



Agissons pour préserver notre capital de santé cardio-neuro-vasculaire

UN LIVRE BLANC POUR AMÉLIORER DURABLEMENT
L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

Ce Livre Blanc est le fruit d'une mobilisation inédite. Il réunit l'expertise scientifique, l'expérience clinique de terrain et la voix des patients, portées par :



L'ALLIANCE CAP CŒUR

CAP CŒUR porte la conviction que la lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires ne peut être efficace que si elle mobilise l'ensemble des parties prenantes, des soignants aux chercheurs, des patients aux décideurs.

C'est cette diversité qui fait la force de l'Alliance : elle réunit à la fois l'expertise scientifique des sociétés savantes, l'expérience concrète des professionnels de terrain, et la réalité vécue des patients et de leurs proches.

L'Alliance s'inscrit également dans la dynamique du Plan Cœur européen (*Safe Hearts*), adopté par le Parlement européen en décembre 2025, dont elle entend accompagner la déclinaison française. Elle souhaite prolonger l'engagement national dans le sillage de la nouvelle loi de prévention et stratégie nationale pour les maladies cardio-neuro-vasculaires, adoptée en juillet 2026.

La santé du cœur doit devenir notre cap

Protégeons notre cœur, notre cerveau, nos vaisseaux

Les maladies cardio-neuro-vasculaires sont la première cause d'invalidité et de décès dans le monde, et la deuxième cause en France, presque à égalité avec les cancers. À elles toutes, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les maladies rénales entraînent plus de 140 000 décès et coûtent plus de 29 milliards d'euros par an à l'Assurance Maladie.

Les progrès médicaux des 40 dernières années ont permis de réduire le taux de mortalité cardio-neuro-vasculaire standardisé sur l'âge, mais **la prévention reste le parent pauvre de notre système de soins.**

L'incidence élevée de ces pathologies, la persistance d'inégalités hommes/femmes, sociales et territoriales marquées, et les perspectives démographiques montrent que les mesures existantes ne permettront pas, à elles seules, de répondre à l'ampleur de l'enjeu.

À l'instar du Plan Cancer mis en place il y a près de 20 ans, l'adoption d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires et ses déterminants ouvre une nouvelle étape pour répondre à un des plus grands défis de la Santé de la population française.

Ce Livre blanc s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Il en partage l'ambition et propose les conditions de sa mise en œuvre, ainsi que les mesures complémentaires nécessaires pour améliorer durablement l'espérance de vie en bonne santé des Français. Aux pouvoirs publics d'y répondre par des actes clairs, des décisions assumées et une détermination à agir sur la durée.

L'Alliance CAP CŒUR

Synthèse des propositions

1

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE, FONDEMENTS D'UNE MEILLEURE SANTÉ DES FRANÇAIS

Sur le volet de la prévention :

- Favoriser les **messages de prévention et de bonne santé cardio-vasculaire dès le jeune âge dans les écoles** : promouvoir l'activité physique, lutter contre la sédentarité, limiter l'accès aux écrans. Poursuivre l'effort à l'âge adulte, dans les universités et les entreprises.
- Lancer des **campagnes nationales de sensibilisation** pour que chaque français connaisse sa tension artérielle, son taux de cholestérol et sa glycémie (sur le modèle « *Know Your Numbers* » (*Connais tes chiffres*)).
- Renforcer la **coordination des actions de sensibilisation** avec les campagnes existantes de lutte contre le tabagisme, de promotion de l'activité physique et de lutte contre l'obésité.
- Former à large échelle la population française aux gestes qui sauvent.

Sur le volet du dépistage :

- Dépister l'**hypercholestérolémie familiale** chez tous les enfants à l'âge de 6 ans.
- Renforcer les **rendez-vous de prévention** avec dépistage systématique des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires.

- Généraliser des **consultations de dépistage structuré des facteurs de risque** cardio-neuro-vasculaires aux âges clés définis dans le code de la santé publique (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, fonction rénale, obésité, tabac) incluant l'évaluation du risque global à l'aide de scores validés.
- Créer des parcours fléchés pour les femmes lors des étapes clés de leur vie hormonale.
- Renforcer le **dépistage cardio-neuro-vasculaire des populations à haut risque ou négligées**, les patients atteints de maladies chroniques et les populations socio-économiquement défavorisées.
- Généraliser des **consultations de dépistage d'insuffisance cardiaque, des maladies des valves, de la fibrillation atriale et des maladies artérielles** après l'âge de 60 ans.
- Déployer des **structures dédiées** (ou « *hubs* » de prévention) accessibles à tous sur les territoires, en s'appuyant sur la médecine générale et la délégation de tâches vers les professions de santé non médicales, l'innovation et les outils numériques certifiés pour favoriser l'auto-suivi des patients.

2

L'ACCÈS AUX SOINS

- Inscrire chaque établissement et professionnel dans un **schéma territorial des urgences cardiologiques et neuro-vasculaires**, en particulier les Unités de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) et Neuro-vasculaires (USINV), sous la supervision des Agences Régionales de Santé (ARS).
- Mettre en **adéquation le nombre de spécialistes cardio-vasculaires et neurovasculaires** formés par an avec les besoins de la population.
- Accélérer les **délégations de tâches vers les autres professionnels de santé, en particulier les Infirmiers en Pratique Avancée** (IPA) spécialisés en cardiologie pour le suivi des patients chroniques.
- Développer la **réadaptation cardio-vasculaire** pour un accès facilité à tous les patients, en exigeant le recours à celle-ci comme un critère de qualité de prise en charge.
- Lever les **freins administratifs et financiers** qui limitent le déploiement de l'imagerie cardio-vasculaire (IRM, scanner) à la hauteur des besoins.

3

L'ACCOMPAGNEMENT DES POPULATIONS VULNÉRABLES

- Développer des **parcours « aller vers »** pour les personnes à faible revenu ou en situation de précarité.
- Systématiser les **filières de cardio-oncologie** sur tout le territoire pour le suivi cardio-vasculaire des patients atteints ou guéris de cancer.

4

L'EXCELLENCE, LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

- Créer un guichet unique **des données de santé cardio-neuro-vasculaire** en lien avec une plateforme de données de santé pour accélérer l'intégration de l'intelligence artificielle en cardiologie et en neurologie vasculaire.
- Garantir un financement public pérenne et sanctuarisé pour la recherche clinique et translationnelle cardio-neuro-vasculaire, tant au niveau hospitalier qu'académique.
- Faciliter l'accès aux innovations permettant d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires.

Prévenir et dépister : faire de la préservation du capital de santé cardio-neuro-vasculaire une priorité nationale

Au terme du premier quart du XXI^e siècle, l'action publique doit intégrer durablement **l'impératif de prévention**, en complémentarité avec l'excellence de notre médecine curative. Il s'agit d'unir le soin et la prévention pour répondre pleinement à l'enjeu épidémiologique, tout en enrayant l'effet ciseaux observé entre la hausse tendancielle des dépenses liées aux maladies chroniques et la contrainte croissante sur les finances publiques. Sachant que 80 % des maladies cardio-neuro-vasculaires pourraient être évitées, il est aujourd'hui impératif de passer d'une prévention opportuniste et fragmentée à une véritable politique populationnelle, lisible et coordonnée.

L'urgence d'une stratégie nationale de prévention et d'une éducation à la santé

La France consacre moins de 2 % de ses dépenses de santé à la prévention. Un débat national associant les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les associations de patients doit être institué pour **instaurer un « Plan Cœur » national** en coordination avec le Plan Cœur européen *Safe Hearts* voté par le Parlement européen en décembre 2025. L'adoption de la loi visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires, représente une opportunité majeure pour l'implémentation française du plan cœur européen.

80 %

des maladies cardio-neuro-vasculaires pourraient être évitées par une prévention et un dépistage efficaces

À l'image des campagnes anglo-saxonnes *Know Your Numbers*, l'État doit engager des campagnes régulières de sensibilisation pour que chaque citoyen connaisse ses chiffres clés (tension artérielle, cholestérol, glycémie). **Cette éducation à la santé doit s'inscrire dans un continuum, de l'enfance au vieillissement**, en s'ancrant dès l'école primaire (avec la généralisation des 60 minutes d'activité physique quotidienne) pour se poursuivre jusqu'à la médecine du travail et la préparation à la retraite.

Agir efficacement sur les déterminants comportementaux et environnementaux

La prévention primaire nécessite un courage politique et des cadres protecteurs :

- Agir sur l'alimentation via deux leviers distincts. D'une part, un levier informatif et éducatif, **associant des campagnes nationales d'information et l'obligation du Nutri-Score** pour guider les choix des citoyens. D'autre part, un levier fiscal en instaurant une surtaxe sur les aliments ultra-transformés afin de financer un fonds dédié à la prévention cardio-neuro-vasculaire.
 - Environnement : reconnaître et combattre la pollution de l'air, le bruit et le réchauffement climatique comme des déterminants majeurs du risque cardio-neuro-vasculaire.
 - Une véritable éducation favorisant l'activité physique comme un acte au quotidien : rendre effectives 60 minutes d'activité physique dans les écoles, collèges et lycées, et favoriser la poursuite de l'activité sportive dans l'enseignement supérieur.
-
- Facteurs de risque : installer dès le plus jeune âge une véritable culture de la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac, alcool, sédentarité, alimentation, stress) et de leurs conséquences, par une sensibilisation structurée à chaque étape du parcours scolaire et universitaire.
 - Vaccination : promouvoir la vaccination contre les infections respiratoires aiguës (grippe, COVID, VRS, pneumocoque) chez les sujets à risque (plus de 65 ans, diabétiques, insuffisants cardiaques ou rénaux, chez les patients souffrant d'une maladie coronaire), ces infections constituant des facteurs déclenchants majeurs d'événements cardio-vasculaires aigus nécessitant des hospitalisations multiples.

Faire de la lutte contre la mort subite une cause nationale

Avec près de 50 000 arrêts cardiaques par an en France et un taux de survie stagnant entre 5 et 10 %, il est urgent de structurer une stratégie nationale. Cela exige :

- La formation obligatoire et continue aux « Gestes Qui Sauvent » tout au long de la vie (intégration dans les parcours scolaires, universitaires, professionnels, et lors du départ à la retraite ou de l'obtention du permis de conduire).
-
- La révision et la maintenance du parc des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE), en garantissant leur accessibilité réelle et en renforçant drastiquement les obligations de maintenance et de traçabilité.

Organiser un dépistage systématique aux âges clés

Le diagnostic tardif des maladies cardiaques augmente le risque de complications et diminue le bénéfice des traitements médicamenteux ou interventionnels, qui sont aussi plus lourds et coûteux. **Sur le modèle du cancer, la France doit déployer un dépistage cardio-vasculaire systématique aux âges clés** (notamment via les consultations « Mon bilan prévention »). Ce dépistage réalisé en premier lieu en médecine générale est basé sur la clinique et la biologie. Il doit notamment :

- Inclure la détection de l'hypertension, du diabète, des dyslipidémies, de l'insuffisance rénale et de l'obésité.
- Programmer un dépistage cardio-vasculaire chez les femmes lors des ruptures hormonales (grossesse, ménopause).
- Intégrer le repérage des troubles du sommeil et de la santé mentale, facteurs aggravants majeurs.

-
- Organiser un dépistage systématique des valvulopathies (maladies des valves), des troubles du rythme, de l'insuffisance cardiaque et de l'artériopathie des membres à partir de 60 ans.
 - Cibler plus spécifiquement les populations à haut risque ou négligées : les patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladie rénale, cancer), ainsi que les populations socio-économiquement défavorisées, premières victimes des inégalités de santé.

Garantir l'égalité territoriale d'accès aux soins, du quotidien à l'urgence cardio-neuro-vasculaire

La question de l'équité territoriale d'accès aux soins est un sujet non seulement médical, mais éthique et politique. La fracture commence dès le premier recours avec 12 jours d'attente, en moyenne, pour consulter un médecin généraliste – trois fois plus qu'en 2019. Elle se poursuit avec un délai moyen de **65 jours pour un cardiologue, pouvant dépasser un an dans certains départements**. Sept départements sont en outre totalement dépourvus de soins intensifs cardiologiques. À chaque maillon du parcours, ces inégalités s'accumulent et engendrent des pertes de chance inacceptables.

un patient peut attendre plus

**d'un an
pour
consulter**

un cardiologue selon son
lieu de résidence

Déployer des structures dédiées et soutenir l'auto-suivi

Le cabinet du médecin généraliste constitue le premier et le plus naturel des « *hubs* » cardio-vasculaires de proximité : c'est lui qui détecte le souffle cardiaque ou une arythmie à l'examen clinique, oriente vers le cardiologue et coordonne le suivi des facteurs de risque au quotidien. Son rôle de vigie doit être pleinement reconnu et outillé mais se heurte à une démographie médicale insuffisante. En complément, des structures dédiées de prévention cardio-vasculaire,

adossées aux maisons de santé pluriprofessionnelles et aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), doivent permettre de structurer et d'amplifier cette offre de proximité sur l'ensemble du territoire, y compris en milieu rural, via des unités mobiles. La prescription d'outils d'auto-suivi numériques certifiés et le développement de la télésurveillance pourront compléter ce dispositif en engageant durablement le patient dans son propre parcours de santé.

Optimiser le temps médical pour retrouver de la disponibilité

La médecine générale comme la cardiologie subissent une contraction du temps médical disponible par patient : la première peine à compenser les départs et ne parvient plus, dans de nombreuses régions, à prendre de nouveaux patients ; la seconde voit ses effectifs diminuer de façon tendancielle.

Face à cette raréfaction de la ressource experte, une double réponse politique est exigée.

Il est avant tout impératif d'augmenter le nombre de cardiologues, médecins vasculaires et neurologues vasculaires pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante.

En complément de ce sursaut démographique indispensable, le maintien de l'offre de soins passe par une **transformation profonde des organisations du travail.**

Il convient d'accélérer les délégations de tâches vers les professions de santé non médicales, en particulier les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) en cardiologie, notamment pour accompagner les médecins dans le suivi des maladies chroniques, mais également dans le dépistage des facteurs de risque. La structuration d'équipes de soins spécialisés doit venir en appui pour assurer le suivi des cohortes de patients chroniques. Cette réorganisation globale est indispensable pour compenser la baisse du temps médical disponible et permettre au spécialiste de se recentrer sur son cœur de métier : l'expertise diagnostique complexe et les actes interventionnels.

Restructurer les filières d'urgence et de recours

Lors d'un infarctus ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC), chaque minute compte. Le morcellement actuel de l'offre sur un même territoire s'avère dangereux et sous-optimal. Les chiffres sont alarmants : **7 départements sont totalement dépourvus d'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) et 10 départements métropolitains ne disposent pas encore d'Unité de Soins Intensifs Neurocardiovasculaires (USINV).** Une victime d'AVC sur deux n'accède pas à une USINV. Pour garantir la sécurité de tous les Français, il est impératif d'imposer un cadre national opposable pour les soins intensifs :

- Exiger une **gradation claire en trois niveaux** de ces unités, tant pour les USIC que pour les USINV, avec une implantation sur l'ensemble du territoire afin de donner les mêmes chances à tous les Français.
- Formaliser des **réseaux régionaux protocolisés** garantissant des transferts fluides et rapides entre les hôpitaux généraux et les centres experts.

7
départements

sont totalement dépourvus d'unité
de soins intensifs cardiologiques

1 victime
d'AVC sur 2

n'a pas accès à une
unité neurovasculaire

Désengorger les urgences et faire du numérique un levier d'équité

En matière d'urgences cardio-vasculaires, une règle absolue prévaut : toute douleur thoracique ou perte de fonction neurologique brutale doit faire l'objet d'un appel immédiat au 15 (SAMU) pour garantir une orientation directe vers une USIC ou une USINV. Il ne saurait y avoir de filière alternative pour l'urgence vitale. Cependant, les services d'urgences reçoivent chaque année 1,1 million de passages pour des douleurs thoraciques ou des palpitations qui, après évaluation, s'avèrent souvent non critiques. Pour désengorger les hôpitaux sans induire de perte de chance, la solution réside dans l'équipement de la médecine de ville (CPTS, Maisons de Santé) et du Service d'Accès aux Soins (SAS) en outils de téléexpertise cardiologique.

Le numérique permet aujourd'hui à un médecin de premier recours de transmettre un électrocardiogramme et d'obtenir un avis spécialisé rapide. Parallèlement, le déploiement massif de la télésurveillance (notamment dans le suivi de l'insuffisance cardiaque ou des troubles du rythme) permet d'anticiper les décompensations avant qu'elles ne requièrent une hospitalisation en urgence. Le numérique n'est plus une option, mais une nécessité absolue d'aménagement du territoire pour compenser la fracture médicale.

Résoudre le goulet d'étranglement de l'imagerie cardio-vasculaire

L'imagerie de coupe (scanners, IRM cardiaques) est devenue indispensable dans la prise en charge moderne et le diagnostic des pathologies cardio-vasculaires. Pourtant, son renouvellement et son extension sur le territoire sont aujourd'hui freinés par des contraintes comptables plutôt que cliniques. **Le déficit capacitaire en imagerie cardiaque est criant en France.** Ce manque d'équipements crée des délais d'attente inacceptables, retarde la détection précoce et pénalise les parcours de soins complexes. L'urgence est d'améliorer l'accès à l'imagerie de coupe. Plutôt que d'exiger des équipements exclusivement dédiés, il est impératif de garantir des plages d'accès aux scanners et IRM pour les indications cardiaques, calibrées selon les besoins de chaque bassin de population. Cette optimisation passe nécessairement par une collaboration renforcée et structurée entre cardiologues et radiologues.

L'État doit faciliter l'investissement des hôpitaux publics et réviser les nomenclatures pour intégrer plus rapidement les actes technologiques au bénéfice direct du patient.

Accompagner les populations à risque et les parcours spécifiques

L'universalisme de la prévention doit impérativement se doubler d'une approche ciblée et différenciée. Les maladies cardio-neuro-vasculaires frappent avec des spécificités physiologiques et sociales qu'il n'est plus possible d'ignorer. Pour être efficace, notre système de santé doit s'adapter aux vulnérabilités spécifiques de certaines populations.

Reconnaitre l'urgence cardio-vasculaire chez les femmes

Contrairement à un préjugé tenace, les maladies cardio-vasculaires ne sont pas une « maladie d'hommes ». Elles constituent la 2^e cause de mortalité chez les femmes en France, causant près de 200 décès par jour. Les symptômes, fréquemment minorés chez les femmes, sont à l'origine d'errances diagnostiques parfois fatales.

Il est urgent d'adapter le dépistage à la femme en organisant des parcours de prévention spécifiquement fléchés autour des grandes ruptures hormonales :

- Lors de la grossesse et après l'accouchement : si le dépistage pendant la grossesse est aujourd'hui bien codifié, il existe une véritable rupture de la prise en charge après l'accouchement. Il est impératif de structurer et de systématiser un suivi cardio-vasculaire et métabolique au long cours pour les femmes ayant présenté une hypertension artérielle pendant la grossesse ou un diabète gestationnel, qui constituent de véritables signaux d'alerte d'un risque cardio-vasculaire futur.
- La ménopause : moment critique où la perte de la protection hormonale s'accompagne d'une augmentation du risque cardio-vasculaire, nécessitant une évaluation systématique.
- Les femmes aux antécédents de cancer du sein restent à haut risque cardio-vasculaire et requièrent un suivi cardio-vasculaire au long cours.

près
de 200

décès par jour
chez les femmes en
France

Sécuriser les parcours face aux fragilités complexes

Les succès de la médecine moderne (survie après un cancer, baisse de la mortalité infantile) ont fait émerger de nouvelles populations chroniques complexes nécessitant des filières expertes de bout en bout :

- Cardio-oncologie : L'amélioration des traitements anticancéreux expose un nombre croissant de survivants à une toxicité cardio-vasculaire sévère. **La création et la systématisation de filières de cardio-oncologie sur tout le territoire** sont indispensables pour assurer un suivi conjoint oncologue-cardiologue.

-
- Cardiopathies congénitales et maladies héréditaires : Touchant 1 % des naissances, les enfants sauvés hier deviennent les adultes d'aujourd'hui. Ils nécessitent une transition hautement sécurisée de la pédiatrie vers des centres experts pour adultes. Parallèlement, la prise en charge des maladies héréditaires et métaboliques doit s'appuyer sur un repérage génétique en cascade au sein des familles.

Dépister les maladies silencieuses

Les maladies cardio-vasculaires ont une longue histoire silencieuse avant de se présenter avec des symptômes.

L'identification de la maladie en amont permet d'agir plus vite pour éviter ou ralentir son développement. **Le dépistage précoce chez les sujets asymptomatiques doit devenir une priorité de santé publique.** Il est impératif de systématiser le repérage

des maladies coronaires silencieuses, des valvulopathies (dont les symptômes sont trop souvent mis sur le compte du vieillissement), de la fibrillation atriale, pourvoyeuse majeure d'AVC et des artériopathies des membres, responsables de handicap voire d'amputation de membres. Détecter ces maladies en amont permet d'identifier des populations à très haut risque et d'agir avant l'accident aigu. Certaines maladies cardiaques nécessitent un recours à la génétique, avec des délais inacceptables pouvant atteindre 2 ans.

Garantir l'accès à la réadaptation cardiaque et vasculaire

Après un événement aigu ou chez les patients chroniques symptomatiques, **la réadaptation est une phase essentielle du parcours de soins, souvent associée à une éducation thérapeutique, prouvée pour réduire drastiquement la mortalité et les réhospitalisations**. Elle est particulièrement cruciale pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, de maladie coronaire ou d'artériopathie des membres inférieurs.

Pourtant, son accès reste très inégal sur le territoire. Il est urgent de garantir cet accès à tous en développant massivement l'offre de réadaptation en ambulatoire (« hors les murs »). Cette approche de proximité est indispensable pour favoriser le maintien à domicile, la reprise d'une activité physique et professionnelle adaptée et l'observance thérapeutique à long terme.

Faire de la France un pôle d'excellence cardio-neuro-vasculaire

La recherche et l'innovation sont la condition *sine qua non* pour offrir dans notre pays les meilleurs standards de soins internationaux. Elles contribuent à l'attractivité pour les professionnels de santé, et sont le garant de notre souveraineté sanitaire. Or, le constat est alarmant : la France, berceau d'un grand nombre de découvertes majeures en cardiologie, décroche aujourd'hui. **Elle ne capte plus que 5 % des essais cliniques mondiaux**, et la cardiologie ne bénéficie que de **5 % des financements publics alloués à la recherche médicale** (soit 1 € par habitant en France, contre 8 € au Royaume-Uni). Il est urgent d'inverser cette tendance.

Sanctuariser la recherche fondamentale, translationnelle et clinique

Le modèle de financement actuel contraint les établissements à assurer l'exploitation quotidienne au détriment de l'investissement dans des initiatives cliniques prometteuses. Pour maintenir la France au meilleur niveau mondial, il faut :

- Créer un Programme Hospitalier de Recherche Clinique dédié à la cardiologie (PHRC-Cœur), sur le modèle du PHRC-K (Cancer). Il est indispensable de sanctuariser des financements spécifiques dédiés à l'innovation et à la recherche clinique cardio-vasculaire au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La création d'un PHRC-Cœur ou de tout autre mécanisme de financement public dédié et pérenne, permettrait de rattraper le retard français, de financer des études de grande ampleur et de structurer des programmes de recherche ambitieux à long terme, à la hauteur du premier défi sanitaire du pays.
- Garantir un financement public, indépendant et pérenne pour les grands registres nationaux (tels que les registres France-TAVI et Fast-MI et Frenchie), indispensables pour l'évaluation des pratiques.
- Munir la communauté médicale et scientifique d'outils pour simplifier la recherche clinique.
- Simplifier les démarches administratives et réglementaires qui compromettent la participation des équipes françaises aux registres et essais cliniques internationaux. Certaines étapes spécifiquement françaises créent aujourd'hui un désavantage compétitif par rapport aux autres pays européens.

Simplifier l'accès à l'innovation thérapeutique et aux dispositifs médicaux

La lourdeur réglementaire et administrative française fait fuir les industriels et les start-ups. Les dispositifs d'accès dérogatoire, censés accélérer l'accès des patients à l'innovation, se révèlent être un échec en pratique. Comme l'ont souligné les récentes auditions sénatoriales de mai 2026, le bilan de la Prise en Charge Transitoire (PECT) est très décevant : **entre 2022 et 2026, sur 19 dispositifs médicaux évalués, un seul a finalement obtenu un remboursement définitif.**

Le constat est similaire pour la Prise en Charge Anticipée Numérique (PECAN). Ces échecs s'expliquent par des critères d'éligibilité trop complexes et un décalage avec les décisions tarifaires. Il faut impérativement simplifier ces procédures, réduire les délais d'évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et s'appuyer sur le nouveau dispositif européen Fast-EU pour réduire de moitié les délais d'inclusion des patients dans les essais cliniques et redonner à la France son attractivité et sa compétitivité.

La donnée et l'IA : les nouveaux leviers de la décision médicale

L'exploitation massive des données de santé (données de vie réelle) constitue le socle de la recherche de demain. La France dispose d'un écosystème de start-ups en Intelligence Artificielle (IA) très dynamique (analyse d'imagerie, jumeaux numériques, téléadaptation). Pour transformer l'essai, il est urgent de **créer un guichet unique de la donnée cardio-vasculaire, en s'appuyant sur la mise en réseau et le renforcement des Entrepôts de Données de Santé (EDS) des CHU.**

Couplés à une IA maîtrisée et éthique, ces outils permettront d'améliorer le diagnostic, de hiérarchiser les urgences, de surveiller l'évolution des pathologies chroniques et d'affiner la recherche translationnelle, à condition de leur offrir un cadre réglementaire agile et un modèle économique viable. En libérant ces énergies et en investissant massivement dans ces technologies d'avenir, la France a toutes les cartes en main pour redevenir une nation pionnière de la santé cardio-vasculaire de demain.

Évaluer les pratiques pour garantir la pertinence des soins et dégager des pistes d'économies

La mise en œuvre de ces propositions nécessite une évaluation rigoureuse des pratiques médicales. L'analyse des données du **Système National des Données de Santé (SNDS)** et le déploiement de **registres dédiés** permettront de mesurer l'impact réel des actions menées. Cette démarche d'évaluation continue est indispensable pour

promouvoir la **pertinence des soins**, optimiser les parcours patients et dégager des **pistes d'économies** capables de compenser les investissements initiaux requis par ce plan.



Agissons pour la santé de tous

Ce Livre Blanc veut démontrer une chose simple : face aux maladies cardio-neuro-vasculaires, la France ne manque ni de connaissances, ni de compétences, ni de solutions – elle manque d'une politique à la hauteur de ce qu'elle sait. Les mesures rassemblées ici ne sont ni théoriques ni inaccessibles : dépister aux âges clés, garantir à chaque territoire l'accès aux soins de recours, accompagner les populations que le système oublie trop souvent, redonner à la recherche et à l'innovation les moyens de l'excellence. Chacune d'elles a fait ses preuves, en France ou ailleurs. Leur réunion, au sein d'une stratégie nationale dotée d'une gouvernance claire, de financements pérennes et d'objectifs mesurés, peut changer durablement la trajectoire de santé de notre pays.

C'est cette trajectoire que l'Alliance Cap Cœur appelle à construire. Une France où chaque citoyen connaît ses chiffres et où la prévention n'est plus l'exception mais la règle ; où le lieu de naissance ne détermine plus les chances d'être soigné à temps ; où les femmes, les plus précaires et les plus fragiles ne sont plus les oubliés du parcours de soins ; où la médecine de demain – données, intelligence artificielle, thérapies innovantes – se développe et s'évalue chez nous, au bénéfice de nos patients. Cette France n'est pas une utopie : elle est à portée de décisions.

Le Plan Cœur européen a ouvert la voie, la loi de juillet 2026 a fixé le cap. Il revient maintenant aux pouvoirs publics de tenir le rythme : traduire la stratégie en programmes, les programmes en actes, les actes en résultats. Sociétés savantes, professionnels de santé, associations de patients : l'Alliance Cap Cœur y prendra toute sa part, pour accompagner la mise en œuvre, alerter lorsqu'il le faudra, et valoriser les progrès accomplis.

Agir maintenant, c'est offrir à des millions de Français des années de vie en bonne santé. C'est aussi laisser aux générations qui viendront un système capable de préserver ce que nous avons de plus précieux : le capital santé de chacun, partout sur le territoire. **C'est ensemble, et dès aujourd'hui, que s'écrit la suite.**