

Une nouvelle fois, plus de 300 praticiens ont participé à ces assises. Les ateliers, les réunions des groupes de réflexions et la séance de communications affichées ont connu un vif succès.

1. La vie de nos services 1

La première session de la vie de nos services consacrée au thème : « comment je fonctionne » nous a permis de recueillir le témoignage de collègues.

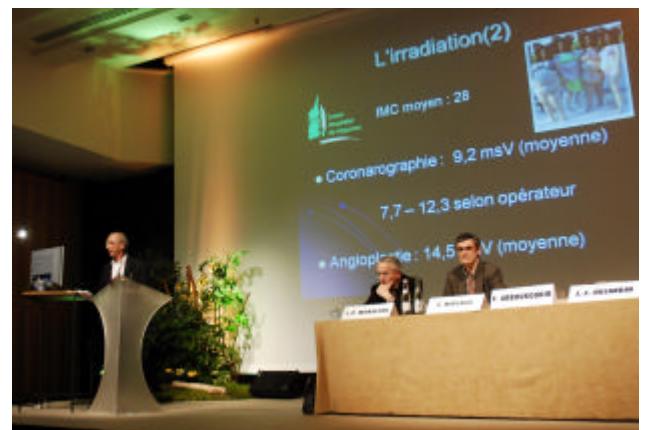
F Aboukhoudir d'Avignon a développé une expertise sur la gestion du risque coronarien au cours et au décours d'une intervention chirurgicale non cardiaque. Le risque sera estimé par stratification clinique et il propose une échocardiographie sous Dobutamine aux patients les plus à risque (1 500 Echo de stress par an, dont 175 en préopératoire au CH d'Avignon). Si l'écho de stress montre un nouveau trouble de la contractilité au stress dans plus de 4 segments sur 16 ou si elle est positive pour une fréquence cardiaque inférieure à 70 % de la FMT, il propose une coronarographie. Le résultat de la coronarographie est de plus en plus difficile à gérer compte tenu du risque sûrement parfois plus important d'une thrombose de stent que de la thrombose d'une sténose respectée. Le patient sera mis sous beta-bloqueur et sous statines avec une surveillance rigoureuse de la FC (même si l'effet protecteur des beta-bloqueurs a été remis en cause dans une méta-analyse du 11 novembre 2008 dans le Lancet). Le risque d'infarctus est aussi important en post-opératoire qu'en peri-opératoire et une surveillance post opératoire rigoureuse est nécessaire avec éventuelle hospitalisation à l'USIC.



Drs F.ABOUKHOUDIR, Avignon – J. P. MONASSIER, Mulhouse – X. MARCAGGI, Vichy

JJ Dujardin nous a présenté l'unité d'éducation des maladies chroniques créée en 2003 dans son hôpital. Dans cette unité transversale travaille entre autre 3 ETP d'IDE expertes en éducation et 0,8 ETP PH. Ils éduquent, entre autre, les diabétiques, les asthmatiques, les hémodialysés, les insuffisants cardiaques, les hypertendus et les patients à risque

cardio-vasculaire. Les méthodes sont communes à toutes les spécialités. Le manque de rentabilité financière de cette structure inquiète l'équipe qui compte bien la pérenniser (Pas de MIGAC et Coût de structure de 460 000 Euros par an pour des recettes T2A mesurées à 33 000 Euros...). Le rapport Saout discuté actuellement à l'assemblée nationale devrait aboutir à un projet de loi encourageant l'éducation des maladies chronique à l'hôpital. Les CHG doivent réaliser qu'une fenêtre budgétaire devrait rapidement s'ouvrir. Il faudra profiter de l'opportunité. Un appel à projet a déjà été diffusé. Il est en ligne sur le site du CNCHG (www.cardio-sfc.org/cnchg/rubrique-2).



Drs M. HANSEN, Haguenau – J. P. MONASSIER, Mulhouse – X. MARCAGGI, Vichy

Les interventionnels partisans de la voie radiale et ceux de la voie fémorale se sont affrontés dans une ambiance confraternelle mais sans concession. M Hanssen nous a rappelé l'utilisation très « Française » de la voie radiale (50 % des procédures en France contre 1 % aux USA et 15 % dans le reste de l'Europe).

L Boulain rapportait l'expérience d'Aix-en-Provence ou en quelques années, ils sont passés du « tout fémoral » à 75 % de l'utilisation de voie radiale. Les orateurs s'entendaient sur l'intérêt de la voie radiale en angioplastie primaire.



Dr L. BOULAIN, Aix-en-Provence

2. Etude BEAUTIFUL



Pr M. DANCHIN, Paris

N Danchin nous a rapporté les résultats de l'étude BEAUTIFUL (Lancet. 2008; 372 : 807-16).

Plus de 11 000 coronariens (avec FEVG inférieure à 40 %) étaient randomisés entre Ivabradine (10 à 15 mg par jours) et Placebo.

Les patients avaient un traitement optimal avec en particulier 87 % de beta-bloqueurs. Une analyse en sous groupe (FC moyenne > 70/mn ou < 70/mn) était prévue avant de réaliser l'étude. Le premier résultat est que dans le groupe placebo, la FC de repos était un marqueur de risque important avec une mortalité totale significativement supérieure dans le groupe des patients avec une FC supérieure à 70/mn par rapport au groupe des patients avec une FC inférieure.

L'étude est neutre sur le critère de jugement principal composite (mortalité + IDM + Hospitalisation pour insuffisance cardiaque) avec un suivi moyen de 19 mois. Les patients avec une FC supérieure à 70 (la moitié de la cohorte) avaient cependant un risque d'infarctus significativement diminué par l'Ivabradine.

3. Controverse : Conséquences du rapport LARCHER, pour ou contre ?

Le rapport LARCHER a été présenté. Il s'agit d'un projet de loi discuté à l'assemblée nationale. Il propose un rôle renforcé du directeur de l'établissement qui nomme les membres du directoire. Le directoire a uniquement un rôle consultatif : « Il conseille le directeur et le seconde dans la mise en œuvre des décisions ». Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance medico-administratif qui « ne donne plus d'avis sur les nominations, sur l'EPRD, ni sur les CPOM ou contrats de coopération ». Les médecins et chefs de pôle sont nommés par le directeur.



Dr J. P. MONASSIER, Mulhouse



Dr G. HANANIA, Aulnay-sous-Bois - Modérateur

Il est considéré en « véritable patron » dans ce projet de loi. Le salaire des médecins a une part variable dépendant de négociations et d'objectifs fixés. Des sanctions financières pourront être appliquées à ceux qui ne respectent pas les dispositions réglementaires (PMSI). JP Monassier dans un réquisitoire remarquable et documenté, dénonce ce projet de loi qui donne au directeur tous les pouvoirs. Ce projet de loi très administratif ne laisse aucune place au raisonnement médical et soumet les médecins à un rôle d'ingénieur (technicien ?) de santé.

Le Bureau du CNCHG
Le 19/12/08