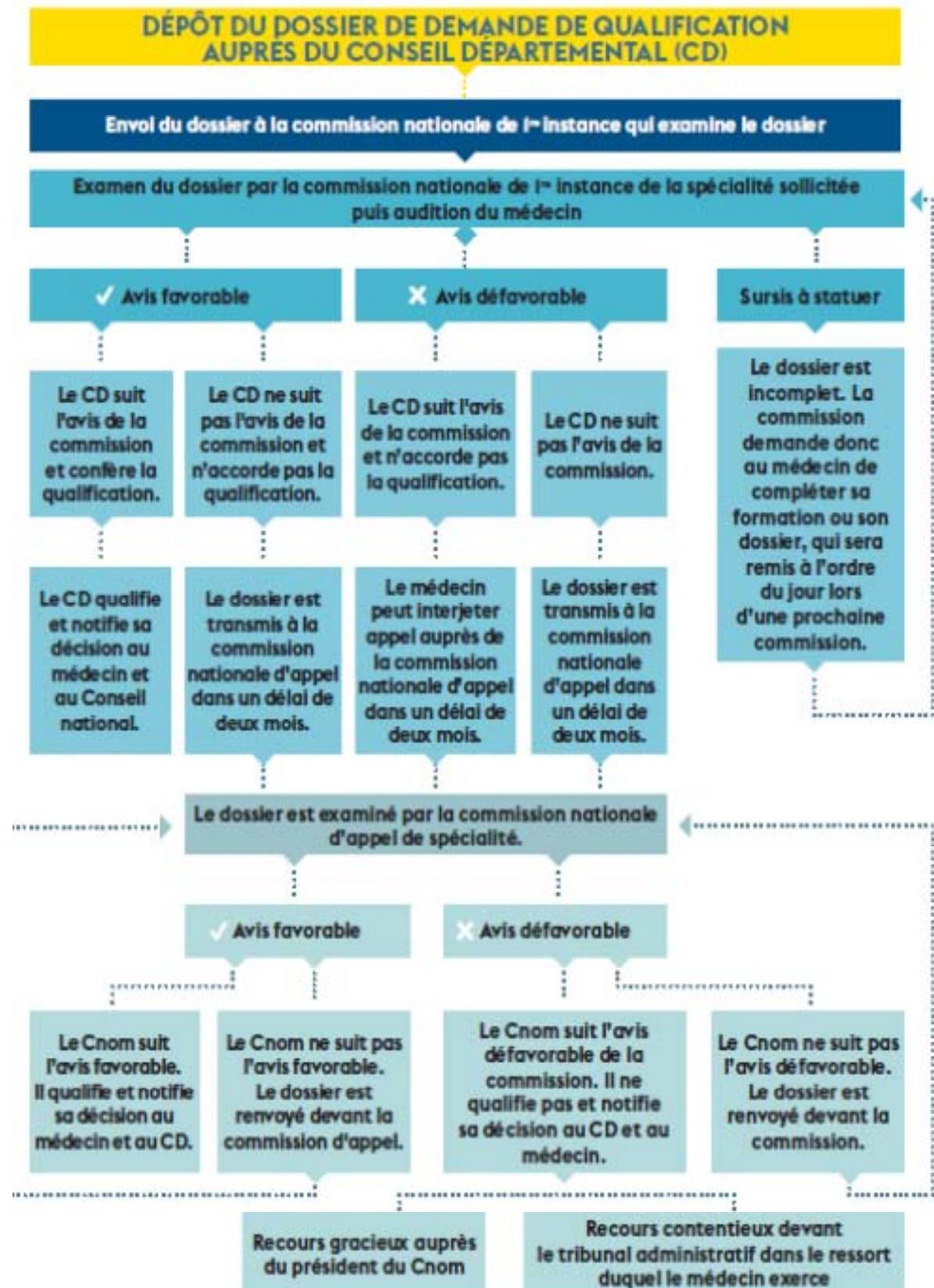
laquelle ils sont initialement qualifiés spécialistes (CNOM 2015), ce qui n'est pas le cas des médecins vasculaires.

- **Une commission pluri partite** devra être mise en place par le CNOM associant l'Université (Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire et/ou CNU), le CNPMV, le SNMV et la SFMV.

En cas de refus du dossier présenté, des passerelles devront exister, permettant aux candidats « recalés », de bénéficier d'une formation complémentaire afin de pouvoir se représenter devant la commission VAE.

Tous les Médecins Vasculaires exerçant aujourd'hui ne solliciteront pas la spécialité, le nombre des candidats reste difficile à évaluer.

Parcours d'une demande de QUALIFICATION (CNOM, Médecins, n°39, mai-juin2015)



15. ANNEXE : Les REFERENTIELS METIERS

Le référentiel métier et compétences des médecins vasculaires décrit les spécificités du métier de médecin vasculaire et liste les principales compétences nécessaires pour l'exercer au travers de quelques situations cliniques exemplaires. Il sert de base au bilan de compétence et à l'évaluation individuelle. Ce document est indispensable pour mettre en adéquation la formation et les compétences requises par l'activité professionnelle ; il est utile à l'étudiant en médecine pour le guider dans son orientation ; il est une référence pour le praticien devant sa responsabilité médicale individuelle.

7 situations décrites dans le référentiel

I - Prise en charge d'une Thrombose Veineuse Profonde symptomatique du membre inférieur

Compétences requises (théoriques, pratiques, organisationnelles)

- Maîtriser les recommandations sur la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse (AFSSAPS 2009), sur les indications du bilan de thrombophilie (GEHT 2008) ;
- Savoir appliquer un score de probabilité clinique de thrombose veineuse profonde à la démarche diagnostique ;
- savoir évaluer les critères de gravité (embolie pulmonaire) ;
- connaître les critères échographiques-doppler de thrombose veineuse profonde (TVP) ;
- savoir prescrire et surveiller un traitement anticoagulant y compris dans les situations particulières ;
- Être capable d'accueillir un patient en urgence (accessibilité du cabinet, délais de rendez-vous, réseau de soins) ;
- Posséder des moyens diagnostiques et thérapeutiques adaptés (matériel échographique conforme, type de sonde, anticoagulants d'urgence).

Calculer la probabilité clinique de TVP

- en prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire médicale ;
- en recherchant les facteurs de risque de Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ;
- en procédant à l'examen clinique complet en recherchant notamment des signes d'embolie pulmonaire ;
- en évoquant les diagnostics différentiels possibles ;
- en calculant la probabilité clinique de TVP avec des scores validés ;
- en adaptant la démarche au score de probabilité clinique.

Réaliser Le diagnostic para-clinique

- En effectuant un écho-doppler exhaustif et bilatéral de l'arbre veineux des membres inférieurs ;
- En utilisant les critères échographiques validés pour le diagnostic de thrombose veineuse profonde et en précisant les limites de l'examen ;

Mettre en route le traitement et organiser sa surveillance

- En administrant en cas de TVP la première dose d'un anticoagulant en l'absence de contre-indication ;
- En décidant en accord avec le généraliste d'hospitaliser ou pas le patient en fonction de la présence de critères de gravité, de certaines co-morbidités et d'un environnement défavorable (AFSSAPS 2009) ;
- En rédigeant les ordonnances utiles du traitement anticoagulant et de sa surveillance et de la compression élastique de classe III après recherche des contre-indications ;
- En effectuant ou en organisant une éducation thérapeutique adaptée.

La relation avec le Médecin Généraliste Référent

- ▶ En général le malade est adressé au médecin vasculaire par son généraliste ;
- ▶ Le médecin vasculaire rédige à l'attention du généraliste une lettre détaillée mentionnant le diagnostic retenu et les modalités précises de la prise en charge thérapeutique et du diagnostic étiologique.

Correspondants

- ▶ Médecin généraliste, hématologiste, radiologue, rhumatologue, gynécologue, chirurgiens, anesthésiste, infirmière, etc.

Le suivi du patient

- ▶ Le médecin vasculaire propose un rendez-vous à la date prévue de fin de traitement anticoagulant pour :
 - déterminer l'étendue des séquelles,
 - évaluer le risque de syndrome post-thrombotique,
 - déterminer le rapport risque/bénéfice de la poursuite du traitement anticoagulant et décider de son arrêt ou de sa poursuite,
 - adapter les modalités du traitement par compression élastique
- ▶ Pendant la durée du traitement anticoagulant le médecin vasculaire est à la disposition du généraliste pour des conseils sur les modalités de ce traitement. Au-delà il intervient si besoin dans la prise en charge du syndrome post-thrombotique et dans la prévention des récurrences.

Synthèse

Les actes : Le diagnostic d'une TVP se fait toujours en urgence, le Médecin Vasculaire doit être disponible pour répondre à la demande des Médecins Généralistes ou des autres spécialistes. Le Médecin Vasculaire réalise dans ce contexte un acte intellectuel diagnostique et thérapeutique, un acte instrumental Echo-doppler, un acte d'éducation thérapeutique. Il doit avoir une parfaite maîtrise de la prise en charge de la Maladie Thrombo-embolique Veineuse dans toutes ses dimensions. Il évalue à chaque fois le rapport bénéfice / risque de l'anti-coagulation et de sa poursuite.

II - Prise en charge d'un patient atteint d'artériopathie athéromateuse des membres inférieurs au stade de claudication intermittente

Compétences requises

- Posséder une parfaite maîtrise des recommandations sur la prise en charge locale et systémique de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (ADMI) : HAS 2006 ;
- Savoir quantifier l'insuffisance artérielle, évaluer la diffusion de la maladie athéromateuse et prendre en charge les facteurs de risque ;
- Connaître les programmes spécifiques de ré-entraînement à la marche et d'éducation thérapeutique structurée de l'ADMI ;
- Posséder les moyens diagnostiques instrumentaux adaptés : matériel échographique-doppler conforme, matériel pour test de marche, matériel de mesure de pression d'orteil.

Faire une évaluation clinique

- En prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire et permettant de suspecter l'atteinte de différents territoires artériels ;
- En recherchant les facteurs de risque de l'Athérosclérose ;
- En procédant à l'examen clinique complet (palpation, auscultation des trajets artériels) ;
En pratiquant une mesure de l'index de pression systolique et si nécessaire de la pression systolique au gros orteil par doppler laser ou photo-pléthysmographie ;
- En établissant la concordance des symptômes et des lésions et la relation de causalité entre l'ADMI et les symptômes.

Réaliser le diagnostic para-clinique

- En effectuant un écho-doppler de l'arbre artériel des membres inférieurs (Aorte et Artères des MI) avec une mesure systématique de l'Index de Pression à la Cheville ;
- En réalisant s'il le juge utile une épreuve de marche sur tapis roulant selon le protocole de Strandness ;
- En réalisant un écho-doppler des axes carotidiens si nécessaire ;
- En évoquant si cela est le cas la découverte d'anomalies pouvant être en rapport avec un diagnostic différentiel de l'ADMI ;
- En prescrivant un bilan biologique s'il n'a pas été réalisé (glycémie, bilan lipidique, créatininémie) ;
- En organisant l'évaluation coronaire.

Quantifier l'insuffisance artérielle

- Le médecin vasculaire évalue le handicap induit par la claudication ;
- Le médecin vasculaire recherche des signes d'ischémie critique à l'interrogatoire (douleur de décubitus), à l'examen clinique (trouble trophique d'orteil, pulpes digitales et coques talonnières déshabitées, lenteur de recoloration du pied) ;
- Le médecin vasculaire documente les éléments hémodynamiques de l'ischémie critique : mesure de la pression à la cheville, si nécessaire mesure de la pression systolique au gros orteil ou mesure de la pression trans-cutanée en oxygène.

La décision thérapeutique

- ▶ En organisant la correction des facteurs de risques cardio-vasculaires, l'arrêt du tabac, l'exercice physique, le réentrainement à la marche, la diététique ;
- ▶ En définissant la prescription médicamenteuse et en rédigeant les ordonnances utiles pour la mise en route du traitement et sa surveillance : prescription de l'anti plaquettaire, de la statine et de l'IEC ;
- ▶ En ayant une action d'éducation thérapeutique ou si possible en orientant le patient vers un programme d'éducation thérapeutique structurée (exemple du programme « En Marche » en médecine vasculaire) ;
- ▶ En prescrivant en cas d'absence d'amélioration après 3 mois de traitement médical un examen d'imagerie médicale (angio-scanner/angio IRM) en vue d'un traitement par chirurgie vasculaire ou endovasculaire ;

La relation avec le Médecin Généraliste

- ▶ Le plus souvent c'est lui qui a demandé à son patient de prendre rendez-vous avec le Médecin vasculaire ou il a pris ce rendez-vous lui-même ;
- ▶ Le médecin vasculaire rédige une lettre à la suite de sa consultation, qui précise l'existence de l'ADMI, le traitement qui a été initié, les ordonnances qui ont été rédigées, la durée du traitement, les objectifs thérapeutiques (facteurs de risque, distance de marche), et les modalités de vérification de ces objectifs ;

La relation avec les autres professionnels

- ▶ Le médecin vasculaire collabore avec le chirurgien vasculaire pour les indications de revascularisation ;
- ▶ Le médecin vasculaire adresse au cardiologue les patients chez lesquels il découvre une symptomatologie coronaire ;
- ▶ Dans l'optique de prévention des troubles trophiques, il peut prendre l'avis d'un podologue.

Le suivi du patient

- ▶ En accord avec le médecin généraliste, le médecin vasculaire fixe un rendez-vous à 3 mois pour juger de l'état clinique sous traitement médical et organise avec le médecin généraliste le suivi au long cours ;
- ▶ Il prévoit après revascularisation un suivi de l'artériopathie et de la maladie athéromateuse en coopération avec le chirurgien vasculaire et le médecin traitant ;
- ▶ Il rédige la première ordonnance du bilan biologique de contrôle des objectifs à atteindre ou il demande au médecin généraliste de le faire.

Synthèse

Le Médecin Vasculaire réalise dans le contexte d'ADMI un acte intellectuel diagnostique et thérapeutique, un acte instrumental Echo Doppler, un acte d'éducation thérapeutique.
Il évalue à chaque fois le rapport bénéfice-risque du traitement prescrit.

III - Prise en charge d'un ulcère de jambe à prédominance veineuse

Compétences requises

- ▶ Maîtriser les recommandations sur la gestion de l'ulcère veineux (HAS 2006), les divers avis et recommandations de la HAS concernant le traitement des varices (2004 et 2006), les techniques endoveineuses (2008) ;
- ▶ Maîtriser les différentes techniques de la compression veineuse y compris de ses adjuvants ;
- ▶ Savoir réaliser une exploration ultra-sonique cartographique permettant de comprendre le mécanisme de l'ulcère ;
- ▶ Posséder des moyens diagnostiques et thérapeutiques adaptés (matériel échographique conforme, type de sonde, pansements, matériel de petite chirurgie, matériel de contention-compression).

Réaliser le diagnostic

- ▶ En prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire médicale et appréciant la gêne engendrée par le trouble trophique ;
- ▶ En analysant les caractéristiques et le siège de l'ulcère ;
- ▶ En procédant à l'examen clinique complet incluant une mesure de l'IPS ;
- ▶ En évoquant les diagnostics différentiels ou associés possibles ;
- ▶ En réalisant un schéma du trouble trophique avec ses mensurations, ou la prise de photographies permettant de suivre son évolution.

Réaliser le bilan para-clinique

- ▶ En effectuant un Echo-doppler des veines superficielles et profondes, précisant les reflux, notamment alimentant l'ulcère, et le diamètre des axes variqueux ;
- ▶ En précisant l'existence d'anomalies de la voie veineuse profonde à type d'obstruction et de reflux ;
- ▶ En effectuant un écho doppler artériel en cas d'IPS anormal.

Prendre une décision thérapeutique immédiate

- ▶ En évaluant l'environnement médical du patient et en lui précisant immédiatement si ce trouble trophique peut ou ne peut pas être pris en charge à domicile ;
- ▶ En réalisant et en organisant les soins locaux adaptés aux constatations cliniques et au terrain ;
- ▶ En réalisant et en prescrivant l'antalgie ou l'anesthésie locale éventuellement nécessaire à la réalisation du pansement ;
- ▶ En rédigeant les ordonnances utiles pour la mise en route et le suivi du traitement ;
- ▶ En appliquant une contention adaptée à l'état du patient et selon les constatations anatomiques, cliniques et para cliniques ;
- ▶ En évaluant le risque infectieux local et général et en proposant ou en actualisant une vaccination antitétanique ;
- ▶ En ayant une action d'éducation thérapeutique, ou si possible en orientant le patient vers un programme d'éducation thérapeutique structurée.

Prévenir la récurrence de l'ulcère

- ▶ En proposant une prise en charge thérapeutique des varices selon des techniques adaptées aux constatations cliniques et para-cliniques, en collaboration si besoin avec le chirurgien vasculaire.

Relations avec le médecin généraliste et les autres professionnels

Le plus souvent c'est le médecin généraliste qui a demandé à son patient de prendre rendez vous avec le médecin vasculaire. Il peut s'agir d'un autre spécialiste médical (dermatologue, chirurgien vasculaire...);

- Le médecin vasculaire rédige une lettre qui précise la nature probable du trouble trophique, les constatations de l'examen écho doppler veineux et la prise en charge proposée tant sur le plan local que général ;
- Le médecin vasculaire prescrit ou conseille les soins infirmiers et kinésithérapiques en collaboration étroite avec le personnel soignant et en prenant en compte l'entourage familial.

Le suivi du patient

- Le médecin vasculaire fixe en collaboration avec le médecin généraliste un rendez-vous dont l'objectif est de vérifier l'efficacité du traitement de la maladie veineuse et la bonne évolution du trouble trophique ;

Synthèse

La prise en charge de l'ulcère veineux demande la collaboration étroite entre le médecin traitant, le personnel soignant et le médecin vasculaire. Le Médecin Vasculaire réalise dans ce contexte un acte intellectuel diagnostique et thérapeutique, un acte instrumental Echo Doppler, un acte d'éducation thérapeutique.

Il prend en charge le suivi thérapeutique du patient :

- sur le plan local : en proposant les soins en collaboration avec le médecin traitant et le secteur infirmier ;
- sur le plan étiologique en prescrivant une compression élastique et en proposant ou en effectuant un traitement spécifique de l'insuffisance veineuse superficielle.

IV - Prise en charge de la maladie veineuse superficielle des membres inférieurs

Compétences requises

- ▶ Posséder une connaissance théorique et pratique des maladies veineuses chroniques, de la classification CEAP et des diverses techniques interventionnelles veineuses ;
- ▶ Maîtriser les avis et recommandations de la HAS concernant le traitement des varices (2004 et 2006), les techniques endovasculaires (2008) ;
- ▶ Posséder des moyens diagnostiques et savoir les utiliser (matériel écho-Doppler) et thérapeutiques adaptés dont le matériel d'urgence.

Réaliser le diagnostic

- ▶ En prenant le temps d'un interrogatoire précisant :
 - la demande du patient (esthétique, symptomatique) ;
 - l'intégralité des antécédents médicaux et des facteurs de risques familiaux et personnels ;
 - les symptômes ;
 - l'évaluation de la qualité de vie ;
- ▶ En procédant à un examen clinique complet (couché et debout) ;
- ▶ En évoquant les diagnostics différentiels possibles.

Réaliser le bilan paraclinique

- ▶ En pratiquant une exploration ultrasonore des membres inférieurs précisant l'état du réseau veineux superficiel et profond.

Décision thérapeutique et mise en route du traitement

Au terme de l'examen clinique et para-clinique, au vu de l'appréciation de la gravité de l'IVS, du terrain, de l'importance de la gêne ressentie et de la demande du patient, on détermine une orientation thérapeutique :

- ▶ Règles hygiéno-diététiques ;
- ▶ Compression élastique ;
- ▶ Traitement symptomatique si besoin ;
- ▶ Traitement interventionnel : le médecin vasculaire réalise la sclérothérapie, le plus souvent écho-guidée, il réalise ou prescrit le traitement endoveineux thermique écho-guidé, il coopère avec le chirurgien vasculaire en cas d'indication chirurgicale.

Relations avec le médecin généraliste et les autres professionnels

- ▶ Le patient est adressé par son généraliste, par un chirurgien vasculaire (bilan pré-opératoire ou suivi post-opératoire), ou par un autre spécialiste (dermatologue...) ;
- ▶ Il consulte également le médecin vasculaire en accès direct.

Synthèse

Le médecin vasculaire, dans le cadre de la maladie veineuse superficielle, effectue un acte intellectuel diagnostique, para-clinique, des actes thérapeutiques. Le médecin vasculaire propose un traitement conservateur ou radical des varices. Tout cela s'effectue en collaboration avec le médecin traitant tenu régulièrement au courant des résultats de la consultation, de l'écho-doppler, des propositions thérapeutiques, des actes thérapeutiques et de la programmation des modalités de suivi à long terme.

V - Prise en charge d'un lymphoedème chronique du membre inférieur

Compétences nécessaires

- ▶ Connaître les éléments cliniques de diagnostic d'un lymphoedème et des diagnostics différentiels ;
- ▶ Savoir prescrire et poser une contention par bande, un bandage multi-couches.

Réaliser le diagnostic

- ▶ En pratiquant un interrogatoire précisant l'ancienneté, le mode et le contexte de survenue, la possible amélioration après une nuit de sommeil, les antécédents d'érysipèle, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les antécédents familiaux, l'intégralité de l'histoire médicale ;
- ▶ En procédant à l'examen clinique
 - local (signe de Stemmer...) et général ;
 - en effectuant des mesures comparatives des membres (volumétrie) ;
- ▶ En éliminant d'autres causes d'œdème ;

Réaliser le bilan para-clinique

- ▶ S'assurer de l'absence d'artériopathie sévère (pression d'orteil <50 mm Hg) ;
- ▶ En posant l'indication de lymphe-scintigraphie et de tomодensitométrie pour affirmer le diagnostic de lymphoedème primitif ou secondaire si nécessaire ;
- ▶ En cas de doute diagnostique en prescrivant des examens biologiques pour éliminer un œdème de cause générale.

Décision thérapeutique et mise en route du traitement

- ▶ En proposant au patient des règles hygiéno-diététiques en mettant l'accent sur la prévention des infections du pied ;
- ▶ En organisant le traitement compressif ;
- ▶ En ayant une action d'éducation thérapeutique, ou si possible en orientant le patient vers un programme d'éducation thérapeutique structurée ;
- ▶ En informant le patient de l'existence d'associations de patients.

Relations avec le médecin généraliste et les autres professionnels

- ▶ Le plus souvent le patient est adressé par le généraliste mais il peut l'être par le chirurgien vasculaire ou d'autres spécialistes (dermatologue...).
- ▶ Le médecin vasculaire rédige une lettre précisant le diagnostic, le traitement (modalités efficacité : volumétrie), les examens à entreprendre, les précautions, la surveillance ;
- ▶ En mettant en place ou en favorisant la mise en place de réseaux de soins regroupant les professionnels agissant en coordination pour la prise en charge, notamment les kinésithérapeutes et les infirmiers.

Le suivi du patient :

- ▶ En assurant la prévention et la prise en charge des complications ;
- ▶ En surveillant et en adaptant la compression.

Synthèse

Le Médecin Vasculaire occupe une place centrale dans le diagnostic positif et étiologique du lymphoedème, il organise la prise en charge thérapeutique et la surveillance.
Il réalise dans ce contexte un acte intellectuel diagnostique et thérapeutique, un acte d'éducation thérapeutique.
Il doit collaborer à la formation de réseaux de soins rassemblant les professionnels.

VI - Prise en charge d'un phénomène de Raynaud

Compétences requises

- Connaître les critères de diagnostic positif d'un phénomène de Raynaud et les critères de phénomène de Raynaud suspect (recommandations groupe de travail microcirculation de la Société Française de Médecine Vasculaire et Société Française de Microcirculation) ;
- Savoir réaliser un test d'Allen ;
- Savoir réaliser une capillaroscopie péri-unguéale et une mesure de pression digitale (par capillaroscopie, doppler laser ou pléthysmographie).

Réaliser le diagnostic clinique de phénomène de Raynaud

- Le diagnostic clinique est porté presque toujours sur les éléments de l'interrogatoire.

Rechercher des éléments cliniques en faveur du diagnostic de phénomène de Raynaud secondaire

- Le médecin vasculaire recherche les éléments de l'interrogatoire en faveur d'un phénomène de Raynaud suspect, les prises de médicaments susceptibles d'aggraver le phénomène de Raynaud, la notion d'une profession exposée aux traumatismes vasculaires de la main ;
- Il pratique la manœuvre d'Allen à la recherche d'une artériopathie digitale ;
- Il recherche les données d'examen clinique en faveur du diagnostic de sclérodermie systémique, de maladie de Buerger ou d'autre pathologie....

Réaliser une exploration para-clinique à la recherche d'un phénomène de Raynaud secondaire

- Le médecin vasculaire explore les phénomènes de Raynaud suspects en réalisant une capillaroscopie au lit de l'ongle et une mesure de pression digitale ;
- Au terme de cette exploration, le médecin vasculaire peut affirmer l'existence d'une micro-angiopathie organique non spécifique ou de type sclérodermique.

Prescrire un bilan biologique devant un phénomène de Raynaud suspect d'être secondaire

- Devant un phénomène de Raynaud suspect, le médecin vasculaire remet l'ordonnance du dosage des auto-anticorps anti-noyau ;
- Il prend en compte le résultat de la biologie et des explorations para-cliniques qu'il a réalisées et les replace dans le contexte clinique pour classer le patient en phénomène de Raynaud probablement primaire, phénomène de Raynaud suspect, phénomène de Raynaud secondaire à une pathologie définie.

Décision thérapeutique et mise en route du traitement

- Le médecin vasculaire prescrit le traitement symptomatique du phénomène de Raynaud.

Suivi du patient

- Le médecin vasculaire, en accord avec le médecin traitant, oriente le patient avec phénomène de Raynaud secondaire vers un circuit de soins adapté, hospitalier s'il s'agit d'une sclérodermie systémique.
- Dans le cas d'un phénomène de Raynaud suspect, le médecin vasculaire organise la surveillance, et le cas échéant reprogramme une consultation avec capillaroscopie en accord avec le médecin traitant.

Relations avec le médecin généraliste et les autres professionnels

Le plus souvent le patient est adressé par un médecin généraliste, il peut être adressé par un dermatologue, un rhumatologue, un interniste, un médecin du travail ou un chirurgien vasculaire ;

- Le médecin vasculaire assure avec le généraliste la surveillance du phénomène de Raynaud suspect, il revoit ces patients pour un avis clinique et capillaroscopique;
- Le médecin vasculaire revoit à la demande du médecin traitant les patients atteints de phénomène de Raynaud primaire qui posent des problèmes thérapeutiques.

Synthèse

Le médecin vasculaire est le spécialiste au centre de la prise en charge du phénomène de Raynaud. Il en assure à la demande du médecin généraliste le diagnostic positif et étiologique, il organise la thérapeutique et la surveillance des phénomènes de Raynaud suspects. Il est le correspondant privilégié du médecin du travail en cas de phénomène de Raynaud professionnel.

VII - Prise en charge d'une artériopathie cervico-encéphalique athéromateuse

Préambule

La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral est du domaine des neurologues vasculaires et doit s'effectuer en unité neuro-vasculaire (UNV) où le médecin vasculaire joue un rôle dans l'exploration.

En-dehors de cette situation, le médecin vasculaire intervient :

- soit dans le bilan d'un accident ischémique transitoire (AIT),
- soit dans le bilan d'un souffle cervical,
- soit dans le bilan d'extension d'une autre localisation de l'athérosclérose,
- soit dans la surveillance d'une lésion connue des artères cervicales.

Compétences requises

- Connaître la définition d'une sténose carotide symptomatique et asymptomatique ainsi que la stratégie de prise en charge d'une sténose de la bifurcation carotide (HAS 2007) ;
- Connaître les recommandations sur le diagnostic et la prise en charge précoce des AVC (HAS 2008) et la nécessité d'orienter immédiatement le malade vers une UNV ;
- Savoir appliquer la prévention vasculaire après Infarctus cérébral ou AIT (HAS 2008, American Stroke association) ;
- Posséder le matériel et savoir réaliser les explorations vasculaires fonctionnelles adaptées à l'évaluation des sténoses et des dissections des artères extra et intra crâniennes (écho Doppler, Doppler trans-crânien).

Réaliser le diagnostic clinique d'AIT

- Savoir reconnaître un accident ischémique cérébral récent nécessitant une hospitalisation en urgence dans une Unité neuro-vasculaire ;
- Prendre le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire médicale en recherchant les facteurs de risque d'athérosclérose et les éventuels troubles du rythme cardiaque ; réaliser l'examen clinique des axes artériels cervicaux ;
- Savoir discuter la concordance entre les symptômes et les lésions constatées en collaboration avec le neurologue vasculaire (carotide, vertébro-basilaire) ;
- Etre capable de faire un diagnostic différentiel sur des symptômes peu évocateurs d'accident ischémique cérébral.

Réaliser le diagnostic para-clinique

- Effectuer un écho-doppler des artères cervicales ainsi qu'un doppler trans-crânien (DTC) ;
- Quantifier une sténose sur des critères vélocimétriques validés ;
- Caractériser la plaque d'athérome ;
- Evaluer le retentissement hémodynamique intra-crânien par DTC ;
- Evaluer la vaso-réactivité Cérébrale (VRC) ;

Décision thérapeutique et mise en route du traitement

- ▶ Correction des facteurs de risque cardio-vasculaires dont l'hypertension, mise en route d'un traitement associant le plus souvent un anti-plaquettaire, une statine et un IEC ;
- ▶ Participer à la discussion d'une indication de revascularisation pour corriger une lésion des artères cervicales en apportant des informations cliniques et hémodynamiques grâce à une exploration ultrasonique complète.

Relations avec le médecin généraliste et les autres professionnels

- ▶ Rédaction d'une lettre et d'un compte rendu d'examen écho-doppler pour le Médecin généraliste ;
- ▶ Collaboration avec le Neurologue ou une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) pour prise en charge optimale du patient ;
- ▶ En présence d'un AIT, demander l'avis d'un cardiologue pour rechercher une cause cardio-embolique ;
- ▶ Collaboration avec le chirurgien vasculaire pour la prise en charge des sténoses carotides serrées.

Suivi

La surveillance s'effectue en collaboration avec le médecin généraliste pour adapter le traitement et vérifier l'évolution de l'artériopathie cervico-encéphalique par examen ultrasonique.

Synthèse

- ▶ Le médecin Vasculaire réalise une expertise clinique et hémodynamique des lésions significatives des carotides et des vertébrales extra et intracrâniennes ;
- ▶ Il prescrit ou adapte les traitements en fonction du contexte ;
- ▶ Il assure le suivi régulier des patients pour vérifier l'évolution des sténoses et travaille en harmonie avec le médecin généraliste, le neurologue vasculaire, et le chirurgien vasculaire pour optimiser la prise en charge des lésions artérielles cervico-encéphaliques.

CONCLUSION

La Médecine Vasculaire est une réalité hospitalière et libérale en France. Son exercice est un exercice de spécialité avec un adressage de patients de la médecine générale et de toutes les spécialités, comme l'a montré l'enquête réalisée auprès de nos correspondants, la cardiologie étant le correspondant spécialiste en pole position. De plus, il faut ajouter que la majorité des explorations fonctionnelles vasculaires sont réalisées par les médecins vasculaires tant en libéral qu'à l'hôpital (CHU et CHG).

La formation actuelle universitaire est de qualité, mais il est nécessaire, compte tenu des avancées actuelles de nos connaissances, d'amplifier cette formation selon une maquette DES.

Le Médecin Vasculaire est un consultant pour plus de 50 % de son activité, la phlébologie représente pour certains une activité prépondérante par choix personnel. La prévalence de l'insuffisance veineuse est telle que sa prise en charge demande une expertise d'excellence, ce que les patients trouvent auprès des médecins vasculaires.

Les affections vasculaires périphériques progressent de plus en plus, dans une population vieillissante, elles demandent donc une prise en charge adaptée, cette prise en charge est du domaine des médecins vasculaires.

Si on veut perpétuer l'exercice de la Médecine Vasculaire, et donc former des jeunes médecins, il est nécessaire de mettre en place un cadre d'exercice attractif, idéalement un DES ou un CO-DES.

Sans reconnaissance, sans statut défini, nous allons vers la disparition de cette discipline, ce qui serait dramatique pour les patients, lesquels restent au centre de notre demande de spécialité.

Cet état des lieux brosse tout ce qu'est aujourd'hui la Médecine Vasculaire. Il faut que les autorités modifient le logiciel d'exercice de la médecine vasculaire en le faisant évoluer vers un logiciel de spécialité à part entière. Tel est notre souhait le plus cher.

***« Le futur appartient à ceux qui voient les possibilités
avant qu'elles ne deviennent évidentes »***

Théodore Levitt