

Recommandations pour la cardiologie interventionnelle dans le canton du Valais

(2ème rapport)

**Rapport de Monsieur le Professeur Yves Cottin,
Service de cardiologie du CHU du Bocage,
Dijon**

**Sur mandat du Département de la santé, des
affaires sociales et de la culture du canton du
Valais**

Dijon, le 2 février 2016

Table des matières

<i>Contexte et objet du mandat</i>	3
<i>Recommandation 1 : Tenir compte de l'innovation dans le domaine interventionnel</i>	4
<i>Recommandation 2 : Maintenir une relation forte avec un centre de référence</i>	4
<i>Recommandation 3 : Assurer la formation des cardiologues interventionnels</i>	4
<i>Recommandation 4 : Nécessité d'un volume important de patients pour couvrir les coûts de la cardiologie interventionnelle</i>	5
<i>Recommandation 5 : Maintenir l'activité de jour et de nuit et garantir les délais d'intervention</i>	5
<i>Recommandation 6 : Assurer l'ensemble de l'offre cardiologique</i>	5
<i>Recommandation 7 : Prendre en compte tous les scénarios de collaboration</i>	5
<i>Recommandation 8 : Regroupement des salles sur un site</i>	6
<i>Conclusion</i>	6

Contexte et objet du mandat

Un mandat m'a été confié par l'Etat du Valais, formalisé par contrat en date du 25 juillet 2014 portant sur la formulation de recommandations au sujet de la cardiologie interventionnelle dans le canton du Valais. Les analyses menées devaient répondre à trois questions. Un premier rapport sur les deux premiers points du mandat a été élaboré en date du 27 août 2014 et souligne que les exigences médicales retenues pour la planification hospitalière 2015 sont en accord avec les recommandations des sociétés savantes et que seul l'Hôpital de Sion remplit l'intégralité des pré-requis pour la prise en charge dans le domaine stationnaire.

Les décisions à prendre pour la cardiologie interventionnelle dans les prochaines années sont majeures. Dans ce sens, le présent rapport propose huit recommandations pour répondre à la troisième et dernière question du mandat, soit :

« Dans le cadre du mandat de prestations pour la cardiologie interventionnelle, y a-t-il un potentiel d'amélioration de la prise en charge, en termes d'infrastructures, de personnel, de présence, d'organisation, de suivi du patient, etc. ».

Recommandation 1 : Tenir compte de l'innovation dans le domaine interventionnel

En raison des éléments soulevés dans le rapport du 27 août 2014, il est judicieux qu'un seul centre de cardiologie interventionnelle dans le domaine stationnaire soit maintenu. Toutefois, il faut souligner que le domaine de l'interventionnel est en constante évolution. Depuis le premier rapport, des progrès diagnostiques et thérapeutiques sont apparus en particulier pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) par thrombectomie. Il est clair qu'il faudra évoquer les conditions de réalisation et l'accessibilité de la thrombectomie. Pour exemple, en France après une succession de résultats d'études favorables, cette technique émerge comme une technique de référence des AVC à la phase aiguë jusqu'à six heures, en complément de la thrombolyse intraveineuse (dans un délai de 4h30) ou d'emblée, en cas de contre-indication de la thrombolyse. La neuroradiologie interventionnelle est régie par différents décrets et arrêtés qui offrent déjà une médecine de qualité et ne demandent pas de grandes évolutions. Si à ce jour la thrombectomie est généralement réalisée par un neuro-radiologue interventionnel entraîné et expérimenté, dans certains centres les cardiologues interventionnels sont formés et assurent donc cette nouvelle mission. Mais surtout, les données de l'ensemble des études récentes montrent :

- a) une augmentation de l'incidence des AVC ;
- b) qu'à ce jour, dans les pays industrialisés, les AVC sont plus nombreux que les SCA ;
- c) que les plateaux techniques interventionnels sont similaires ;
- d) surtout qu'il manque au niveau Européen un nombre important de radiologues interventionnels.

Recommandation 2 : Maintenir une relation forte avec un centre de référence

L'optimisation de la prise en charge des patients et en particulier les critères de qualité (indications, type de procédure, etc.) imposent le maintien de relations fortes avec un centre de référence de gros volume et/ou à forte expertise. Il faut souligner que, depuis 1990, il existe des relations étroites entre l'Hôpital de Sion et le CHUV de Lausanne. Ce point a été un élément majeur dans le maintien et surtout dans le développement d'une cardiologie interventionnelle de qualité pour le bassin de population. Il faut également souligner que le rattachement à un centre expert privé ou public permet l'optimisation de certaines prises en charge. En effet, certaines procédures après un temps diagnostique devront être réalisées dans ces centres experts, pour exemple les assistances cardiaques, les désobstructions chroniques complexes, etc. Ce point peut bien sûr évoluer en fonction de l'expertise des praticiens des sites et/ou des évolutions techniques voir des contraintes administratives.

Recommandation 3 : Assurer la formation des cardiologues interventionnels

Le site stationnaire devra continuer à assurer la formation des cardiologues interventionnels. Ce point est majeur car la stabilité d'un centre repose sur un nombre suffisant de praticiens avec un seuil minimal de 3 opérateurs. En conséquence, un site formateur est un facteur majeur d'attractivité. De plus, la pyramide des âges des

cardiologues interventionnels actuels est un facteur majeur. Le recrutement doit également être une priorité pour permettre d'assurer l'activité réglée mais surtout les gardes et les astreintes de cardiologie interventionnelle.

Recommandation 4 : Nécessité d'un volume important de patients pour couvrir les coûts de la cardiologie interventionnelle

Le point médico-économique est majeur. Il est clairement établi que l'activité de cardiologie interventionnelle est déficitaire dès lors que les coûts de l'établissement correspondent aux coûts moyens et que seul un volume très important permet de dégager des marges. Ainsi, en France, le seuil minimum de séjours pour commencer à équilibrer les comptes se situe aux alentours de 800 par an (2 fois l'écart type en plus de la moyenne d'activité). Les paramètres médico-économiques doivent en particulier tenir compte des remplacements de salle et des nouveaux progrès techniques qui proposent de plus en plus de « fusion d'image » [par exemple entre l'angiographie et l'IRM cardiaque]. De plus, les nouvelles contraintes techniques des constructeurs pour réduire l'irradiation des patients imposent des maintenances de plus en plus fréquentes avec comme conséquence un arrêt d'activité et une indisponibilité de la salle pour les urgences.

Recommandation 5 : Maintenir l'activité de jour et de nuit et garantir les délais d'intervention

Le maintien de l'activité 24H/24H et 365 jours par an est un pré-requis.

En cas de nécessité médicale, l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit pouvoir être garantie dans les 30 minutes pour le cardiologue interventionnel. Il doit bien sûr ne pas retarder la prise en charge du patient en urgence par une organisation de la filière de soins (appel des urgentistes dès l'ECG qualifiant, arrivée directe en salle de cardiologie interventionnelle, optimisation de la préparation du patient, etc.).

Recommandation 6 : Assurer l'ensemble de l'offre cardiologique

L'offre cardiologique complète (urgences, échocardiographie, IRM, scanner coronaire, chirurgie cardiaque, etc.) est un paramètre majeur au maintien et au développement d'un centre de cardiologie interventionnelle. En conséquence, l'analyse de l'offre cardiologique actuelle mais également de ses perceptives aussi bien techniques qu'humaines devra être réalisée et surtout suivie. L'offre globale cardiologique est surtout une réponse à une prise charge optimale des patients. Pour exemple un patient sans lésion à la coronarographie doit bénéficier d'une IRM cardiaque pour ne pas méconnaître une myocardite dont le traitement et le pronostic sont radicalement différents.

Recommandation 7 : Prendre en compte tous les scénarios de collaboration

Tous les scénarios de collaboration entre les acteurs devront être abordés [la création d'un site privé au sein de l'hôpital, des vacations d'acteurs privés] mais les problèmes de rémunération, les différences de statuts, la participation à la garde ou à l'astreinte devront être pris en compte. A ce jour, l'objectif de stabilité sur le long terme de l'offre

stationnaire de cardiologie interventionnelle mais également de l'offre globale cardiologique doit être la seule priorité.

Recommandation 8 : Regroupement des salles sur un site

En revanche, l'orientation vers le regroupement des 2 salles actuelles sur un site géographique unique permettrait une optimisation de la prise en charge de l'ensemble de la filière cardiologique, du pré-hospitalier, de la phase hospitalière et la rééducation et d'anticiper le développement de la filière neuro-vasculaire dont les acteurs communs avec la cardiologie sont nombreux (échocardiographie, holter, médecine vasculaire, radiologie vasculaire, etc.). L'optimisation des plateaux techniques et des opérateurs, l'organisation des filières de soins et en particulier des services médicaux de soutien (urgences, soins intensifs, imagerie médicale, biologie 24H/24H, réanimation, etc.) doivent s'inscrire dans une gouvernance médicale unique mais également administrative unique. Mais surtout la gouvernance médico-administrative doit s'inscrire dans l'offre globale de soins offerte à l'ensemble de la population.

Conclusion

Les positions stratégiques à court, moyen et long terme doivent faire abstraction complète de l'histoire cardiologique de Sion et en particulier des cardiologues entre eux.

Le renforcement du site actuel stationnaire de cardiologie interventionnelle est indispensable pour lui permettre de répondre aux attentes de la population pour l'ensemble de l'offre cardiologique moderne dont l'interventionnel n'est qu'une partie. De plus, le renforcement devrait permettre de suivre les recommandations susmentionnées :

- répondre aux contraintes médico-économiques, aux évolutions techniques mais également aux nouvelles prises en charge en particulier l'AVC ;
- regrouper les deux salles sur un seul site géographique offrant toute la filière de soins et de prestations complémentaires (notamment suivi postopératoire) sous une gouvernance médicale et administrative unique ;
- entretenir des relations fortes avec un centre de référence à forte expertise ;
- maintenir une activité 24h sur 24 et 365 jours par an ;
- former les cardiologues interventionnels ;
- considérer tous les scénarios de collaboration ;
- garantir un volume important permettant de dégager des marges (800 cas/an) ;
- assurer l'offre cardiologique complète.