Réalisé avec la collaboration du laboratoire BAYER

# Echanges

## Patients... Cœur, Veines et Artères®

Juin 2020 n° 13

Pôle Cardiovasculaire - Centre Hospitalier ANnecy GEnevois (CHANGE) - Annecy

Drs Loic Belle, Lionel Mangin et Antoine Dompnier, *Cardiologues et Responsables du Pôle*

# « Au cœur de l'arc alpin : maintenir un équilibre dans nos différents modes de fonctionnement »

**Pour répondre aux besoins actuels des patients, et surtout à la très forte augmentation d'activité attendue sur le territoire du GHT[1] Haute-Savoie Pays de Gex dans les 10 à 20 prochaines années, le pôle Cardiovasculaire du CHANGE doit s'adapter et s'organiser. Cette évolution va s'effectuer notamment pour les actes de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle.**

Le CHANGE est une structure hospitalière importante, au sein d'un territoire dont la progression démographique est doublée par rapport à la progression nationale. Or, cette particularité démographique ne sera pas sans répercussions sur l'activité du Pôle Cardiovasculaire. « En effet, dans notre bassin de santé qui comporte 1 million d'habitants aujourd'hui, les affections cardio-vasculaires vont connaître une croissance de 27 % en 2028 et de 68 % en 2038 (contre +16,1% et +37,4 % respectivement, pour la France), et ce, en raison du plus grand nombre de personnes âgées. Par ailleurs, nous devons également nous adapter à une démographie médicale défavorable », précise le Dr Belle.

### Une offre de soins complète pour le territoire, à la fois de proximité et de recours.

Dans ce contexte démographique atypique, sous le pilotage du Dr Desjoyaux, le Pôle Cardiovasculaire du CHANGE a développé ces dernières années une activité médicale et chirurgicale complète, intégrant une offre de recours pour toute la Haute-Savoie, le Pays de Gex et le Pays de Bellegarde. « La Cardiologie est une spécialité en forte progression, grace à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, et aux techniques interventionnelles de moins en moins invasives, ce qui augmente considérablement notre champ d'actions », poursuit le Dr Belle. La saturation actuelle du secteur interventionnel cardiaque a justifié que soit engagée la restructuration du plateau technique interventionnel, dans le cadre du projet « Nouveau CHANGE », à l'horizon 2022. Ce projet va comporter 2 salles interventionnelles supplémentaires, la création d'un hôpital de jour et 10 lits additionnels en hospitalisation de semaine. « Aujourd'hui, l'objectif du Pôle Cardiovasculaire est de trouver un équilibre dans quatre domaines : la prise en charge de proximité et le rôle de centre de recours, la réalisation des actes en urgence et des actes programmés, la collaboration public-privé (formalisée par des Groupements de Coopération Sanitaire ou GCS), et l'équilibre entre les différents hôpitaux », explique le Dr Belle.

### Une organisation particulière et enviée au niveau national

En pratique, l'activité du Pôle Cardiovasculaire du CHANGE est répartie sur deux sites, Annecy et Saint-Julien, avec une complémentarité pour les activités interventionnelles, de chirurgie (réalisées sur le site d'Annecy), et la réadaptation cardiaque (proposée sur le site de Saint-Julien). « Notre collaboration avec les cardiologues libéraux depuis 30 ans, a permis de développer un GCS au sein de l'hôpital pour la cardiologie interventionnelle, et un autre, pour la chirurgie cardiaque. Les spécialistes du privé ont ainsi la possibilité de participer à la prise en charge des patients du CHANGE, tout en bénéficiant du plateau technique », explique le Dr Dompnier.

Par ailleurs, le Pôle Cardiovasculaire fait partie du RESeau des URgences CORonaires (RESURCOR), une filière historique du RENAU[2], qui organise depuis plus de 15 ans la prise en charge des urgences coronaires (et par extension, des urgences rythmologiques). « Ainsi, les cardiologues, angioplasticiens et médecins urgentistes du réseau, ont établi des procédures visant à homogénéiser les pratiques dans la gestion des urgences cardiaques, du pré-hospitalier au service d'accueil des urgences », précise le Dr Mangin. Enfin, la recherche médicale est une opportunité de créer un terrain d'échanges avec les autres centres français, grace à la participation aux travaux de recherche mais également à la proposition de protocoles. « Par exemple, nous sommes à l'initiative de l'étude randomisée MIMI (Minimal Intervention for Myocardial Infarction) en cardiologie interventionnelle et de l'étude STIM-TAVI (STIMulation cardiaque et TAVI[3]) en rythmologie, sur l'évolution des troubles conductifs atrio-ventriculaires après un TAVI », conclut le Dr Belle.

*(1) GHT = Groupement Hospitalier de Territoire. Le GHT Haute-Savoie Pays de Gex est composé de trois établissements très complémentaires : le CH Annecy Genevois (répartis sur les deux sites d'Annecy et de Saint-Julien), le CH Gabriel Deplante de Rumilly et le CH du Pays de Gex (répartis sur les deux sites de Gex et de Divonne).*
*(2) RENAU = REseau Nord Alpin des Urgences*
*(3) TAVI = Transcatheter Aortic Valve Implantation ou en français, Implantation de valve aortique par voie percutanée.*

### Le Pôle Cardiovasculaire en chiffres

**Capacité d'accueil :**
- 64 lits d'hospitalisation complète
- 10 lits d'hospitalisation de semaine
- 32 lits de soins intensifs ou continus
- 14 lits de réadaptation cardiaque
- 10 places de rééducation ambulatoire

**Moyens humains :**
- **Equipe médicale :**
  - Cardiologie clinique Annecy : 4 praticiens et 6 assistants spécialistes
  - Cardiologie clinique et réadaptation St Julien : 6 praticiens
  - Médecine vasculaire : 4 praticiens et 1 assistant
  - Hémodynamique : 2 praticiens publics, 2 praticiens libéraux, 2 assistants
  - Rythmologie : 4 praticiens
  - Chirurgie cardiaque : 3 praticiens et 6 anesthésistes
  - Echographie : 2 praticiens
- **Equipe soignante :**
  - 1 cadre supérieure
  - 5 cadres de santé
  - 103 IDE
  - 59 AS et ASH
  - 3 IRC (infirmière de recherche clinique)
  - 1 TEC (technicienne d'étude clinique)
  - 17 secrétaires médicales (Equipe administrative)
- **Activité clinique en 2019 :**
  - 7 000 consultations externes
  - 10 000 hospitalisations dont 1 800 en USIC
  - 21 000 explorations fonctionnelles de cardiologie et vasculaires
  - 3 500 coronarographies
  - 1 500 angioplasties coronaires
  - 122 défibrillateurs et 330 stimulateurs implantés
  - 530 actes de rythmologie interventionnelle
  - 700 défibrillateurs suivis en télémédecine
  - 650 chirurgies avec CEC
  - 330 patients réadaptés

Dr Henri Bonnet, *Cardiologue libéral* - Marie-Paule Blanc, *Cadre supérieure du Pôle Cardiovasculaire* - Dr Emmanuel Desjoyaux, *Cardiologue hospitalier*

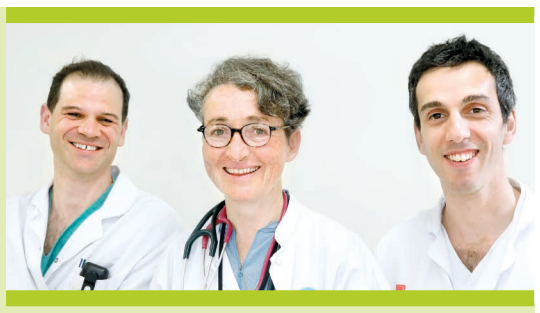
# Une collaboration visionnaire et aujourd'hui très enviée

**Depuis près de 30 ans, les cardiologues du privé et du public travaillent main dans la main pour assurer une prise en charge homogène des patients de la région.**

Tout a commencé dans les années 1990 avec la mise en place de consultations privées au CHANGE et le développement de la coronarographie. « Avec le Dr Bonnet, nous étions les seuls médecins à maîtriser cette technique et nous avons décidé d'unir nos forces et de travailler ensemble ! », explique le Dr Desjoyaux. Il s'agit avant tout d'une aventure humaine qui s'est finalement formalisée par l'élaboration d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en 2001, avec l'arrivée de la technique d'angioplastie au CHANGE. « Nous avons été le deuxième centre français à établir ce cadre juridique, afin de mutualiser les moyens humains et techniques dans le cadre de l'angioplastie. Nous avons d'emblée soumis un dossier commun public-privé qui illustrait parfaitement notre collaboration, ce qui a été salué par la Tutelle », poursuit-il. « Cela nous a permis de démarrer rapidement cette activité et de pouvoir la proposer à de nombreux patients présentant notamment un infarctus du myocarde (IDM), mais qui étaient trop éloignés du CHU de Lyon. Nous avons d'ailleurs créé le premier réseau en Rhône-Alpes pour la prise en charge mixte privée/publique des patients coronariens », précise le Dr Bonnet.

### Un fort engagement du personnel pour répondre à l'activité croissante

Devant le succès de ce premier GCS, cette collaboration s'est par la suite étendue à la rythmologie interventionnelle (ablations complexes et mises en place des défibrillateurs), puis à la chirurgie cardiaque en 2010. « Pour faire face à cette activité croissante, il est important d'articuler les prises en charge privées et publiques au sein de l'établissement, sans aucune différence, afin de garantir la bonne fluidité du parcours de soins des patients », explique Marie-Paule Blanc. Cette association privée/publique a favorisé la bonne réputation du CHANGE. Aujourd'hui l'enjeu consiste à pérenniser ce fonctionnement, qui repose avant tout sur des liens humains, au sein du projet d'extension de l'établissement.



Dr Sébastien Gerelli, *Chirurgien Cardiaque adulte et pédiatrique*
Drs Emmanuelle Vialle et Benjamin Richard, *Cardiologues et Cardio-pédiatres*

# Un travail en réseau essentiel à toutes les étapes de la prise en charge

**La prise en charge des cardiopathies congénitales se déroule aujourd'hui de la période anténatale à l'âge adulte (pour 90 % des malformations congénitales), ce qui illustre les progrès réalisés ces vingt dernières années, notamment en chirurgie cardiaque et en cardiologie interventionnelle.**

### Comment s'organise cette prise en charge au CHANGE ?

**Dr Vialle :** Tout d'abord, le maillage régional est très important et nous travaillons en lien étroit avec les obstétriciens, les médecins généralistes et les pédiatres. En fonction de la pathologie, notre rôle est d'identifier les enfants pouvant naître et bénéficier d'une prise en charge immédiate à Annecy.
**Dr Richard :** Le diagnostic anténatal est réalisé en partenariat avec le centre de Grenoble (une réunion/mois), mais en ce qui concerne la chirurgie cardiaque pédiatrique, nous orientons nos patients à Lyon, voire à Paris pour les cas très complexes.

### Quel est le suivi des patients à l'âge adulte ?

**Dr Richard :** Le suivi est le plus souvent annuel, mais il doit être adapté en fonction de la pathologie (examen clinique, échographie cardiaque, épreuves d'effort, holter ECG…). L'enjeu est de bien gérer la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, afin d'éviter les pertes de vue. Cette transition est facilitée au CHANGE, car les cardiologues adultes suivent également les enfants !
**Dr Gerelli :** Des complications (comme un rétrécissement progressif de la voie droite) peuvent survenir à l'âge adulte et nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale.
**Dr Vialle :** Avec l'augmentation de l'espérance de vie des patients, le suivi des cardiopathies congénitales s'entremêle avec la prise en charge des cardiopathies acquises, qui peuvent être alors plus complexes.
**Dr Gerelli :** Aujourd'hui, l'enjeu de la cardiologie congénitale est de trouver des solutions thérapeutiques pour les pathologies complexes (sans prise en charge curative), afin d'améliorer le pronostic au-delà de 35-40 ans.

Carole Metral, *Technicienne de recherche clinique* - Yolande Galassi, *Infirmière de recherche clinique* - Dr Pierre Frey, *Cardiologue et Rythmologue* - Hend Madiot, *Infirmière de recherche clinique* Julia Vonner, *Infirmière d'éducation thérapeutique* - Chantal Forestier, *Infirmière de recherche clinique* Dr Loïc Belle, *Cardiologue* - Aline Perrissin-Fabert, *Infirmière d'éducation thérapeutique*

# Promouvoir la recherche clinique et l'éducation thérapeutique

**La recherche clinique menée dans le service permet non seulement aux patients de pouvoir bénéficier de traitements de pointe, mais également aux médecins d'échanger avec les autres centres français. Les soignants ont une activité de plus en plus spécifique qui se développe, tant en recherche qu'en éducation thérapeutique.**

### Pouvez-vous nous présenter votre activité de recherche clinique ?

**Dr Belle :** Afin de promouvoir notre recherche en Cardiologie au sein d'un environnement transversal, nous avons créé l'association ALPIN-ARC (Association de Recherche en Cardiologie), qui travaille en étroite collaboration avec la DRCI-CRC[1] de l'établissement.
**Mme Madiot :** En pratique, nous participons à tous types d'essais cliniques : observationnels, interventionnels ou de soins courants, industriels ou académiques, programmes hospitaliers de recherche clinique.

### Vous êtes également à l'initiative d'études multicentriques… Pouvez-vous nous en dire plus ?

**Dr Belle :** Nous avons initié l'étude randomisée MIMI (Minimal Intervention for Myocardial Infarction), qui testait la supériorité de différer l'implantation du stent coronaire (de 1 à 2 jours), chez 156 patients (13 centres), en angioplastie primaire[2]. Cette étude a ouvert la porte à d'autres études réalisées au Canada, au Danemark et en Corée.
**Dr Frey :** L'étude nationale multicentrique (19 centres français) prospective STIM-TAVI (STIMulation cardiaque et TAVI[3]), menée par le Dr Irles, a décrit l'évolution des troubles conductifs atrio-ventriculaires pendant 1 an après un TAVI, chez 275 patients (en cours de publication). Enfin, nous menons actuellement une étude pilote monocentrique, en collaboration avec les cancérologues, afin d'évaluer la réaction des pacemakers et des stimulateurs soumis à la radiothérapie (suivi de 100 patients).

*(1) DRCI-CRC = Délégation à la Recherche Clinique et l'Innovation – Centre de Recherche Clinique*
*(2) Belle L et al. Comparison of Immediate With Delayed Stenting Using the Minimalist Immediate Mechanical Intervention Approach in Acute ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: The MIMI Study. Circ Cardiovasc Interv. 2016;9:e003388.*
*(3) TAVI = Transcatheter Aortic Valve Implantation ou en français, Implantation de valve aortique par voie percutanée*

### La recherche clinique en chiffres

- **Equipe dédiée**
  - 3 infirmières de recherche clinique
  - 1 technicienne d'étude clinique
- **Activité**
  - 18 essais en cours
  - 577 patients inclus en 2019

### Education thérapeutique des patients atteints de maladies cardio-vasculaires

*(Aline Perrissin-Fabert et Julia Vonner – Infirmières d'éducation thérapeutique)*
Depuis 2004, un programme d'ETP ambulatoire, (ou suivi au cours de l'hospitalisation), est proposé aux patients atteints de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, sous anticoagulant et aux patients porteurs d'un défibrillateur. Sous la forme d'un parcours éducatif collectif et/ou individualisé, les séances (par demi-journées sur 2 semaines), permettent d'aborder de nombreux thèmes : les différentes pathologies concernées, le traitement anticoagulant, le défibrillateur automatique, les gestes qui sauvent, le tabac, le stress. A l'issue du programme, un suivi peut être réalisé à 3 mois : appel téléphonique et envoi d'un questionnaire d'évaluation. Près de 400 patients ont pu bénéficier d'un bilan éducatif en 2019 et 130 d'un suivi complet !

Marie-Paule Blanc, *Cadre supérieure du Pôle Cardiovasculaire*
Dr Benjamin Richard, *PH en Cardiologie et Responsable de l'USIC et de l'USCC*
Saba Jegoux, *Cadre de Santé*

# Un parcours de soins coordonné et sécurisé

**Au CHANGE, le patient en urgence cardiologique est pris en charge par des équipes médicales et paramédicales, dynamiques et motivées. Cette démarche permet de garantir une parfaite maîtrise des risques.**

L'USIC (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie) a pour mission d'accueillir les urgences cardiologiques (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles du rythme sévère, embolies pulmonaires graves, hypertension artérielle compliquée, syncopes…). Cette unité travaille en relation avec le SAMU[1], les services d'accueil d'urgence et les autres services de cardiologie du territoire, dans le cadre du RESURCOR[2]. « Pour un syndrome coronarien aigu (environ 50 % des admissions), la durée moyenne de séjour est d'environ 4 à 5 jours au total. A son arrivée dans le service, le patient bénéficie d'une coronarographie (salle à proximité de l'USIC). Il est par la suite pris en charge à l'USIC, puis à l'USCC (Unité de Soins Continus en Cardiologie), avant un retour au domicile ou un passage dans le service de Cardiologie pour les patients les plus fragiles », explique le Dr Richard. « La particularité de la prise en charge réside dans la mutualisation des équipes soignantes entre les trois services, ce qui permet une continuité des soins rassurante pour les patients », poursuit Saba Jegoux.

> **A son arrivée dans le service, le patient bénéficie d'une coronarographie**

### Une forte dynamique avec le site de Saint-Julien

L'organisation du parcours de soins des patients repose également sur la bonne coopération entre les services de cardiologie d'Annecy et de Saint-Julien. « Les médecins partagent les mêmes valeurs, ce qui permet une homogénéité de la prise en charge. Au niveau de l'encadrement des équipes soignantes, nous favorisons les échanges à l'aide de formations continues communes, ou lors d'événements festifs », conclut Marie-Paule Blanc.

*(1) SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente*
*(2) RESURCOR = RESeau des URgences CORonaires*

### Les urgences cardiologiques

- USIC et cardiologue sénior 24h/24
- Cardiologue de garde : **04 50 63 67 77**
- Astreinte de cardiologie interventionnelle et de rythmologie
- Numéro de l'USIC : **04 50 63 63 57**

Isabelle Collomb-Clerc, *Infirmière de coordination* - Dr Lionel Mangin, *Cardiologue Interventionnel* - Dr Sébastien Gerelli, *Chirurgien Cardiaque* - Dr Lucie Mariani, *Anesthésiste* - Dr Jonathan Bentz, *Chirurgien Cardiaque* - Catherine Pupier, *Cadre de Santé* - Dr Nicolas Chavanis, *Chirurgien Cardiaque* - Maryse Leti, *Cadre de Santé*

# Une coopération solide favorisant l'innovation

**L'une des particularités du CHANGE repose sur la collaboration étroite entre les unités de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque, ce qui facilite aujourd'hui le développement de techniques innovantes.**

### Un centre recours en cardiologie interventionnelle

L'unité de cardiologie interventionnelle a pour mission d'accueillir les patients pour une exploration coronaire ou rythmologique avec, le cas échéant, un acte thérapeutique. Ces procédures sont réalisées sous imagerie à rayon X dans deux salles dédiées avec une équipe soignante formée. Les cardiologues interventionnels, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, partagent le même plateau technique au sein du GCS[1] de cardiologie interventionnelle. « Les infirmières de coordination ont un rôle essentiel dans l'organisation des actes interventionnels structurels, ainsi que dans l'accueil et le soutien des patients, et de leur famille », précisent Isabelle Collomb-Clerc et Catherine Pupier.

### Prendre en charge toutes les urgences cardiologiques chirurgicales

L'activité de chirurgie cardiaque a été créée au CHANGE en 2010 et aujourd'hui, près de 800 patients adultes sont pris en charge chaque année, pour une pathologie portant sur les artères coronaires ou les valves cardiaques, ou l'aorte thoracique et thoraco-abdominale. « Nous assurons une astreinte et une continuité des soins 24h/24, afin de prendre en charge l'ensemble des urgences cardiologiques chirurgicales de notre bassin de santé », précise le Dr Gerelli. Parmi les stratégies et techniques chirurgicales les plus innovantes proposées par le service, on peut citer : la revascularisation myocardique chirurgicale tout artériel (50 % de l'activité), la chirurgie mini-invasive vidéo assistée (mitrale et tricuspidienne…), la chirurgie de la racine aortique (réparation de valve aortique), et la chirurgie aortique. « L'équipe d'anesthésie de chirurgie cardiaque intervient à trois niveaux : en pré-opératoire pour préparer le patient, par sa présence au bloc durant l'intervention (recours à l'hypnose médicale) et lors du suivi en soins intensifs (réhabilitation précoce en collaboration avec les kinésithérapeutes) », poursuit le Dr Mariani.

### Le développement de l'activité structurelle

Depuis 10 ans, l'unité de Cardiologie interventionnelle travaille en étroite collaboration avec le service de Chirurgie cardiaque, ce qui a permis notamment de développer une activité interventionnelle de plus en plus structurelle. « L'arrivée de la chirurgie cardiaque au CHANGE a complétement bouleversé nos pratiques, en favorisant les échanges sur la prise en charge de nos patients. Ainsi, nous avons pu développer de nouvelles techniques, comme la dilatation coronaire complexe, l'implantation de valves percutanées (TAVI[2]) ou la fermeture d'auricule », explique le Dr Mangin. Pour ces interventions, des consultations communes sont organisées avec les cardiologues, les chirurgiens et les anesthésistes cardiaques.

*(1) GCS = Groupement de Coopération Sanitaire*
*(2) TAVI = Transcatheter Aortic Valve Implantation ou en français Implantation de valve aortique par voie percutanée*
*(3) CEC : Circulations Extra Corporelles*

**La cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque en chiffres**

- **Equipe :**
- **Cardiologie interventionnelle :** 4 cardiologues interventionnels (2 privés, 2 publics), 1 cadre, 21 IDE, 3 ASH, 1 brancardier
- **Chirurgie cardiaque :** 3 chirurgiens, 6 anesthésistes, 1 cardiologue, 23 IDE, 1 cadre, 14 AS, 2 kinésithérapeutes
- **Capacité d'accueil**
- **Cardiologie interventionnelle :** 10 lits d'hospitalisation
- **Chirurgie cardiaque :** 8 lits de soins intensifs post-opératoires et 17 lits d'hospitalisation
- **Plateau technique**
- 2 salles de cardiologie interventionnelle
- 2 blocs opératoires
- **Activité/an**
- 4 200 actes en cardiologie interventionnelle
- 650 CEC[3]
- 1 500 angioplasties
- 150 implantations de valves aortiques (TAVI) et mitrales (Mitraclip)

Véronique Sage, *Infirmière*
Dr Didier Irles, *Cardiologue - Rythmologue*
Sophie Guillaume, *Infirmière*

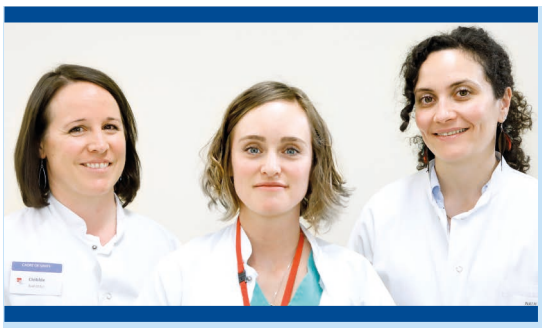
# Optimiser la surveillance à distance des dispositifs implantables

**L'activité de télécardiologie est développée depuis 10 ans afin de surveiller les patients implantés d'un dispositif de type défibrillateur, pacemaker ou holter implantable.**

Le monitorage à distance des dispositifs implantables permet l'envoi automatique des données enregistrées par l'appareil au cardiologue, via un site internet sécurisé. En pratique, le patient installe un transmetteur à son domicile (en général sur sa table de nuit, car les transmissions se font la plupart du temps la nuit). Le boîtier communique automatiquement sans fil avec l'appareil implanté, et transmet les données à un serveur web sécurisé, via la ligne téléphonique. Dans le service, Véronique Sage et Sophie Guillaume sont en charge de la réception des rapports de transmission, et du repérage des alertes nécessitant une prise en charge plus ou moins rapide. « En cas d'alerte rouge, nous recevons un mail afin de pouvoir agir sans attendre. Parfois nous sommes amenées à appeler le patient, afin de savoir s'il a ressenti l'événement répertorié. Quotidiennement, nous envoyons un mail récapitulant les alertes au rythmologue référent, et nous réalisons une réunion de débrief une fois par semaine », expliquent les infirmières. « Grace à cette stratégie, le nombre de visites inutiles de suivi diminue, tout en permettant un diagnostic des arythmies plus précoce », conclut le Dr Irles.

**La télécardiologie en chiffres**

- **Equipe**
- 2 infirmières dédiées
- **Activité**
- 700 patients suivis
- 5 sites de transmission
- 10 alertes rouges en moyenne/semaine Jusqu'à 130 alertes/jour !



Clothilde Bardiau, *Cadre de santé* - Dr Sandra Jost-Turrillot, *Cardiologue référente en Chirurgie Cardiaque* - Dr Nora Naem, *Cardiologue - Echocardiographiste*

# Le prolongement évident de l'examen clinique…

**L'échocardiographie est un examen d'imagerie médicale, indiqué dans le cadre du diagnostic et de la surveillance d'une maladie cardiaque. En évolution perpétuelle, elle remplace progressivement des techniques d'explorations plus invasives.**

L'échographie cardiaque tient une place de plus en plus importante, notamment dans l'évaluation des valvulopathies. « C'est une technique qui évolue constamment et nous oblige à nous former chaque année aux nouveautés ! De plus, il s'agit d'un bon complément de l'examen clinique, de telle sorte que nous sommes sollicités par de nombreuses spécialités (cardiologie, néphrologie, oncologie…) », explique le Dr Naem. Échographies trans-oesophagiennes, d'effort ou de stress : les spécificités de cette imagerie médicale sont nombreuses et requièrent une bonne formation du personnel paramédical. « L'échographie permet également le guidage de certaines techniques de cardiologie interventionnelle, ou la préparation d'une intervention en chirurgie cardiaque (échographie peropératoire) », poursuit le Dr Jost-Turrillot. « Une activité d'échographie est également réalisée au niveau des Urgences du CHANGE, avec l'aide des secrétaires médicales pour l'organisation du planning ! », précise Mme Bardiau. Enfin, depuis 2 ans, les images échographiques sont archivées sur le système informatique de l'hôpital, et peuvent être utilisées lors des réunions de staff hebdomadaires, par les cardiologues, les chirurgiens cardiaques, les neurologues et les infectiologues.

**Les échographies en chiffres**

- **Plateau technique**
- 5 salles d'échographies cardiaques
- 3 salles d'échographies vasculaires
- **Activité/an**
- 7 000 échographies cardiaques
- 7 000 échographies vasculaires

Drs Antoine Dompnier et Chrystelle Akret, *Cardiologues - Rythmologues*

# Un fort potentiel de développement en interventionnel

**L'activité en rythmologie interventionnelle a été initiée en 2004 au CHANGE et son développement a été exponentiel depuis 15 ans. Le projet d'extension de l'établissement devrait permettre d'accroître encore l'activité… c'est en tout cas le souhait de l'équipe !**

Grâce à son plateau technique de pointe, l'équipe propose toutes les technologies de rythmologie interventionnelle disponibles à ce jour. « Pour les ablations complexes dans le cadre de la fibrillation auriculaire (FA), nous utilisons aussi bien les techniques de radiofréquence que la cryoablation, surtout depuis 2018, ce qui nous a permis de raccourcir les durées de procédure. L'ablation est particulièrement indiquée dans la FA paroxystique symptomatique, ainsi que dans la FA chez les patients insuffisants cardiaques. A contrario, il est moins indiqué de proposer l'ablation aux patients en échecs complets aux anti-arythmiques, précise le Dr Dompnier. En parallèle, nous poursuivons les ablations guidées par des systèmes de cartographie, notamment pour traiter les tachycardies ventriculaires ». Concernant l'activité d'implantologie, deuxième activité de l'unité de rythmologie, les nouvelles techniques interventionnelles permettent aujourd'hui de réaliser des actes plus spécifiques, telles que l'implantation de pacemakers sans sonde ou celle de défibrillateurs sous-cutanés (10%). « Nous réalisons les actes de rythmologie interventionnelle pour toute la région dans le cadre du GCS[1], le suivi étant réalisé ensuite par le cardiologue habituel du patient. Certaines cliniques privées réalisent la pose de dispositifs implantables. Il n'y a pas de concurrence mais plutôt une bonne entente coopérative entre les différents centres », conclut le Dr Akret.

*(1) GCS = Groupement de Coopération Sanitaire*

**La rythmologie interventionelle en chiffres**

- **Equipe :**
- 4 rythmologues interventionnels
- **Activité/an**
- En électrophysiologie :
  - 150 explorations électrophysiologiques diagnostiques
  - 240 ablations standards
  - 140 ablations complexes

Drs Stéphanie Barbour, Marie Chevallier-Grenot, Camille Aumeunier, Laure Pellegrini, et Sylvain Collet, *Médecins Vasculaires*

# Une expertise globale en vasculaire

**La prise en charge des pathologies vasculaires se déroule principalement à l'hôpital d'Annecy, avec néanmoins une consultation quotidienne assurée sur le site de Saint-Julien. Rencontre avec les cinq médecins de l'unité !**

**Pouvez-vous nous décrire votre activité en vasculaire ?**

**Dr Collet :** Tout d'abord, nous prenons en charge la MTEV[1] (phlébite, embolie pulmonaire) d'une façon globale : diagnostic par échodoppler, initiation du traitement, suivi (à 1, 3 et 6 mois), pose et retrait de filtres caves pour les patients ayant une contre-indication aux anticoagulants.

**Dr Chevalier-Grenot :** Nous prenons également en charge la maladie artérielle périphérique (AOMI, sténose des artères rénales, FA, acrosyndrome…) du diagnostic (dopplers, TCPO2, PGO, capillaroscopie) au traitement, en collaboration avec les chirurgiens vasculaires.

**Dr Aumeunier :** Nous avons également une consultation en lymphologie dédiée à la prise en charge des lymphœdèmes et avons créé un atelier d'ETP[2] en collaboration avec le service d'Oncologie.

**Dr Pellegrini :** Enfin, nous participons à plusieurs RCP[3] sur la MTEV (ouverte cette année aux médecins de ville), en médico-chirurgical (maladie artérielle) ou encore sur la TIH[4].

**Quels sont vos projets ?**

**Dr Barbour :** Nous souhaiterions développer une « consultation plaies » en proposant le traitement par sclérothérapie, complétant le traitement par thermique endoveineux que nous réalisons déjà.

**Dr Chevalier-Grenot :** Depuis 5 ans, la prise en charge des plaies complexes est proposée à l'Hôpital de Rumilly (lits dédiés avec expertise hebdomadaire d'un diabétologue et d'un angiologue). Nous souhaiterions y développer en parallèle un projet de rééducation pour les patients artériopathes.

**N° de téléphone pour un avis vasculaire : 04 50 63 71 31**

*(1) MTEV = Maladie Thrombo-Embolique Veineuse*
*(2) ETP = Education Thérapeutique du Patient*
*(3) RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire*
*(4) TIH = Thrombopénie Induite à l'Héparine*

Dr Mathieu Chacornac, *Cardiologue spécialisé en insuffisance cardiaque* - Saba Jegoux, *Cadre de Santé* - Drs Eric Ayangma-Moaka, Bahman Moheb-Khosravi et Pierre Reboud, *Gériatres (CHANGE site d'Annecy et de Saint Julien et CH Gabriel Delplante de Rumilly)*

# Intégrer les besoins des aînés dans la prise en charge cardiologique

**Étant donné le vieillissement de la population prise en charge en Cardiologie, il était essentiel de développer une expertise en cardio-gériatrie. Celle-ci s'articule sur 3 sites : Annecy, Saint-Julien et Rumilly.**

Les personnes âgées de plus de 75 ans ont un accès inégal aux soins dans le bassin de santé du CHANGE. « En plus du phénomène de désertification médicale, on observe une forte augmentation des retraités qui viennent s'installer dans la région, et qui se retrouvent alors sans médecin généraliste ou cardiologue », expose le Dr Ayangma-Moaka. Pour répondre aux besoins d'expertise en cardio-gériatrie, un service dédié a été mis en place en 2018 à l'hôpital de Rumilly, et la moitié des lits d'hospitalisation de Cardiologie sur le site de Saint-Julien sont également consacrés à cette activité. « Même si une partie des patients sont aujourd'hui adressés directement par les médecins généralistes, les trois quarts transitent encore par les Urgences, avant d'être orientés dans le service pour un dépistage du syndrome gériatrique », explique le Dr Chacornac.

**Une prise en charge médico-sociale adaptée**

L'insuffisance cardiaque est la première cause d'hospitalisation des sujets âgés de plus de 75 ans, mais ceux-ci ont également besoin d'une prise en charge globale (cognitive, nutritionnelle, troubles de l'équilibre, évaluation de l'environnement…). « Nous avons donc créé un parcours totalement adapté à cette population et qui comprend le repérage des facteurs de vulnérabilité, la prise en charge cardiologique et gériatrique à St Julien ou Rumilly, et l'organisation du retour à domicile ou en centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) », poursuit le Dr Moheb-Khosravi. « Pour répondre à la demande croissante, nous avons rapidement augmenté la capacité d'accueil à l'hôpital de Rumilly (passage de 5 à 10 lits en 2 ans) », conclut le Dr Reboud.

**N° du médecin de Cardio-gériatrie de l'hôpital de Rumilly = 04 50 01 80 67**

Dr Sébastien Pouwels, *Cardiologue et Responsable de la Cardiologie au CH de Saint-Julien*
Mélanie Perez, *Faisant fonction de Cadre de Santé*

# Un accompagnement adapté avant le retour au domicile

**Au-delà de son service d'hospitalisation, le site de Saint Julien a développé un centre de réadaptation cardiaque hospitalier et ambulatoire. Notre défi pour l'avenir est de répondre à l'augmentation démographique très importante sur notre secteur.**

**Pouvez-vous nous présenter votre activité en réadaptation cardiaque ?**

**Dr Pouwels :** Notre objectif est d'accompagner au mieux les patients ayant eu recours à la chirurgie cardiaque pour une valvulopathie ou un pontage coronaire par exemple, et de les remettre sur pied pour favoriser un retour à la vie normale. Ils bénéficient dans notre service d'un accompagnement multidisciplinaire, pour une durée d'environ 3 semaines en hospitalisation, ou 6 semaines en ambulatoire (pour les patients plus jeunes et plus autonomes).

**Mme Perez :** Nous proposons également aux patients de l'éducation thérapeutique, comportant de l'information sur la maladie, les différents traitements, les signes d'alerte, etc. Toute l'équipe a été formée à l'ETP !

**Quels sont les projets du centre de réadaptation cardiaque ?**

**Dr Pouwels :** Dans la mesure où nous devons faire face à une liste d'attente de 3 mois, nous avons pour projet d'augmenter la capacité d'accueil du service. Nous souhaitons également développer un programme spécifique de réadaptation dans l'insuffisance cardiaque.

**Mme Perez :** Enfin, nous avons pour projet de développer la rééducation ambulatoire avec notamment l'apport de la télécardiologie.

Dr Sandra Jost-Turrillot, *Cardiologue référente en Chirurgie Cardiaque*
Dr Benoît Franko, *Néphrologue*

# Vers la création d'un centre de compétences en hypertension artérielle

**Le centre de compétences en hypertension artérielle (HTA) est un label délivré par la Société Européenne d'Hypertension (ESH). C'est l'objectif à atteindre dans les prochaines années pour les Drs Jost-Turrillot et Franko !**

A ce jour, une équipe pluridisciplinaire a été formée et regroupe un cardiologue, un endocrinologue, un néphrologue, un médecin interniste, un somnologue et un angiologue. « Nous nous réunissons tous les deux mois afin de passer en revue 4 à 6 dossiers de cas complexes, c'est-à-dire des patients présentant une HTA secondaire, réfractaire aux traitements, ou dont la prise en charge est compliquée », explique le Dr Franko. Par ailleurs, une formation des médecins généralistes a été réalisée récemment, afin de favoriser le maillage territorial, et à termes, améliorer le dépistage et la prise en charge de l'HTA. « Il est important de créer une dynamique afin d'harmoniser les pratiques, et d'apporter notre soutien aux médecins de ville », poursuit-il. L'objectif de cette réunion de concertation pluridisciplinaire est également de mieux caractériser la file active des patients complexes, l'un des critères pour prétendre au label « *Centre de compétences en hypertension artérielle* ». « Enfin, nous travaillons à l'élaboration de protocoles de prise en charge pour les urgentistes tels que la poussée hypertensive ou l'HTA maligne », conclut le Dr Jost-Turrillot.

Dr Wilfried Vadot, *Neurologue Vasculaire*

# Un centre référent pour la prise en charge des AVC

**Ouverte en 2008, l'unité de neurologie vasculaire prend en charge les complications vasculaires et cérébrales en lien avec la cardiologie.**

Chaque année, sur les 1 100 accidents vasculaires cérébraux (AVC) survenant en Haute Savoie, la moitié est prise en charge au CHANGE. « Pour cela, nous disposons d'un secteur de 8 lits de soins intensifs et proposons notamment le traitement des AVC par thrombolyse (traitement de référence pour les accidents ischémiques de moins de 4h30) », explique le Dr Vadot. Le parcours de soins des AVC est particulièrement bien fléché, entre le Centre 15, les Urgences, le service de Neurologie-vasculaire et l'imagerie. En 2020, un nouveau traitement, la thrombectomie mécanique, sera proposée aux patients présentant un AVC ischémique avec l'occlusion d'une grosse artère cérébrale, en partenariat avec les neuroradiologues interventionnels. « En parallèle, nous recherchons également la cause de l'AVC en collaboration avec les médecins vasculaires et les cardiologues (explorations du rythme, échographies cardiaques trans-thoracique ou oesophagienne, échodopplers veineux et artériel) afin de guider son traitement », poursuit le Dr Vadot.

**Un suivi post-AVC rapproché**

Un dispositif d'éducation thérapeutique (ETP) est proposé afin d'accompagner les patients sur la durée, grace à des ateliers sur la maladie, sur les facteurs de risque, sur l'observance aux traitements et sur l'accompagnement psychologique. Les patients pouvant rentrer à leur domicile après l'hospitalisation, bénéficient d'une rééducation par des kinésithérapeutes et des orthophonistes libéraux, tandis que les patients moins autonomes sont orientés vers un centre de SSR[1]. « Enfin, nous travaillons avec l'association France AVC 74 pour sensibiliser le grand public : organisation de réunions d'information, participation aux ateliers d'ETP », conclut le Dr Vadot.

*(1) SSR = Soins de Suite et de Réadaptation*

Ipanema HEALTHCARE
Edition - Conception - Réalisation - Tel : 33 (0)1 71 60 47 30 - 33 (0)6 75 07 79 60
www.ipanemahealthcare.com
Avec l'efficace collaboration de Madame Nasrine DREAN

87396797-0520 - PP-PF-CAR-FR-0121-1 - Bayer HealthCare SAS - SAS au capital de 47.857.291,14 € - RCS Lille Métropole 706 580 149