Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2020, 73, 1, p. 7-14

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

EDITORIAL

Évolution de la phlébologie en milieu hospitalier en France.

Evolution of phlebology in the hospital environment in France.

Abbadie F.

Force est de le constater : la partie de la médecine vasculaire qui s'est le plus transformée au cours de cette décennie des années 2010 est la phlébologie avec le virage du traitement thermique des varices.

Avant : phlébite et stripping résumaient la phlébologie hospitalière.

Avant cette révolution des pratiques, **la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)** représentait la principale préoccupation autour de la veine en milieu hospitalier.

Sa prévention, mais surtout son diagnostic et sa prise en charge représentaient, et c'est toujours le cas, un besoin important d'une structure hospitalière.

Qu'il y ait ou non un médecin vasculaire (MV) dans un hôpital, chacun d'entre eux a au moins un intervenant, parfois d'une autre spécialité, pour apporter une réponse à cette problématique médicale courante.

Selon les hôpitaux : universitaire ou non, selon leur taille et leur activité, l'offre de soins sur la MTEV était (et est toujours) graduelle :

- Diagnostic écho-doppler de la phlébite pour les patients internes à la structure (patients hospitalisés ou du service des urgences).
- Pour les patients externes.
- Prise en charge en hospitalisation complète dans un service de médecine vasculaire.
- Décision thérapeutique pour les cas les plus difficiles en réunion de concertation pluri-disciplinaire de thrombophilie pour les cas les plus complexes.

Le plus souvent, l'hôpital concentrait ses ressources souvent maigres en médecine vasculaire sur les besoins des patients hospitalisés dans ses propres services ou dans ses urgences.

Le réseau de ville assurait la prise en charge des patients ambulatoires.

Praticien hospitalier, Service de médecine vasculaire, Hôpital de Vichy, Boulevard Denière, 03200 Vichy.
E-mail: fabrice.abbadie@gmail.com

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Avant le « thermique », **la prise en charge des varices** se limitait souvent à une prise en charge en chirurgie vasculaire de malades ambulatoires triés et adressés par la ville selon les ressources disponibles de chaque partie.

Au mieux, c'était donc une activité chirurgicale importante ou une activité d'appoint de la partie artérielle ou d'une autre spécialité – la chirurgie de varices ayant longtemps été réalisée par des chirurgiens généraux.

La prise en charge du médecin vasculaire hospitalier était souvent limitée, dans le meilleur des cas, au traitement complémentaire de varices péri-ulcéreuses, résiduelles après la chirurgie et dont l'ulcère veineux était une cause de sollicitations répétées de l'établissement de soins.

Comment le « thermique » a-t-il bouleversé la position de la médecine vasculaire hospitalière ?

Et le thermique a changé la donne :

- Il permet de renforcer le rôle thérapeutique du MV dans les varices en élargissant son champ.
- Il nécessite l'accès à un plateau technique donnant ainsi plus d'intérêt à un poste hospitalier, particulièrement en dehors d'un service universitaire.
- Il améliore considérablement la rentabilité de l'activité d'un service de médecine vasculaire à l'heure où la tarification à l'activité (T2A) s'impose comme l'élément clé de toutes les relations entre le monde médical et l'administration hospitalière.

Une rentabilité nouvelle pour la médecine vasculaire hospitalière qui s'ouvre vers l'ambulatoire.

En 2020, tout nouveau projet hospitalier doit être financé, par l'activité.

Avec une rémunération du séjour à 1575 € par patients en établissement public, le thermique remplit parfaitement cette fonction avec en plus une activité ambulatoire, idéale pour le fameux « virage ambulatoire », dernier leitmotiv du ministère de la santé de ces dernières années.

Ainsi en 2019 au CH de Vichy et pour une activité débutée en 2013, près de 20 % du temps médical, dédié au thermique, rapportait près de 50 % des recettes du service à l'établissement.

La majeure partie du temps médical restant était consacré aux actes d'écho-doppler et de consultation (plaie, sclérose, acrosyndromes, lymphœdèmes) aux patients internes – aux recettes non chiffrables car inclus dans les forfaits d'hospitalisation et donc d'office « oubliées » par l'administration – et aux patients externes.

Or la filière du thermique ne peut pas se nourrir du recrutement des patients hospitalisés, il faut pouvoir recruter les malades de l'extérieur ce qui suppose de **tourner la consultation de médecine vasculaire hospitalière vers la ville** : ou en recrutant directement les patients, et donc en s'organisant pour en faire le tri dans une consultation hospitalière ouverte aux patients externes, ou en travaillant main dans la main avec d'autres MV, installés en ville.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Ainsi, on a vu au cours de ces dernières années l'apparition d'une activité de thermique dans les services universitaires de médecine vasculaire permettant une formation au geste dès la formation initiale.

Ces services ont donc dû renforcer leurs consultations en phlébologie ou s'appuyer sur des praticiens avec un exercice mixte libéral et hospitalier.

Et progressivement, le thermique a permis de repositionner la phlébologie au sein des services universitaires.

L'activité thermique au cœur de l'enjeu du recrutement et de l'offre de soins dans la spécialité en pleine pénurie de médecins vasculaires.

Avoir un plateau pour le thermique est aussi une façon de rester attractif pour les jeunes. La démographie médicale est en train de remodeler l'offre de soins en médecine vasculaire au rythme de départs en retraite non remplacés.

La pénurie annoncée n'en est qu'à ses débuts et ce n'est pas le quota de **43 internes formés par an** en 2019 et chaque année en DES de médecine vasculaire qui pourra la contrer.

En effet, il faudra, à ce rythme, plus de 44 ans pour renouveler les 1 900 médecins vasculaires actuels précédemment formés avec la Capacité d'Angiologie sur un volume d'une centaine de candidats par an les dernières années.

Aujourd'hui chaque équipe (que ce soit dans le privé ou le public) se pose la question de comment attirer ces jeunes trop peu nombreux pour combler tous les manques.

- **Les services universitaires** forment les MV et sont donc aux 1res loges pour les recruter, sitôt finie leur formation.
- **Pour un centre hospitalier général,** la situation est plus compliquée : les jeunes y passent moins de temps pendant leur formation et le réseau de ville y est en passe de disparaître.
  - À titre d'exemple, l'offre de soins en MV de ville du bassin vichyssois a fondu comme neige au soleil au cours des 6 dernières années passant de 4 à 1 seule praticienne qui sera encore appelée à la retraite dans les quelques années suivantes.
  - La ville de Vichy n'a été que la 1re du département de l'Allier à subir ce phénomène qui touche les autres villes de taille équivalente : Moulins depuis peu et bientôt Montluçon.
  - Dans le reste du pays, le phénomène sera identique dans toutes les autres villes de France de même taille localisées trop loin des côtes ensoleillées pour être qualifiées d'« attractives ».
  - L'équipe hospitalière des MV de Vichy se trouvera donc progressivement complètement seule pour assurer les besoins de santé dans la discipline de son bassin de population, mais également progressivement des bassins voisins puisque les échanges de praticiens entre hôpitaux sont très encouragés par les ARS (agences régionales de santé). L'équipe médicale de Vichy perfuse déjà l'hôpital de Moulins de temps médicale à hauteur de 20 % d'un équivalent temps-plein ce qui devrait dans les années à venir se majorer à Moulins mais également probablement à Montluçon.
    Ou comment déshabiller Pierre pour habiller Paul, mais aussi Jacques, Bertrand, Nicolas…

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La hausse puis la disparition du *numerus clausus* : seule issue à la pénurie de médecins vasculaires.

L'ensemble des autres spécialités connaîtra également une pénurie de médecins, qualifiée de **« mondiale »** par la ministre de la santé Agnès Buzyn.

On ne peut donc pas miser sur des transferts d'effectifs médicaux de spécialité excédentaire, puisqu'aucune ne le sera.

L'inexistence de la spécialité médecine vasculaire dans les pays d'Europe de l'Est ou d'Afrique ne permet pas non plus d'apporter des bras en pillant les ressources humaines médicales de ces pays, comme le font abondamment depuis des décennies les hôpitaux de France et d'Europe Occidentale dans les autres spécialités. À moins de les former entièrement.

Le seul espoir vient donc de l'augmentation des effectifs avec la majoration des effectifs totaux du *numerus clausus* décidé il y a quelques années puis de sa disparition en 2019. Un processus lent qui s'étalera sur près de 10 ans.

En 2020, le maximum de la pénurie est encore devant nous.

Quelles sont les perspectives pour la phlébologie française ?

On peut donc se demander comment la phlébologie française va évoluer dans les années à venir avec le développement de la pénurie de MV.

Il est probable que du fait de sa rentabilité supérieure avec l'adoption du thermique, elle ne disparaisse pas.

Tant mieux puisque le thermique s'adresse aux patients les plus sévères.

Il est en revanche possible qu'elle se remodèle avec une nette diminution de l'activité de sclérose esthétique. Voire une disparition complète de la partie esthétique dans les zones où l'offre de soins phlébologiques ne reposera que sur des effectifs hospitaliers.

À moins qu'une véritable réflexion sur **la délégation de tâches** ne permette de trouver un renfort auprès de paramédicaux, idéalement sous supervision de MV.

Là encore cela suppose une révolution de la pratique des MV.

Or, chaque révolution nécessite au moins 10 années pour s'installer significativement et durablement.

Le thermique, pivot de la diversification de l'activité hospitalière de médecine vasculaire.

Au CH Vichy, les recettes du thermique pour l'établissement ont permis d'ouvrir de nouvelles activités non rentables comme la prise en charge en hospitalisation de semaine du lymphœdème pour drainage lymphatique manuel, ou, carrément à perte, comme l'exploration des veines iliaques par l'IVUS (intravascular ultrasound).

Ces activités ont pour but de diversifier l'éventail de la phlébologie et plus largement de la médecine vasculaire. Au final, il s'agit d'un maigre espoir pour renforcer le denier levier du recrutement hospitalier : l'intérêt de l'activité médicale.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Evolution of phlebology in the hospital environment in France.

It has to be said: the part of vascular medicine that has changed the most during this decade of the 2010's is phlebology with the shift to heat treatment of varicose veins.

Before: vein thrombosis and stripping summed up hospital phlebology.

Before this revolution in practices, venous thromboembolic disease (VTED) was the main concern about veins in the hospital environment.

Its prevention, but above all its diagnosis and management represented, and still does, a major need for a hospital structure.

Whether or not there is a vascular physician (VD) in a hospital, each of them has at least one physician, sometimes from another specialty, to provide a response to this common medical problem.

Depending on the hospital: university or non-university, depending on its size and activity, the VTED care offer was (and still is) gradual :

- *Echo-doppler diagnosis of vein thrombosis for inpatients in the structure (inpatients or emergency department patients).*
- *For outpatients.*
- *Full inpatient management in a vascular medicine department.*
- *Therapeutic decision for the most difficult cases in a multidisciplinary thrombophilia consultation meeting for the most complex cases.*

Most often, the hospital concentrated its often-scarce vascular medicine resources, on the needs of inpatients in its own wards or in its emergency departments.

The city heath care network provided outpatient care.

*Before the thermal, **the management of varicose veins** was often limited to vascular surgery of ambulatory patients who were sorted and referred by the city according to the available resources of each party.*

***At best, it was therefore an important surgical activity or a supporting activity** of the arterial part or of another specialty – varicose vein surgery having long been performed by general surgeons.*

***The management of the hospital vascular physician was often limited,** at best, to the complementary treatment of peri-ulcerous varicose veins, residual after surgery and whose venous ulcer was a cause of repeated solicitations of the health care institution.*

Hospital Practitioner, Vascular Medicine Department, Vichy Hospital, Boulevard Denière, 03200 Vichy.
E-mail: fabrice.abbadie@gmail.com

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

How has thermal therapy changed the position of hospital vascular medicine?

And the thermal changed the game:

- *It enhances the therapeutic role of MV in varicose veins by widening its scope.*
- *It requires access to a technical platform giving more interest to a hospital post, particularly outside a university department.*
- *It considerably improves the profitability of the activity of a vascular medicine department at a time when activity-based pricing (T2A) is becoming the key element in all relations between the medical world and hospital administration.*

A new profitability for hospital vascular medicine that is opening up to ambulatory care.

In 2020, any new hospital project must be financed by the activity.

With a remuneration of 1.575 € per patient per stay in a public establishment, the thermal unit perfectly fulfils this function with, in addition, an ambulatory activity, ideal for the famous "ambulatory turn", the last leitmotiv of the French Ministry of Health in recent years.

Thus in 2019 at the Vichy's hospital and for an activity that started in 2013, almost 20% of medical time, dedicated to thermal ablation, brought in almost 50% of the revenue from the service to the establishment. Most of the remaining medical time was devoted to duplex ultrasound tests and consultation procedures (wounds, foam sclerosis, acrosyndroms, lymphoedemas) for inpatients – revenue that cannot be quantified because it is included in the hospitalization pricing packages and is therefore automatically "forgotten" by the administration – and for outpatients.

However, patients line for thermal ablation cannot be based on the recruitment of inpatients; it must be able to recruit patients from outside, which implies ***turning the hospital vascular medicine consultation towards the city****: either by recruiting patients directly, and therefore organizing to welcome and sort them in a hospital consultation open to outpatients, or by working hand in hand with other vascular physicians based in the city.*

Thus, in recent years, we have seen the appearance of a thermal activity in the university vascular medicine departments, allowing training in the gesture from its early beginnings.

These services have therefore had to reinforce their consultations in phlebology or rely on practitioners with a mixed liberal and hospital practice.

And gradually, thermal therapy has allowed to reposition phlebology within the university services.

The thermal activity is at the heart of the challenge of recruitment and the offer of care in the specialty in full shortage of vascular physicians.

Having a platform for thermal therapy is also a way of remaining attractive to young physicians. Medical demographics are reshaping the vascular medicine care offer at the rate of unreplaced retirements.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

*The announced shortage is only just beginning and it is not the quota of **43 interns trained per year** in 2019 and every year in "vascular medicine DES" that will be able to counter it.*

Indeed, at this rate, it will take more than 44 years to renew the 1.900 current vascular physicians previously trained with the "Angiology Capacity" out of a volume of about 100 candidates per year in recent years.

Today every team (either private or public) is wondering how to attract these young people who are too few in number to fill all the gaps.

- ***The university services** train the vascular physicians and are therefore in the front line when it comes to recruiting them, as soon as their training is completed.*
- ***For a general hospital centre,** the situation is more complicated: young people spend less time there during their training and the city health care network is in the process of disappearing.*
  - *As an example, the supply of city MV care in the Vichy's basin has melted like snow in the sun over the last 6 years, going from 4 to only 1 practitioner who will still be called to retire in the next few years.*
  - *The city of Vichy was only the first in the Allier Department to undergo this phenomenon, which affects other cities of equivalent size: Moulin recently and soon Montluçon.*
  - *In the rest of the country, the phenomenon will be the same in all the other cities of the same size in France located too far from the sunny coasts to be qualified as "attractive".*
  - *The vascular physicians team of Vichy's hospital will therefore gradually find itself completely on its own to meet the health care needs in the discipline of its population basin, but also gradually of neighbouring basins since exchanges of practitioners between hospitals are very much encouraged by the ARS (regional health agencies). The medical team of Vichy is already helping the hospital of Moulins with medical time up to 20% of a full-time equivalent which should in the years to come increase in Moulins but also probably in Montluçon.*
    Or how to undress Pierre to dress Paul, but also Jacques, Bertrand, Nicolas...

The rise then the disappearance of the numerus clausus: the only way out of the shortage of vascular doctors.

*All other specialties will also experience a shortage of doctors, described as **"worldwide"** by the French Minister of Health Agnès Buzyn.*

We cannot therefore count on transfers of medical staff from surplus specialties, since none will be.

The non-existence of the vascular medicine specialty in Eastern European or African countries also means that it is not possible to bring in arms by plundering the medical human resources of these countries, as hospitals in France and Western Europe have been doing abundantly for decades in the other specialties. Unless they are fully trained by French teams.

***The only hope therefore comes from the increase in the number of staffs with the increase in the total number of staffs of the numerus clausus** decided a few years ago and its disappearance in 2019.*

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

A slow process that will take nearly 10 years.

In 2020, the peak of the shortage is still ahead of us.

What are the prospects for French Phlebology?

We can therefore wonder how French phlebology will evolve in the coming years with the development of the vascular physician's shortage.

It is likely that because of its higher profitability with the adoption of thermal therapy, it will not disappear.

A good point, since thermal is aimed at the most severe patients.

On the other hand, it is possible that it may remodel with a clear decrease in the activity of aesthetic sclerosis. *Or even a complete disappearance of the aesthetic part in areas where the phlebological care offer will only be based on hospital staff.*

Unless a real reflection on ***the delegation of tasks*** *makes it possible to find reinforcement from paramedics, ideally under the supervision of vascular physicians.*

Again, this will require a revolution in the practice of these physicians.

However, each revolution requires at least 10 years to become significantly and lastingly established.

Thermal ablation, the pivot of the diversification of hospital activity in vascular medicine.

At Vichy's Hospital, the revenue from thermal therapy for the establishment has made it possible to open up new, unprofitable activities such as weekday inpatient treatment of lymphedema for manual lymphatic drainage or other therapeutic at a loss, such as exploration of iliac veins using IVUS (intravascular ultrasound).

These activities are intended to diversify the range of phlebology and more broadly vascular medicine. In the end, it is a small hope to reinforce the last lever of hospital recruitment: the interest of medical activity.