

La préhistoire de la Cardiologie en Dordogne 1950 - 1976



P. MULLON

Pierre MULLON (Périgueux)

Il est tentant de raconter, à l'heure de Lascaux 4, la préhistoire de la cardiologie en Dordogne.

Ce n'est qu'en 1976 que fut aménagé à Périgueux un vrai service de cardiologie. Il fallut 26 ans de patiente diplomatie et trois grandes époques pour y arriver.

Le paléolithique 1950 - 1964

En 1950, un médecin ayant fait 3 ans de stage actif chez Jean Lenègre à Boucicaud s'installe à Périgueux comme cardiologue. Il apporte l'actualité, on lui ferme les portes de l'hôpital et il doit se contenter de faire de la médecine de consultant sans avoir un endroit où hospitaliser ses malades.

En 1958 arrive, venant de Bordeaux, un ancien chef de clinique cardiologique.

Difficilement, il obtient la création d'un poste d'assistant de médecine générale affecté aux deux services hommes et femmes mais la commission médicale met le seul appareil d'ECG à enregistrement photographique au service de radiologie et il faut parfois prendre une semaine à l'avance les rendez-vous.

Il faut 1 an pour obtenir un ECG à enregistrement papier et l'affecter aux services de médecine.

Le recrutement des cardiaques est faible. Toute la pathologie coronarienne est exclue.

L'angor relève de la consultation chez le cardiologue, l'infarctus est traité à domicile.

Les pathologies hospitalisées sont surtout :

- des insuffisances cardiaques en fin de vie.
- des hypertensions artérielles graves avec troubles neurologiques. Il n'y a pas de service de neurologie.
- des cardiopathies congénitales décompensées, il y en a encore beaucoup et on en opère peu.
- des endocardites, le Bouillaud existe encore et est traité au salicylate.
- des péricardites.
- des artériopathies périphériques. Il y a très peu de possibilités thérapeutiques.
- des troubles du rythme :
- des fibrillations auriculaires.

On essaye de les réduire à la quinidine à doses croissantes avec parfois des embolies de régularisation même si les anticoagulants existent.

- des tachycardies ventriculaires relèvent du pronestyl.
- les B.A.V. sont traités à doses croissantes d'éphédrine, dans les cas extrêmes par perfusion d'adrénaline.

- le tout sans scope, avec un ECG au mieux quotidien lu soit par l'interne du service soit par l'interne de garde. Inutile

de dire, que cette surveillance n'est pas sans poser problème et que toute thérapeutique poussée entraîne un risque certain parfois difficile à évaluer correctement.

Il n'y a pas de cardiologue dans les sous-préfectures Sarlat et Bergerac et l'hôpital de Périgueux draine tout le département. Ce n'est pas une raison suffisante pour que la tutelle s'émeuve d'une telle situation car les efforts sont orientés surtout sur la construction des CHU.

En fait la cardiologie se réalise principalement à domicile par la venue du cardiologue sur appel du médecin traitant. Ce mode d'exercice se développe pour plusieurs raisons :

- l'hôpital a mauvaise réputation pour un public mal informé et redoutant la mort en dehors de chez soi.

- l'assurance agricole créée fin des années 50, pour les exploitants tarde à se développer dans ce département rural.

- les moyens de transports sont rares. Peu d'ambulances, le SMUR n'existe pas et, parfois, devant un problème urgent, il arrive aux cardiologues de ramener eux-mêmes, dans leur voiture, le malade en état de détresse à l'hôpital.

La consultation à l'extérieur a ses rites. Elle se passe le soir souvent jusqu'à 80 kilomètres de Périgueux avec des routes pas forcément accueillantes l'hiver (neige, verglas, brouillard). Cela représente jusqu'à 50 000 kilomètres par an.

Le médecin traitant, en allant chez le malade, explique les motifs de la consultation.

L'examen clinique précède l'enregistrement de l'ECG parfois difficile car on ne trouve pas toujours de bonne prise de terre. Il a même fallu, un jour, apporter une rallonge de 100 mètres pour une consultation dans une maison sans électricité.

On se retire pour discuter du cas clinique, de la conduite à tenir, du pronostic et des honoraires toujours modestes.

Devant la famille et le malade, on donne les conclusions :

- soit on a fait un diagnostic grâce à l'ECG ; dans la grande majorité des cas il amène simplement un complément utile à celui du médecin dont les compétences cliniques sont remarquables.

- soit on apporte un soutien pour décider une hospitalisation devant une famille réticente.

- soit on élabore un pronostic sévère qu'on ne peut révéler qu'à la famille.

Parfois, dans certains villages, le consultant dès sa sortie de la maison du patient doit faire « conférence de presse » en respectant le secret professionnel. Bel exercice de style.

Cette activité, aussi intéressante que pénible, est profitable autant au cardiologue qu'au généraliste.

Cette connaissance du terrain est inestimable mais elle ne dure que jusqu'au milieu des années 70.

Alors :

- des cardiologues se sont installés dans les sous-préfectures.

- le SMUR et les ambulances ont favorisés la mobilité des malades.

- l'assurance sociale agricole s'est beaucoup développée.

Le mésolithique 1964 - 1969

La création d'une unité autonome :

En 1964, la libération de lits dans des locaux préfabriqués, utilisés par la Faculté de Strasbourg repliée en 1939 à Périgueux, permet au seul cardiologue hospitalier de faire créer une unité de 14 lits appelée médecine convalescents, à laquelle est adjointe 60 lits à visite hebdomadaire dans un ancien préventorium à 13 kilomètres de Périgueux. Il récupère ainsi un concours de chef de service.

Ce service de convalescents comporte autant de médecine interne que de cardiologie. Il permet de jeter les premières bases d'une orientation vers cette spécialité par le début du développement de techniques complémentaires de la clinique qui jusque-là restait prépondérante :

- le début des épreuves d'effort, à visée diagnostique. Embryon de consultation externe.

- le traitement des B.A.V. la pose des pace-maker ne se fait qu'au CHU. Il n'y a pas de SMUR et c'est une des infirmières du service qui convoie le malade avec, dans l'ambulance une perfusion d'adrénaline et comme seul contrôle la prise du pouls et de la T.A.. Bordeaux est à 120 kilomètres et tout se passe bien.

- la réduction des fibrillations auriculaires par choc électrique et c'est un interne de Bordeaux qui vient nous initier à la technique.

- la surveillance monitorée de l'infarctus enfin hospitalisé, d'abord par un appareil sans scope, un simple amplificateur des bruits cardiaques, puis très rapidement avec un scope.

- les premiers phonomécanogrammes permettent d'explorer au moins mal les pathologies valvulaires.

Le service fonctionne avec un seul cardiologue temps partiel, disponible en permanence et remplacé pendant ses congés par le psychiatre du service voisin qui a reçu une solide formation clinique et assume. Pour le seconder il y a en plus un interne, une surveillante et trois infirmières.

Le tout dans des locaux inconfortables sans bureau, sans surface utilisable pour des techniques.

Ces locaux sont situés au premier étage sans ascenseur et les malades doivent être brancardés dans un escalier étroit.

Le néolithique 1968 - 1976

En 1968 se libère un demi étage de 750 mètres carrés dans le bloc médico-chirurgical. On peut y loger 60 malades, récupérer deux bureaux et un local technique de 25 mètres carrés. Le service s'appelle enfin « à orientation cardiologique ».

L'équipe s'est étoffée il y a 4 cardiologues temps partiel, deux internes et une dizaine d'infirmières. Un cardiologue est entraîné à la montée des sondes dans les cavités droites. Dans la clinique voisine l'arrivée d'un chirurgien cardio-vasculaire permet la pose des pace-maker ce qui simplifie considérablement le problème.

Au plan technique :

- l'augmentation des moniteurs permet une meilleure surveillance mais comme il n'y a pas de poste central on les met dans les couloirs reliés au malade.

- le développement des épreuves d'effort à visée diagnostique. La doctrine du repos absolu des infarctus a fait place à la réadaptation à l'effort. La mise en place de la technique est très progressive car il faut du temps pour changer les mentalités.

- le début de l'échocardiographie qui supprime les techniques antérieures. Un des médecins part se former à l'hôpital Percy de Clamart chez le docteur Pernot.

- l'ouverture à Brantôme, d'un centre de convalescence pour cardiaques permettant en période de surchauffe des entrées d'envoyer les moins malades dans ce centre, où ils sont surveillés par le généraliste local et une fois par semaine par un cardiologue du service.

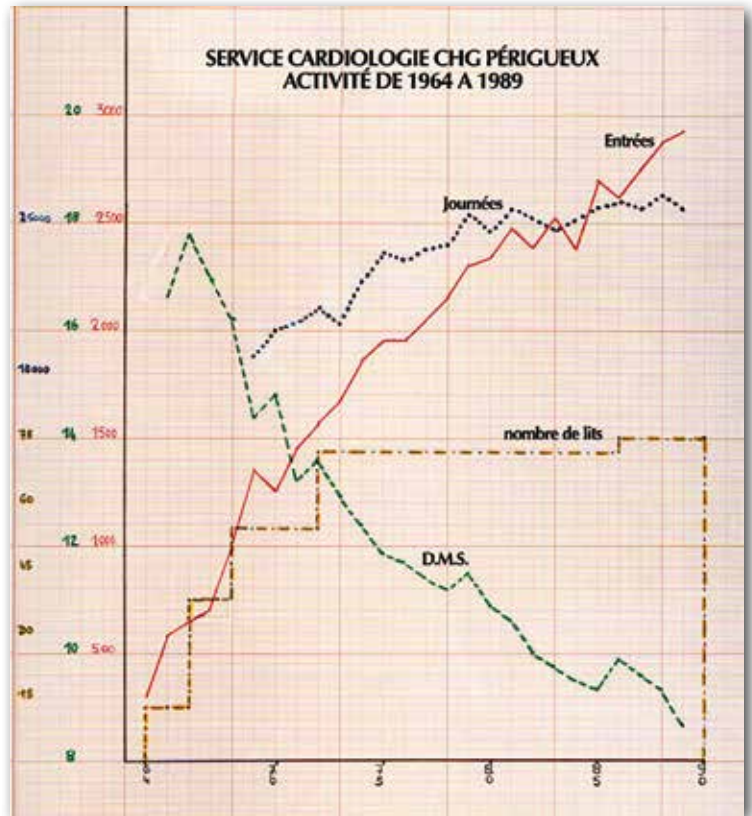
Les résultats de cette organisation du service est :

- un accroissement considérable des malades cardiaques hospitalisés avec une diversification des pathologies cardiovasculaires.

- une diminution des pathologies non cardiaques.

- un accroissement du recrutement avec une sur-occupation permanente des lits et la nécessité fréquente d'ajouter des lits d'appoints parfois dans le couloir. Toujours le personnel soignant fait face.

- (tableau)



Tableau

Cela amène à savoir comment, dans des circonstances difficiles (les réactions de l'administration ne s'adaptant pas toujours facilement à l'accroissement du nombre des entrées et du développement des techniques), il est possible de faire face.

Le recrutement des malades suit une pente très ascendante et amène un nombre accru d'urgences. Les médecins temps partiels passent leurs matinées à l'hôpital souvent occupés à des actes techniques. L'un d'eux vient le soir après sa consultation voir les entrées avec l'interne.

Ils sont disponibles pour les appels nocturnes. Les internes ne restent que 6 mois sans orientation de spécialité. Il n'y a qu'un interne de garde pour tout l'hôpital.

Le problème du personnel

Le problème est de pouvoir faire participer le personnel para-médical aux actions médicales. Le seul moyen d'agir vite devant une urgence et en l'absence de médecin est de confier aux infirmières des tâches médicales, pour ce faire il faut les former :

- on les oblige à écrire une interprétation personnelle à chaque prise d'ECG. Cette interprétation est analysée et corrigée lors de la visite du matin.

- on leur fait des cours :
 - d'électrocardiographie,
 - de réanimation d'urgence,
 - au bout d'un certain temps de formation et encadrée par les plus anciennes, une infirmière est capable d'assurer les premiers gestes utiles de réanimation.

Il est absolument essentiel aux médecins de pouvoir confier cette mission aux infirmières.

Il faut s'adapter aux circonstances et les gérer au moins mal dans le cadre d'une carence de moyen.

C'est aussi un argument fort pour demander aux tutelles ces moyens. Malheureusement, ils ont parfois une certaine surdité et sélective.

Ils sont nombreux les malades qui doivent leur survie à cette participation active du personnel infirmier aux actes d'urgence normalement réservés aux médecins. Nous n'avons jamais eu de regret d'avoir pratiqué cette politique.

L'histoire

En 1976 la construction d'un V240 pour moyen et long séjour dans un parc à 6 kilomètres de Périgueux et la nécessité d'y transférer deux services pour réaliser des travaux à l'hôpital central amène à y envoyer la cardiologie et la pneumologie, couple fonctionnel. Le service y prend sa dénomination finale de service de cardiologie, et peut bénéficier de 1400 mètres carrés dont une aile de 350 mètres carrés pour y créer un vrai service de soins intensifs et des locaux techniques importants. Le nombre de cardiologues est de six, un temps plein et six temps partiel.

On institue un temps continu, les temps partiels venant soit le matin soit l'après-midi ce qui permet de développer techniques et consultations.

Nous sommes enfin sortis de la préhistoire.

Entretien J.M. Colin, M.L. Prouillac, B Lacotte.

« Le service de médecine à orientation cardiologique du Centre Hospitalier de Périgueux. Bilan et Prospective » François Marquet - Bordeaux 1973. Thèse n°133.

« Altéré de l'oubli de ce monde ignoré » P. Mullon 2006.