

Note pour les lecteurs

Pour faciliter la lecture de la révision du schéma régional de santé, toutes les modifications effectuées par rapport à la version du PRS publiée en 2023 apparaissent en bleu et tous les chiffres d'OQOS révisés sont signalés en rouge.

VOLET 1

RÉVISION JUIN 2025

Activités de soins
et équipements
matériels lourds
soumis à autorisation

Fiche 1.12

**Activités interventionnelles
sous imagerie médicale, par voie
endovasculaire, en cardiologie**

Fiche 1.12

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie (cardiologie interventionnelle)

I. L'offre en Île-de-France en octobre 2023

L'offre de cardiologie interventionnelle (CI) de la région (sans compter l'offre des HIA qui n'est pas soumise à autorisation de l'ARS) a évolué de la manière suivante dans le PRS2 :

- 35 services de CI type 3 en 2023 *versus* 35 en 2018 sans mouvement
- 20 services de CI type 1 en 2023 *versus* 20 en 2018 avec dans le 92 la fermeture d'un service et l'ouverture d'un autre
- 2 services de CI type 2 en 2023 *versus* 3 en 2018 avec la fermeture d'un service dans le 91.

L'offre se répartit de la façon suivante :

- Dans le 75 : 9 services de CI type 3 dont 6 avec de la CI type 1
- Dans le 77 : 2 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- Dans le 78 : 4 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- Dans le 91 : 3 services de CI type 3 dont 3 avec de la CI type 1
- Dans le 92 : 6 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1 (plus 1 HIA offrant de la CI type 3 et de la CI type 1)
- Dans le 93 : 5 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1
- Dans le 94 : 2 services de CI type 3 dont 1 avec de la CI type 1
- Dans le 95 : 4 services de CI type 3 dont 2 avec de la CI type 1.

Pour la cardiologie interventionnelle (CI) type 3, 7 services sont portés par l'AP-HP, 12 par des établissements publics, 4 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC), 12 par des établissements privés lucratifs et 1 par un HIA.

Pour la CI type 1, 4 sont portés par l'AP-HP, 6 par des établissements publics, 2 par des établissements privés à but non lucratif (ESPIC), 8 par des établissements privés lucratifs et 1 par un HIA.

La cardiologie interventionnelle type 2 (traitement des cardiopathies congénitales) est portée par deux établissements de santé :

- Un établissement de l'AP-HP à Paris qui partage son autorisation par convention avec un autre établissement de l'AP-HP, permettant de répartir le traitement des enfants sur l'un et le traitement des adultes sur l'autre,
- Un ESPIC dans le 92 qui traite les enfants et les adultes.

II. Présentation du cadre réglementaire de l'activité

La réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle apporte des modifications et notamment :

- Le périmètre de l'activité est élargi avec l'introduction de la pose des PM¹ mono et double chambre et des actes interventionnels diagnostiques (actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et coronarographies) ;
- La structuration autour de 3 types d'activités est conservée (Modalité « Rythmologie interventionnelle », Modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie », Modalité « Cardiopathie ischémique et structurale de l'adulte ») mais une gradation est introduite en quatre mentions pour la modalité « Rythmologie interventionnelle » et en deux mentions pour la modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie ». Cette gradation a pour objectif de tenir compte de la complexité différenciée des patients traités (enfants et patients avec une cardiopathie congénitale complexe), des techniques et des exigences à y associer en termes de qualité et de sécurité ;
- Une autorisation peut être liée à une autre autorisation en fonction de la typologie des patients traités ;
- Chaque mention est soumise à seuils ;
- Il est nécessaire d'avoir un recueil des données permettant d'analyser les pratiques pour améliorer les pratiques et la gestion des risques.

Textes réglementaires de la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle

- *Décret n°2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie*
- *Décret n°2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation*
- *Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133-2 du code de la santé publique*
- *Instruction n°DGOS/R3/2023/46 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie*

Les actes de cardiologie interventionnelle structurale, non inclus dans la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle mais encadrés par des arrêtés spécifiques, sont : les TAVI², MITRACLIP³, FAG⁴ et PM sans sonde.

Les établissements qui réalisent les TAVI, MITRACLIP et FAG doivent être titulaires d'une autorisation de chirurgie cardiaque et d'une autorisation de modalité « Cardiopathie ischémique et structurale de l'adulte ». Les établissements qui réalisent des PM sans sonde doivent être titulaires d'une autorisation de chirurgie cardiaque et d'une autorisation de modalité « Rythmologie interventionnelle – mention D ». Les seuils annuels sont de 100 TAVI associés à 200 actes de chirurgie valvulaire, 24 MITRACLIP, 25 FAG, 24 PM sans sonde.

¹ PM : Pace-Maker

² TAVI : Bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (DBLF 001)

³ MITRACLIP : Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale (DBBF 198)

⁴ FAG : Fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée (DASF 074)

Arrêtés spécifiques aux actes de cardiologie interventionnelle structurelle

- *Arrêté du 28 mars 2019 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique*
- *Arrêté du 16 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 28 mars 2019 (jusqu'au 31 décembre 2023)*
- *Arrêté du 6 octobre 2016 limitant la pratique de l'acte de « Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transœsophagienne » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique*
- *Arrêté du 11 février 2022 modifiant l'arrêté du 6 octobre 2016 (jusqu'au 15 décembre 2026)*
- *Arrêté du 12 mai 2016 limitant la pratique de l'acte de « fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique*
- *Arrêté du 28 novembre 2022 modifiant l'arrêté du 12 mai 2016 (jusqu'au 30 novembre 2027)*
- *Arrêté du 25 octobre 2018 limitant la pratique de l'acte d'« implantation intraventriculaire droit d'un stimulateur cardiaque définitif simple chambre, par voie veineuse transcathéter, sans pose de sonde » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du Code de la santé publique*
- *Arrêté du 18 février 2022 modifiant l'arrêté du 25 octobre 2018*
- *Arrêté du 24 février 2023 modifiant l'arrêté du 25 octobre 2018 (jusqu'au 1^{er} juillet 2023).*

III. Zonage

Les modalités de cardiologie interventionnelle par mention correspondent aux zonages suivants :

Activité de soins	Activités de proximité	Activités Territoriales	Activités Régionales
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie	Modalité Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention A	Modalité Rythmologie interventionnelle Mention B Modalité Rythmologie interventionnelle Mention C Modalité Rythmologie interventionnelle Mention D Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention A Modalité Cardiopathies congénitales hors rythmologie Mention B Les actes de cardiologie interventionnelle non soumis à la réforme des autorisations

IV. Évaluation des besoins à 5 ans

Rythmologie

Les maladies rythmiques sont responsables en Île-de-France de 34 648 séjours MCO, ce qui représente 16% des séjours de cardiologie médicale et une augmentation de 8% depuis 2015. Les actes CCAM⁵ d'implantation de prothèses cardiaques rythmologiques sont stables avec 7 909 PM⁶ mono et double-chambre et 2 521 PM triple-chambre et DAI⁷ implantés en 2019. En revanche depuis 2013 les ablations simples ont augmenté de 30% avec 5 280 actes en 2019 et les ablations complexes ont augmenté de 65% avec 5 461 actes en 2019 (*source PMSI*). Ainsi dans les prochaines années, du fait du vieillissement de la population et des recommandations de l'ESC⁸ de 2021, les actes d'ablations complexes devraient augmenter tandis que les autres activités de rythmologie interventionnelle devraient rester stables.

⁵ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

⁶ PM : Pace Maker

⁷ DAI : Défibrillateurs Automatiques Implantables

⁸ ESC : European Society of Cardiology

L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins dans un contexte double. D'une part, les ressources humaines en santé sont devenues insuffisantes et les seuils des mentions B et C (étude d'impact) ne sont atteints que pour un peu plus de 50% des centres en 2019 en France (source PMSI - Livre Blanc CNCH⁹ 2022). D'autre part, l'évolution des techniques permet de diminuer les durées des ablations complexes, le développement de l'ambulatoire permet d'accélérer les prises en charge, les salles de rythmologie interventionnelle pourraient absorber une augmentation d'activité, le développement de la télésurveillance des prothèses rythmiques permet d'optimiser le suivi des patients.

Dans ce contexte, les experts de la SFC¹⁰ estiment que l'augmentation de l'offre actuelle, pour répondre à l'augmentation de l'activité, devra être très prudente du fait de la fragilité actuelle des ressources humaines en santé, avec l'objectif d'optimiser l'activité des centres existants dans un premier temps.

Cardiopathies congénitales

L'incidence des cardiopathies congénitales (CC) est stable depuis dix ans avec environ 8 enfants sur 1 000 qui naissent avec une malformation cardiaque congénitale, dont un tiers aura besoin de soins lourds (chirurgie cardiaque ou cardiologie interventionnelle). Il y a en Île-de-France 2 300 séjours MCO de patients de moins de 18 ans ayant une CC complexe et ce nombre est stable depuis 2013. Actuellement, 97 % des enfants vivent au-delà de l'âge adulte et 75 % après 50 ans. Ainsi, la prévalence des adultes ayant une CC est en constante augmentation depuis 30 ans (actuellement, 215 000 adultes auraient une CC en France). En Île-de-France, en 2021, on comptabilisait 364 actes de rythmologie chez des enfants sans CC complexe et 49 actes de rythmologie chez des patients avec CC complexe, dont 18 enfants. Il y avait 1 138 actes de CC hors rythmologie de mention A, dont 376 chez des enfants (33 %), et 975 actes de mention B dont 229 (23 %) chez des enfants. Par ailleurs, 33 % des enfants de France ayant une CC complexe sont pris en charge dans les établissements franciliens (sources : PMSI, registre CC-EPICARD, bibliographie internationale).

L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins qui sont stables chez l'enfant mais qui augmentent progressivement chez l'adulte, dans un contexte particulier où :

- Les ressources humaines en santé dans ce domaine sont particulièrement faibles ;
- La cardiologie congénitale médicale, interventionnelle et chirurgicale requiert un très haut niveau d'expertise (les trois centres d'Île-de-France autorisés sont des centres de référence M3C¹¹) ce qui nécessite de travailler en réseau ;
- La réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle structure l'activité de prise en charge des CC complexes et des enfants avec des seuils élevés et des conditions techniques de fonctionnement exigeantes ;
- L'activité de cardiologie interventionnelle des CC complexes et des enfants reste faible.

Dans ce contexte, les experts de la SFC et des centres de référence M3C estiment que l'offre actuelle en Île-de-France (modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » - mention B) permet de répondre à l'augmentation de l'activité.

⁹ CNCH : Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

¹⁰ SFC : Société Française de Cardiologie

¹¹ M3C : Malformations Cardiaques Congénitales Complexes

Les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

La prévalence standardisée¹² de la cardiopathie ischémique chronique¹³ est de 1 463 en 2021 et a augmenté de 23% en 10 ans ; la population est composée de 72% d'hommes, a 73 ans d'âge moyen et une mortalité de 5%. La prévalence standardisée de l'infarctus du myocarde est de 425 en 2021 et a augmenté de 50% en 10 ans (*source ameli.fr*). Le registre e-MUST dénombre 2 535 IDM aigus en Île-de-France en 2019 dont 78% en primaire et 22% en secondaire¹⁴. Ces chiffres sont stables depuis des années. 92% des primaires sont adressés directement en salle de cardiologie interventionnelle et 7% passent d'abord en USIC. Pour les primaires, le délai médian entre l'appel des secours et l'arrivée à l'hôpital est de 75 min et ce délai est stable depuis des années.

En Île-de-France, il y a 57 520 séjours MCO pour coronaropathies ce qui représente 27% des séjours de cardiologie médicale et une augmentation de 15% depuis 2015. 24% de ces séjours sont réalisés en ambulatoire, et en HC¹⁵, la DMS¹⁶ est de 6 jours, 15% des patients passent par les urgences, 31% font un passage en USIC, l'âge moyen est de 71 ans et la mortalité hospitalière est de 1% (*source PMSI – année 2019*). En Île-de-France, par le PMSI 2019, on dénombre, 45 569 coronarographies (stabilité par rapport à 2018) et 33 672 actes d'angioplasties coronaires (stabilité par rapport à 2018 et mêmes constats par le registre CARDIO-ARSIF¹⁷), 860 fermetures de septum (augmentation de 63% en 9 an), 2 937 TAVI (augmentation de 218% en 9 ans), 255 MITRACLIP (augmentation de 152% en 5 ans), 488 FAG (augmentation de 72% en 5 ans), 2 699 actes de chirurgie valvulaire (diminution de 34% en 9 ans). Ainsi dans les prochaines années, du fait du vieillissement de la population, la prévalence des coronaropathies et des valvulopathies va augmenter. Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- l'émergence des nouvelles techniques, comme le coroscanner indiqué en première intention dans le bilan des maladies coronaires stables, permet d'ores et déjà de diminuer le nombre de coronarographies normales ; couplée au calcul de la FFR-CT¹⁸, cette technique permettra d'améliorer la pertinence de l'angioplastie et de ne faire des coronarographies que pour les patients pouvant bénéficier d'une angioplastie et donc de diminuer les coronarographies ; ces techniques vont aussi remplacer d'autres techniques d'évaluation fonctionnelle comme l'épreuve d'effort et la scintigraphie myocardique (il est important d'améliorer la qualité de ces examens par une expertise cardiologique) ;
- les progrès réalisés dans l'angioplastie coronaire permettent de diminuer le nombre d'angioplasties de sauvetage.

¹² Standardisée : pour 100 000 habitants

¹³ Code I25 de l'ALD13 : Affection Longue Durée pour la « maladie coronaire »

¹⁴ e-MUST : registre d'Île-de-France qui recense tous les infarctus du myocarde aigus (SCA ST+) pris en charge par les SAMU/SMUR et la BSPP (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris) en primaire (sans prise en charge médicale hospitalière préalable) et en secondaire (à la demande d'un établissement de santé)

¹⁵ HC : Hospitalisation Complète

¹⁶ DMS : durée moyenne de séjour

¹⁷ CARDIO-ARSIF : registre d'IDF qui recense toutes les coronarographies et angioplasties coronaires réalisées dans les 36 salles de cardiologie interventionnelle coronaire

¹⁸ Le principe de la FFR-CT (fractional flow reserve derived from coronary CT angiography) est d'évaluer la perfusion myocardique coronaire à partir d'un scanner cardiaque effectué au temps artériel pour opacifier les artères coronaires

Les angioplasties, même si elles sont plus pertinentes, et les valvuloplasties percutanées devraient augmenter tandis que les coronarographies devraient rester stables voire diminuer. L'enjeu est donc d'adapter l'offre aux besoins dans un contexte double. D'une part, les ressources humaines en santé sont devenues insuffisantes et le seuil de la modalité « Cardiopathie ischémique et structurale » de la réforme est augmenté à hauteur de 400 angioplasties par an. D'autre part, l'évolution des techniques permet de diminuer les coronarographies et d'améliorer la pertinence des angioplasties coronaires, et le développement de l'ambulatoire permet d'accélérer les prises en charge.

Dans ce contexte, les experts du GACI¹⁹ de la SFC estiment que l'offre actuelle permet de répondre à l'augmentation de l'activité attendue et qu'il faut préserver les ressources humaines en santé avec l'objectif d'optimiser l'activité des centres existants.

V. Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- Mettre en œuvre la réforme des autorisations de cardiologie interventionnelle en veillant à répondre aux besoins de 2028, sans déstabiliser l'offre actuelle et en préservant les ressources humaines en santé :
 - en régularisant les autorisations de « Rythmologie interventionnelle » mention A pour les établissements qui s'inscrivent dans la poursuite d'une activité, qui respectent les seuils (selon l'étude d'impact 2022), les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de la réforme ;
 - en reconduisant les autorisations de « Rythmologie interventionnelle » mention C (sans chirurgie cardiaque) et mention D (avec chirurgie cardiaque), de « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » mention B pour les adultes et les enfants, de « Cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte » pour les établissements qui s'inscrivent dans la poursuite de l'activité et qui remplissent les conditions réglementaires ;
 - en augmentant l'offre actuelle très prudemment en créant deux à **quatre** nouvelles implantations de « Rythmologie interventionnelle » mention B, **deux** nouvelles implantations de « Rythmologie interventionnelle » mention D+, une nouvelle implantation de « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » adulte mention A, une nouvelle implantation « Cardiopathie ischémique et structurale » (**cf. paragraphe VII révision de juin 2025 du schéma de cardiologie interventionnelle**)
 - En incitant les établissements autorisés dans la modalité « Cardiopathie congénitale hors rythmologie » à intégrer les centres de référence M3C, à travailler de manière collégiale et partagée et à participer activement au registre de cardiopathies congénitales qui sera mis en place durant le PRS3.
- Poursuivre le virage ambulatoire en cardiologie interventionnelle déjà engagé dans trois services de cardiologie interventionnelle
- Poursuivre le développement de l'intégration des plateaux techniques invasifs (PTI) dans les territoires :

Paragraphe révisé en juin 2025, pour procéder à une correction d'erreur et à un ajustement de l'offre.

¹⁹ GACI : Groupe Athérome et Cardiologie Interventionnelle

- Ouvrir les PTI à des cardiologues interventionnels qui exercent en ville ou dans des établissements sans PTI ;
- Entretenir les liens avec les SAMU/SMUR pour l'accès immédiat et direct des infarctus du myocarde aigus à la salle de cardiologie interventionnelle coronaire.
- Poursuivre le développement des téléexpertise, téléconsultation et télésurveillance (de l'insuffisance cardiaque chronique, des prothèses rythmiques, des anticoagulants) dans le champ de la cardiologie et développer l'équipe de soins spécialisés de cardiologie (cf fiche parcours ICC)
- Développer la délégation de tâches (protocoles de coopération et IPA²⁰)
- Mobiliser plus systématiquement les données (ALD, PMSI, SNDS, EDS²¹ cardio/urgences...) pour :
 - Suivre l'évolution de l'activité et vérifier que les évolutions répondent aux besoins de la population sans déstabiliser l'offre existante ;
 - Suivre l'évolution de l'activité de cardiologie interventionnelle structurée (encadrée par des arrêtés spécifiques) en termes de réglementation (rapport HAS en cours) et d'activité car ces évolutions auront à moyen terme un impact sur l'offre de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque adulte ;
 - Utiliser les indicateurs issus de l'EDS cardio/urgences (autorisé par la CNIL et mis en place en 2021, piloté par l'ARS-Île-de-France, géré par le SESAN, qui héberge les registres e-MUST²² et CARDIO-ARSIF²³ dans le respect du RGPD²⁴), pour suivre l'évolution des pratiques et mettre en place si besoin des actions de santé publique destinées aux patients ou aux professionnels de santé
 - Poursuivre la mise en place du « Parcours infarctus du myocarde par appariement probabiliste entre les données e-MUST 2014-2018 et du SNDS » dans le cadre du Health Data Hub (autorisé par la CNIL en 2022) :
 - L'objectif est d'avoir une vision objective du parcours de la maladie ischémique chronique sur 10 ans (5 ans avant et 5 ans après l'IDM) et le projet est en cours
 - Les perspectives sont d'une part d'incrémenter au fil de l'eau les dernières années de e-MUST disponibles et d'autre part de construire le projet « maladie ischémique chronique par appariement probabiliste entre les données CARDIO-ARSIF et du SNDS »
- Mettre en place de nouveaux registres de pratiques (rythmologie et cardiopathies congénitales), intégrés à l'EDS cardio/urgences
- Raisonner en parcours global pour améliorer la prise en charge cardiologique des patients dans les territoires :
 - Dépister et traiter les patients avec des facteurs de risque vasculaires pour contrôler la prévalence des maladies vasculaires. Pour cela, il est essentiel de faciliter l'accès à des consultations de généralistes et de cardiologues et de faire des liens avec les diabétologues et donc de développer un réseau ville (CPTS, structures d'exercice collectif, médecins isolés, DAC) en lien avec les établissements du territoire ;
 - Faire entrer les patients avec des facteurs de risque vasculaires dans la filière cardiologique du territoire par l'accès à des consultations de cardiologie

²⁰ IPA : Infirmier en Pratique Avancée

²¹ EDS cardio/urgences : Entrepôt de Données de Santé cardio/urgences ; description ci-après

²² e-MUST : registre des infarctus du myocarde (IDM) pris en charge par les 40 SAMU/SMUR et BSPP, développé depuis 2000 par l'ARSIF et le SESAN et permettant d'avoir une vision précise du parcours du patient du début de la douleur thoracique à la sortie de la première hospitalisation

²³ CARDIO-ARSIF : registre des coronarographies et des angioplasties coronaires réalisées dans les 36 salles de cardiologie interventionnelles coronaires d'IDF, développé depuis 2000 par l'ARSIF et le SESAN

²⁴ RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

- dans les établissements (consultations de cardiologie avancées, postes partagés) et en ville ;
- Développer les plateaux techniques non invasifs coronaires (coroscaner, score calcique, IRM cardiaque) et en faciliter l'accès
 - Puis, si indiqué, accélérer la réalisation des actes de cardiologie interventionnelle ;
 - Pour tous ces patients qui entrent dans la maladie chronique (diabète, HTA, dyslipidémie, maladie ischémique chronique, insuffisance cardiaque chronique), une surveillance régulière doit être mise en place : par des consultations ou des téléconsultations, par la télésurveillance (insuffisance cardiaque chronique et prothèses rythmiques) ;
 - La prise en charge des patients en EHPAD est aussi un enjeu majeur qui nécessite une organisation spécifique ; pour certains patients et dans certains cas, il peut être pertinent de faire des téléconsultations de cardiologie avec l'aide de l'IDE de l'EHPAD, de mobiliser l'HAD avec une téléexpertise cardiologique

Ainsi, ce maillage et cette organisation territoriale est à co-construire avec les établissements du territoire et la ville en s'appuyant sur une équipe territoriale de cardiologie.

VI. Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs

- Pour l'attribution de la modalité « Rythmologie interventionnelle » - mention B, les établissements de santé demandeurs situés dans les départements ayant le plus gros taux de fuite seront privilégiés.
- Dans le 94, les services de cardiologie interventionnelle devront se renforcer, s'organiser et se soutenir pour mieux répondre aux besoins et diminuer les taux de fuite.
- Dans le 77 sud, l'amélioration de la prise en charge cardiologique des patients du territoire, par une coopération territoriale entre les établissements et la ville, sera une priorité du PRS3.
- Dans le 93, l'amélioration de la prise en charge cardiologique des patients du territoire (de la prévention des facteurs de risque vasculaire à la prise en charge hospitalière et au suivi post-hospitalier) s'appuiera sur un projet territorial de cardiologie.

VII. Révision de juin 2025 du schéma de cardiologie interventionnelle

Rythmologie interventionnelle mention B

A l'issue de l'instruction des demandes d'autorisation de rythmologie interventionnelle mention B intervenue en 2024, et des échanges avec les partenaires dans le cadre du contrat de méthode (CSOS, groupe de travail), il a été constaté que l'offre initialement prévue au PRS (publié fin 2023) semblait insuffisante pour couvrir les besoins de la région. Cela amène à réajuster l'offre régionale d'1 OQOS de rythmologie interventionnelle mention B. Cette augmentation demeure limitée, de manière à ne pas déstabiliser l'offre existante. Elle vise à répondre à des besoins de territoires insuffisamment couverts.

La délivrance de cette autorisation supplémentaire de mention B interviendra par transformation d'une autorisation de mention A, délivrée à un établissement francilien dans le cadre de la procédure d'autorisation de 2024.

Rythmologie interventionnelle mention D

À la suite de la publication du PRS 3, il a été constaté une erreur matérielle liée au manque d'1 OQOS de rythmologie interventionnelle mention D dédié à la prise en charge exclusive des enfants. Aussi, les OQOS de rythmologie interventionnelle mention D sont augmentés de manière à atteindre 11 implantations pour la région.

L'offre de cardiologie interventionnelle fera l'objet d'une évaluation régulière, de manière à mesurer la couverture des besoins de la population.

Paragraphe ajouté en juin 2025, pour procéder à une correction d'erreur et à un ajustement de l'offre.

Document soumis à consultation

VII. Implantations opposables : Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Tableau 1 : Photographie de l'existant autorisé en octobre 2023

Cardiologie interventionnelle de type I	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
PETITE COURONNE	
75	6
92	2
93	2
94	1
GRANDE COURONNE	
77	2
78	2
91	3
95	2
Total	20

Cardiologie interventionnelle de type II	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
PETITE COURONNE	
75	1
92	1
93	0
94	0
GRANDE COURONNE	
77	0
78	0
91	0
95	0
Total	2

Cardiologie interventionnelle de type III	
Zones de répartition des activités = départements	Autorisations au 01/10/2023
PETITE COURONNE	
75	9
92	6
93	5
94	2
GRANDE COURONNE	
77	2
78	4
91	3
95	4
Total	35

Tableau 2 : Implantations cibles (OQOS)

- Mentions de ressort régional :

Rythmologie interventionnelle mention B		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	2	4

Rythmologie interventionnelle mention C		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	8	11

Rythmologie interventionnelle mention D		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	11	11

Cardiopathies congénitales hors rythmologie mention A adulte		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	0	1

Cardiopathies congénitales hors rythmologie mention B adulte		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	2	2

Document soumis à consultation

Cardiopathies congénitales hors rythmologie mention B pédiatrique		
Zone de répartition = région	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
IDF	2	2

- Mentions de ressort territorial :

Rythmologie interventionnelle mention A		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris-petite couronne		
75	3	4
92	2	4
93	2	4
94	3	5
Grande couronne		
77	0	0
78	0	2
91	3	3
95	1	1
Total	14	23

- Mentions de proximité :

Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte		
Zones de répartition des activités = départements	Implantations cibles (OQOS)	
	Borne basse	Borne haute
Paris-petite couronne		
75	8	9
92	6	6
93	5	6
94	2	2
Grande couronne		
77 nord	1	1
77 sud	1	1
78 nord	2	2
78 sud	2	2
91 nord	2	2
91 sud	1	1
95 est	1	1
95 ouest	1	1
95 sud	2	2
Total	34	36