



HAL
open science

Reprise des activités professionnelles, physiques et sportives après un SCA STE : rôle de la réadaptation cardiaque

Alisson Adet

► To cite this version:

Alisson Adet. Reprise des activités professionnelles, physiques et sportives après un SCA STE : rôle de la réadaptation cardiaque. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02090752

HAL Id: dumas-02090752

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090752>

Submitted on 5 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Reprise des activités professionnelles, physiques et sportives après un
SCA STE : rôle de la réadaptation cardiaque**

T H È S E A R T I C L E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 29 Octobre 2018

Par Madame Alisson ADET

Née le 19 août 1992 à Le Mans (72)

Élève de l'École du Val-de-Grâce - Paris

Ancienne élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck	Président
Monsieur le Professeur DEHARO Jean-Claude	Assesseur
Monsieur le Professeur HABIB Gilbert	Assesseur
Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce CELLARIER Gilles	Directeur
Madame le Docteur TARTIERE Lamia	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

30/11/2017

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

30/11/2017

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

30/11/2017

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

30/11/2017

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

30/11/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
 ALBANESE Jacques
 ALIMY Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARTHET Marc
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
 BERNARD Jean-Paul
 BEROUD Christophe
 BERTUCCI François
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BONIN/GUILLEAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOTTA/FRIDLUND Danielle
 BOUBLI Léon
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 CASANOVA Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHABOT Jean-Michel
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier

CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 CURVALE Georges
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELPERO Jean-Robert
 DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
 DESSI Patrick
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
 EUSEBIO Alexandre
 FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GORINCOUR Guillaume
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANVAL Philippe
 GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre

GRIMAUD Jean-Charles
 GROB Jean-Jacques
 GUEDJ Eric
 GUIEU Régis
 GUISSANDRINE Sandrine
 GUYE Maxime
 GUYOT Laurent
 GUYS Jean-Michel
 HABIB Gilbert
 HARDWIGSEN Jean
 HARLE Jean-Robert
 HOFFART Louis
 HOUVENAEGHIEL Gilles
 JACQUIER Alexis
 JOURDE-CHICHE Noémie
 JOUVE Jean-Luc
 KAPLANSKI Gilles
 KARSENTY Gilles
 KERBAUL François
 KRAHN Martin
 LAFFORGUE Pierre
 LAGIER Jean-Christophe
 LAMBAUDIE Eric
 LANCON Christophe
 LA SCOLA Bernard
 LAUNAY Franck
 LAVIEILLE Jean-Pierre
 LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
 LECHEVALLIER Eric
 LEGRE Régis
 LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
 LEONE Marc
 LEONETTI Georges
 LEPIDI Hubert
 LEVY Nicolas
 MACE Loïc
 MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
 MATONTI Frédéric
 MEGE Jean-Louis
 MERROT Thierry
 METZLER/GUILLEMAIN Catherine
 MEYER/DUTOUR Anne
 MICCALEF/ROLL Joëlle
 MICHEL Fabrice
 MICHEL Gérard
 MICHELET Pierre
 MILH Mathieu
 MOAL Valérie
 MONCLA Anne
 MORANGE Pierre-Emmanuel
 MOULIN Guy
 MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
 NAUDIN Jean
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
 NICOLLAS Richard
 OLIVE Daniel

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

30/11/2017

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL Francois (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Sumombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Haqay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Sumombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Sumombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Sumombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOTRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Sumombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Sumombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Sumombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

30/11/2017

ECOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin Général Humbert BOISSEAUX

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE

Monsieur le Médecin Général Yves AUROY

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Officier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille de la Défense Nationale OR

Monsieur le Médecin en Chef (TA) Medhi OULD-AHMED

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Médecin Chef des Services de Classe Normale Philippe REY

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef du service de pathologie digestive
Officier de l'Ordre Nationale du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

A notre président de Jury de Thèse

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Vous nous faites le grand honneur d'assurer la présidence de notre jury
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez voulu porter à notre travail
Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect

Aux membres de notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur HABIB Gilles

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail
Votre intérêt pour notre travail nous honore
Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements

Monsieur le Professeur DEHARO Jean-Claude

Vous avez accepté d'apporter vos compétences à la critique de ce travail
Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury
Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération

Madame le Docteur TARTIERE Lamia

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail
Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury
Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Agrégé du Val-de-Grâce CELLARIER Gilles

Vous nous faite le grand honneur de votre soutien, de votre disponibilité dans la direction de notre travail

Nous vous remercions de votre bienveillance au cours de ce travail mais également au cours de ces années de transmission de votre savoir

Avec notre plus grande reconnaissance et notre profond respect

A mes parents, pour leur soutien sans faille, à leur présence tellement importante, et surtout à leur amour.

A mon frère, qui m'a donné la vocation pour l'Armée et qui a toujours été un exemple pour moi.

A mes pitchouns, pour leurs amours et leurs sourires.

A mon tonton et ma tata, qui sont présents depuis le premier jour.

A mes amis, qui sont restés fidèles, à nos rires, à nos moments de bonheurs.

A mes Poussins, qui ont toujours cru en moi et qui savent trouver les mots pour me remotiver.

A mes Pinkos, à nos soirées de folie, à nos cours de danse, à nos discussions sans fin.

A mes copines de l'école, Marie, Anaëlle, Gabi, Claire, Marion, Adèle, à nos week-end end filles, à nos soirées, à nos fous rires.

A Manon, ma Bizute, pour notre complicité.

A ma promotion, à nos formations militaires, à nos années passées à la Boîte !

Au service des urgences, qui m'a appris beaucoup de choses et qui m'a fait grandir.

Au service de Cardiologie, pour avoir passé 6 mois de stage au top !

A la 147^{ème} Antenne Médicale de Hyères Vassoigne, où j'ai appris les rudiments de la vie militaire et surtout un grand merci à Audrey pour son compagnonnage et à son partage de connaissances.

Et bien évidemment, à ma patate d'amour, qui me supporte depuis le début malgré mon caractère bien trempé ! Merci pour ton soutien et surtout à ton amour.

A chaque personne que j'ai pu croiser, merci.

SOMMAIRE

	Page
Travail de thèse	
Résumé	22
Introduction	24
Background	25
Matériels et Méthodes	26
Résultats	28
Discussion	44
Conclusion	48
Références bibliographiques	50
Données patients	53
Serment d'Hippocrate	64

Reprise des activités professionnelles, physiques et sportives après un SCA STE : rôle de la réadaptation cardiaque.

A.ADET¹, R.POYET², C.JEGO³, G.FOUCAULT⁴, F.PONS⁵, E.CAPILLA⁶, R.DEMOULIN⁷, G.CELLARIER⁸

1. Interne des Hôpitaux des Armées, interne de médecine générale, HIA Sainte ANNE
2. Professeur Agrégé de l'Ecole du Val-De-Grâce, service de cardiologie, HIA Sainte ANNE
3. Médecin Adjoint, service de cardiologie, HIA Sainte ANNE
4. Médecin Adjoint, service de cardiologie, HIA Sainte ANNE
5. Médecin Adjoint, service de cardiologie, HIA Sainte ANNE
6. Médecin Adjoint, service de cardiologie, HIA Sainte ANNE
7. Interne des Hôpitaux des Armées, interne de cardiologie, HIA Sainte ANNE
8. Professeur Agrégé de l'Ecole du Val-De-Grâce, chef de service de cardiologie, HIA Sainte ANNE

Résumé :

Introduction : Nous avons réalisé une étude rétrospective mono-centrique de novembre 2013 à juin 2017 concernant les patients pris en charge pour un syndrome coronaire aigu avec élévation du segment ST (SCA STE) à l'hôpital d'instruction des Armées (HIA) Sainte Anne de Toulon, afin d'évaluer le bénéfice de la réadaptation cardiaque.

Matériels et Méthodes : Ce travail s'intègre dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant l'orientation systématique des patients jeunes (≤ 65 ans) et/ou en activité professionnelle vers le Centre de Réadaptation Cardiovasculaire de rattachement (Hôpital Léon Bérard, Hyères) après un SCA STE. Nous avons inclus 68 patients ayant bénéficié d'une revascularisation par angioplastie (ACT) primaire en phase aiguë pour SCA STE. Les critères de jugement primaires étaient la reprise au travail et la reprise des activités physiques.

Résultats : La durée d'arrêt de travail a été de 215,3 jours pour le Groupe RC+ (Réadaptation Cardiaque réalisée) versus 261,3 jours pour le Groupe RC- (Réadaptation Cardiaque non réalisée), ($p = 0,35$). La durée de l'arrêt des activités physiques était de 251,5 jours pour le Groupe RC+, versus 42,7 jours pour le Groupe RC-.

Conclusion : Ces résultats sont en faveur de la poursuite de l'orientation systématique des patients actifs en centre de réadaptation cardiaque après SCA STE revascularisé par ACT primaire. Des travaux incluant un plus grand nombre de patients, idéalement multicentriques entre les différents services de cardiologie dont dépend le Centre de Réadaptation Cardiovasculaire Léon Bérard, seraient utiles pour conforter cette hypothèse.

Mots clés : SCA STE ; angioplastie primaire ; réadaptation cardiaque ; activité professionnelle ; activité physique

Abstract:

Introduction: We performed a retrospective mono-centric study from November 2013 to June 2017 concerning patients hospitalized for ST elevation myocardial infarction (STEMI) at Sainte Anne Military Teaching Hospital (Toulon, France) to evaluate cardiovascular rehabilitation benefit.

Materials and Methods: This study fits into the evaluation framework of professional practices concerning systematic referral of young (≤ 65 years-old) and/or in professional activity patients to the referent Cardiovascular Rehabilitation Center (Léon Bérard Hospital, Hyères) after STEMI. We included 68 patients who benefit percutaneous coronary intervention for STEMI. Primary assessment criteria were “return to professional activity” and “return to physical activity”.

Results : The duration of sick leave was 215.3 days for the RC+ Group (Cardiac Rehabilitation performed) versus 261.3 days for the RC- Group (Cardiac Rehabilitation not performed), ($p = 0.35$). The duration of physical activity cessation was 251.5 days for the RC+ Group, compared to 42.7 days for the RC- Group.

Conclusion: These results support the continued systematic orientation of in-activity patients in cardiac rehabilitation centers after STEMI revascularized in the acute phase. Further studies involving a larger number of patients, ideally multicenter among the various cardiology departments on which the Léon Bérard Cardiovascular Rehabilitation Center depends, would be useful to confirm this hypothesis.

Key words: STEMI; primary angioplasty; cardiac rehabilitation; professional activity; exercise

INTRODUCTION

La cardiopathie ischémique est une pathologie fréquente, c'est même la première cause de mortalité dans le monde, et en France [1] (cf Fig.1). Cette pathologie peut également toucher des personnes jeunes, encore en activités professionnelles.

Après un syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du ST (SCA STE) [2], plusieurs patients décrivent une limitation dans la reprise des activités professionnelles et physiques, qu'elles soient d'origine psychologiques, liées à des symptômes cardiovasculaires, ou souvent de causes intriquées. En effet, certains peuvent avoir dans les suites une dégradation de la fonction ventriculaire gauche (FEVG), ce qui peut être à l'origine de dyspnée d'effort mais aussi (et plus rarement aujourd'hui avec l'efficacité du traitement et notamment des techniques de revascularisation) d'angor. Pour d'autres, l'infarctus déclenche des syndromes anxio-dépressifs avec l'angoisse de faire un nouvel événement [3]. A cela s'ajoute parfois la crainte de la perte de tout ou partie des aptitudes et qualifications professionnelle.

Ces patients peuvent avoir un retard au retour à la vie active avec un impact professionnel (perte de qualification, absentéisme long) mais aussi social. Effectivement, plus l'arrêt de travail du patient va être prolongé, plus il va être un coût pour la société. Il est donc important que les patients bénéficient après un infarctus d'une prise en charge adaptée, non seulement en phase hospitalière (où doit débiter l'éducation thérapeutique) mais également durant la période de convalescence pour qu'ils puissent réintégrer leurs activités professionnelles mais également de loisir dans les meilleurs délais et les meilleures conditions.

BACKGROUND

L'apport de la réadaptation cardiaque après un SCA STE est discuté. En effet, certaines études ne montrent pas d'effet [4,5] et même un allongement du temps de l'arrêt de travail [6]. En revanche d'autres travaux montrent un effet favorable de la réadaptation cardiaque sur la capacité à l'effort [7], sur le stress psychosocial [8], sur le délai de reprise et sur le syndrome anxio-dépressif [9]. De plus, pour certains auteurs il existe même un impact de la réadaptation sur la morbi-mortalité [10,11].

Dans notre étude, nous suivons des patients jeunes, dont trois militaires, encore en activité professionnelle et pour la plupart sans antécédent médical. Le SCA constitue pour eux l'orage survenant dans un ciel clair qui va modifier leur quotidien, les faisant entrer dans une pathologie chronique avec obligation d'un traitement pharmacologique au long cours, d'un suivi médical, la crainte d'un nouvel accident coronarien. Il existe parfois une limitation de leur activité en rapport avec d'éventuelles séquelles notamment sur la FEVG, pouvant conduire à un reclassement professionnel et à un changement de leur mode de vie notamment en ce qui concerne leurs activités physiques.

Chez ces patients, la réadaptation cardio-vasculaire peut tout d'abord les aider à mieux appréhender leur pathologie. L'éducation thérapeutique (ETP) y prend toute son importance, en complément des informations délivrées lors de la prise en charge initiale en unité de Soins Intensifs Cardiaques (USIC), où la durée de séjour souvent brève (de l'ordre de 4 à 5 jours), la disponibilité plus restreinte des personnels soignants et les facultés d'écoute et de compréhensions des patients forcément plus contraintes limitent la qualité de l'ETP. Pendant leur séjour en réadaptation cardiovasculaire, ils seront sensibilisés à une bonne hygiène de vie (notamment le sevrage d'un éventuel tabagisme), à l'importance d'une bonne observance thérapeutique et à la réalisation d'une activité physique pérenne qui est primordiale après un SCA STE dans le cadre de la prévention secondaire [12].

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique de novembre 2013 à juin 2017 concernant les patients pris en charge et traités de manière interventionnelle pour un SCA STE à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte Anne de Toulon. Cette étude s'intègre dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant l'orientation systématique des patients en activité professionnelle et/ou jeunes (moins de 65 ans) vers le centre de réadaptation cardiovasculaire de rattachement (Hôpital Léon Bérard, Hyères) après un SCA STE.

L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte Anne est un hôpital périphérique de 360 lits comportant un Service d'Urgences (SAU) avec plus de 30.000 passages par ans, une réanimation avec 20 lits, un service de cardiologie et maladies vasculaires comportant une USIC de 8 lits et accrédité pour la cardiologie interventionnelle (rythme et hémodynamique). Ce service de cardiologie comprend 6 cardiologues séniors dont 2 hémodynamiciens et réalise environ 950 coronarographies et 550 angioplasties par an, dont en moyenne 220 SCA sans élévation du segment ST (SCA NSTEMI) et 90 SCA STE annuels, d'âge moyen de 72 ans.

Le centre de Réadaptation Cardiovasculaire Léon Bérard de Hyères est une structure de 74 lits permettant l'accueil en hospitalisation conventionnelle et 11 places en hôpital de jour. Dans ce centre y travaillent 6 cardiologues (dont 5 en temps plein et un vacataire), 3 médecins généralistes (qui réalisent les gardes), 8 kinésithérapeutes, une enseignante d'entraînement physique et 4 diététiciennes. Après un infarctus du myocarde, le patient est reçu par un des cardiologues de la structure. Pendant la consultation, celui-ci va élaborer le projet de soin, réadaptation ambulatoire (2 à 3 journées par semaines) ou en hospitalisation, objectifs, type d'exercices. La durée de la réadaptation est variable selon les patients. En effet, chaque projet de soin est personnalisé, prise en compte du terrain, des antécédents, de la gravité de l'infarctus. En moyenne, un coronarien aura 20

séances et un patient porteur d'une insuffisance cardiaque, 40 séances. La prise en charge du patient dans le centre est globale, éducation thérapeutique, réadaptation physique, prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire (tabacologue, diététicienne), mais également psychologique (entretien avec psychologue) et sociale [13].

Etaient inclus de manière exhaustive entre novembre 2013 à juin 2017 tous les patients de moins de 65 ans, ayant bénéficié d'une coronarographie en phase aiguë pour SCA STE et revascularisés par angioplastie (ACT) primaire. L'étude a été réalisée à partir d'un questionnaire téléphonique avec un suivi moyen de 20 mois.

Au total, nous avons inclus 68 patients (59 hommes et 9 femmes) ; l'âge moyen est de 55 ans (36 à 65 ans, médiane = 55 ans). Dix patients ont été perdus de vue car il n'a pas été possible de les recontacter pour les raisons suivantes : 1 ayant aggravé son infirmité cérébrale, 3 étrangers ayant quitté la métropole, 1 en institution pour démence sévère, 1 décédé (d'étiologie non cardiovasculaire) et 4 injoignables.

Nous avons étudié l'impact de la réadaptation cardiaque sur : la durée de l'arrêt de travail ; la reprise des activités physiques (durée d'interruption, initiation et pérennisation de l'activité) ; le test d'ischémie (niveau d'effort et anomalies éventuelles) [14, 15, 16]. ; le nombre de MACE (Major Adverse Cardiovascular Events = décès cardio-vasculaires, thromboses de stent, SCA STE, SCA NSTEMI et Accident Vasculaire Cérébral). Nous nous sommes également intéressés au point de vue des patients concernant le bénéfice ressenti de leur séjour en réadaptation cardio-vasculaire.

Les critères de jugement primaire ont été : la durée avant reprise au travail ; la durée avant reprise des activités physiques (sportives ou de loisir).

Les analyses statistiques ont été réalisées en univarié par le test « *t* » de Student (avec une valeur de « *p* » significative si $p < 0,05$).

RESULTATS

1) Population

Il s'agissait d'une population de 68 personnes dont 59 hommes et 9 femmes, avec un âge moyen de 55 ans, une médiane de 55 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 36 ans et le plus âgé de 65 ans. Sur le plan anthropométrique, le poids moyen était de 81 kg, la taille moyenne est de 174 cm et l'IMC est de 26,6 kg/cm².

Sur le plan professionnel, notre population était composée de 34% de métier non manuel, de 21% de métier manuel, de 4% de militaires, de 28% de retraités et de 9% sans emploi. Parmi les retraités, 63 % se disaient actifs contre 37 % non actifs (Fig. 2).

Dans cette étude, 56,9% de la cohorte pratiquait une activité physique : 84,8% dans le cadre des loisirs et 15,2% en compétition. La durée moyenne d'activités physiques hebdomadaires était de 3 heures.

Le type d'activité physique réalisée a été classifié selon la classification de Mitchell modifiée par Brion (Fig.3). Plus de 75% de la population pratiquait une activité physique faisant intervenir une VO₂ max supérieure à 70%. Au niveau de la composante dynamique, 37% de la population pratiquait une activité physique intense, 33% d'intensité faible et 30% d'intensité moyenne. Les trois sports les plus pratiqués dans la population sont en première place la marche active, en deuxième place le cyclisme et en troisième position la course à pied.

Dans l'ensemble de notre population, seulement 5 patients présentaient des antécédents cardio-vasculaires : deux étaient suivis pour une cardiopathie ischémique et trois pour une coronaropathie.

En ce qui concerne le nombre de facteurs de risques cardio-vasculaires, 2% de la cohorte en avait cinq, 10% en avait quatre, 18% en avait trois, 32% en avait deux, 29% n'en avait qu'un et 9% n'en présentait aucun. Le facteur de risque le plus fréquent est le tabagisme actif avec 50% de la population concernée. En 2^{ème} position, on retrouvait l'hypertension artérielle à égalité avec la dyslipidémie (35), ensuite arrivait l'hérédité coronarienne (34%), puis le tabagisme sévère (25%) et enfin le diabète (16%) (Fig.4).

les 10 principales causes de mortalité - 2016

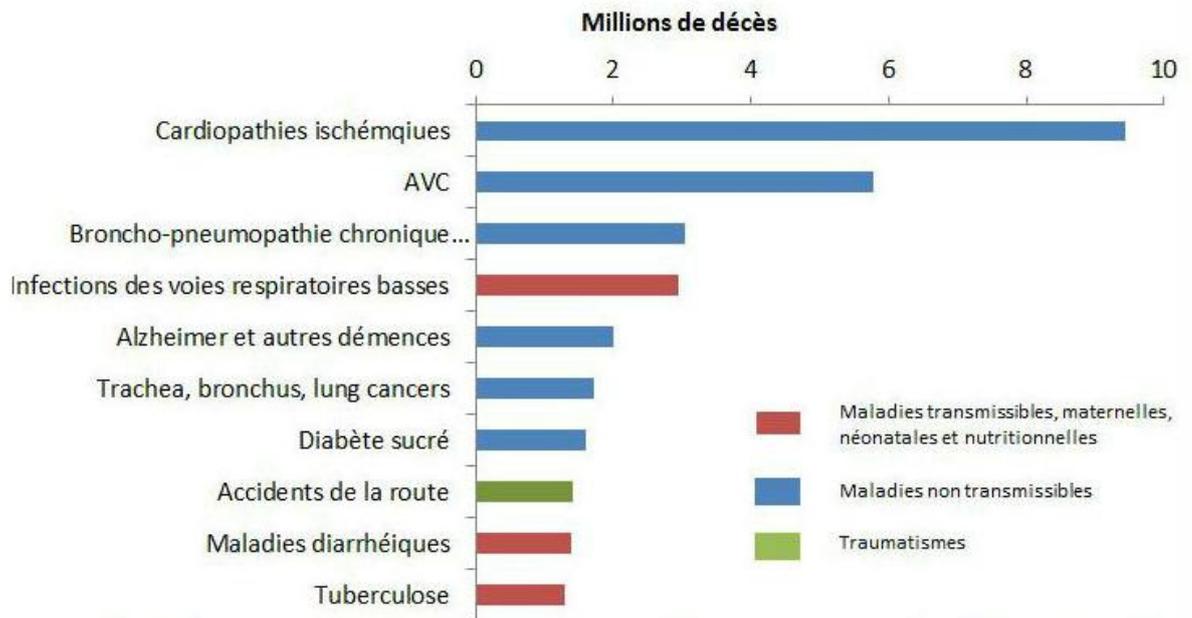


Figure 1 : Principales causes de mortalité en 2016, World Health Organization

Répartition professionnelle

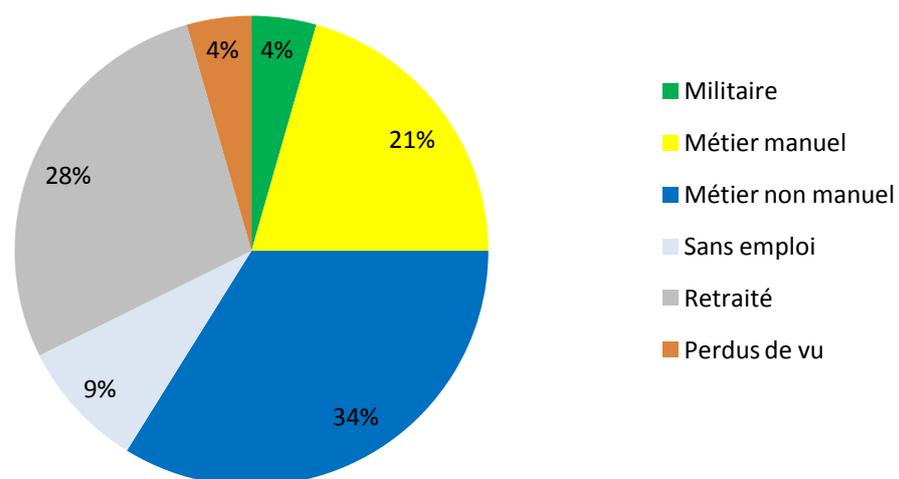


Figure 2 : Répartition professionnelle dans la cohorte

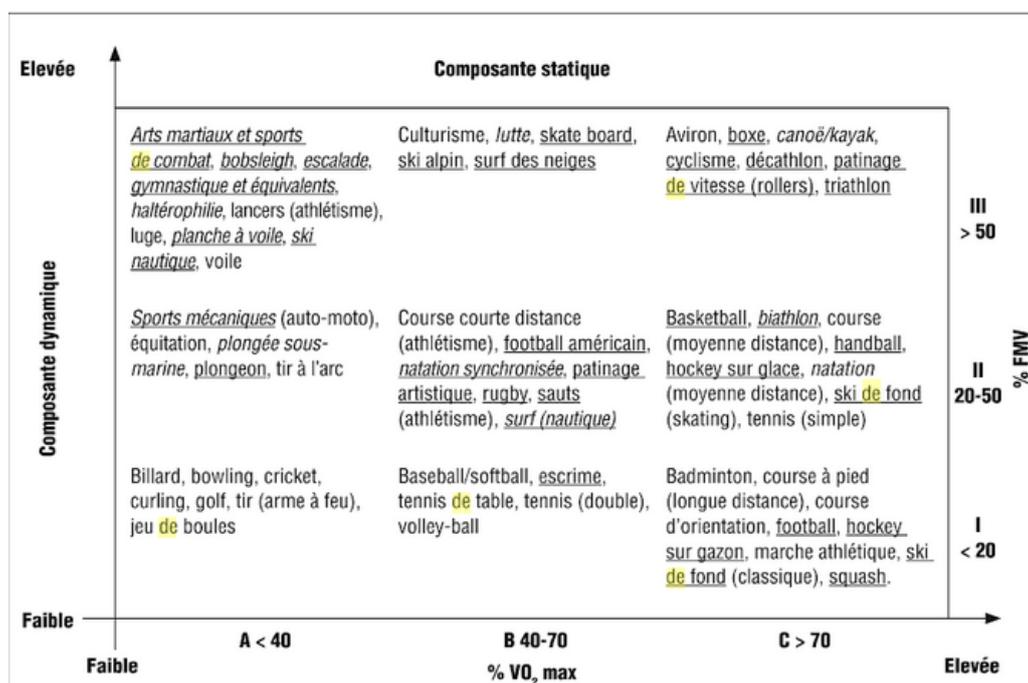


Figure 3 : Classification de Mitchell modifiée par Brion

Facteurs de risques cardio-vasculaires

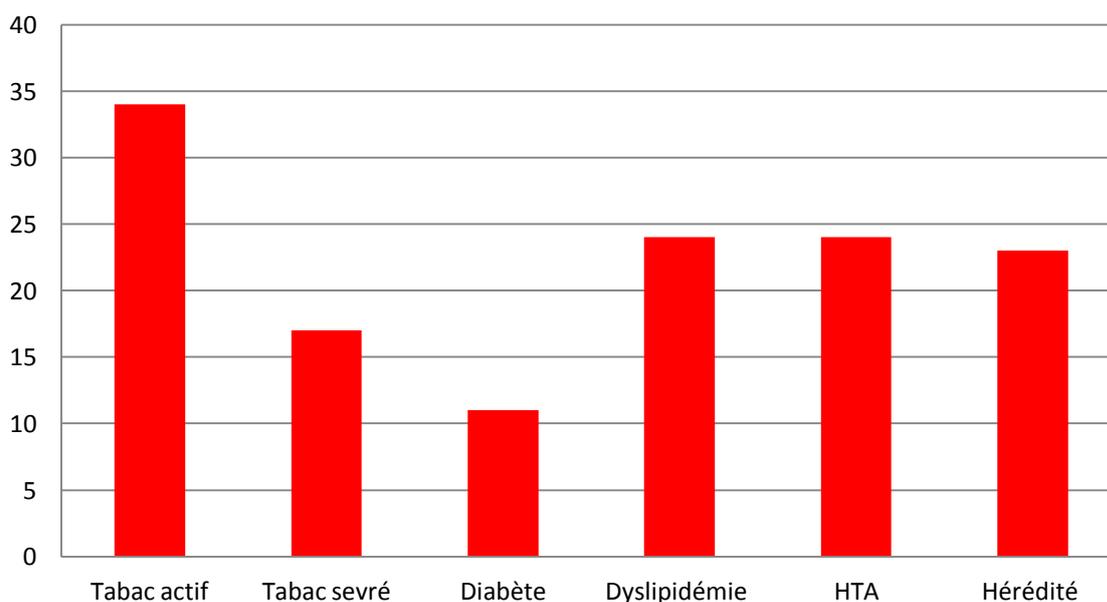


Figure 4 : Facteurs de risques cardio-vasculaires

2) Présentation clinique

La présentation clinique du SCA STE a été répertoriée en 7 catégories : la scène infarctoïde de novo, qui était le mode de présentation le plus fréquent (49%) ; la scène infarctoïde post angor instable (19%) ; la scène infarctoïde per ou post effort (10%) ; le trouble du rythme ventriculaire (6%) ; le choc cardiogénique (5%) ; les tableaux atypiques (9%) ; l'accident de plongée (2%), (Fig.5).

Lors de leur prise en charge, le score NYHA le plus fréquent était 1 (81 % de la population). On retrouvait pour 10% de l'effectif un score à 2, pour 4,5% un score à 3 et pour 4,5% un score à 4, (Fig.6).

La valeur moyenne de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) pour l'ensemble de l'étude lors du SCA STE (immédiatement avant ou après l'angioplastie) était de 48,7% (médiane=50 et écart-type=9,5). Pour les patients ayant un score NYHA à 1, elle était de 51,9%, pour les patients avec un score NYHA à 2, elle était de 37,3%, pour les patients avec un score NYHA 3, elle était de 45 % et pour les patients avec un score NYHA 4, elle était de 30,9%.

3) Lésions coronaires et traitement interventionnel

Soixante deux pourcents de la population avaient une atteinte monotronculaire à la coronarographie, 25% avaient une atteinte bitronculaire et 13% avaient une atteinte tritronculaire, (Fig.7).

L'artère la plus souvent touchée est l'interventriculaire antérieure (IVA) (45%) puis la coronaire droite (CD) (27%), ensuite la circonflexe (Cx) (24%) et pour finir le tronc comme gauche (TCG) (4%), (Fig.8).

Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge interventionnelle, et tous ont bénéficié de revascularisation par angioplastie de l'artère coupable (*culprit lesion*). Pour 79,4 % d'entre eux, la revascularisation était complète.

Mode de présentation du SCA STE

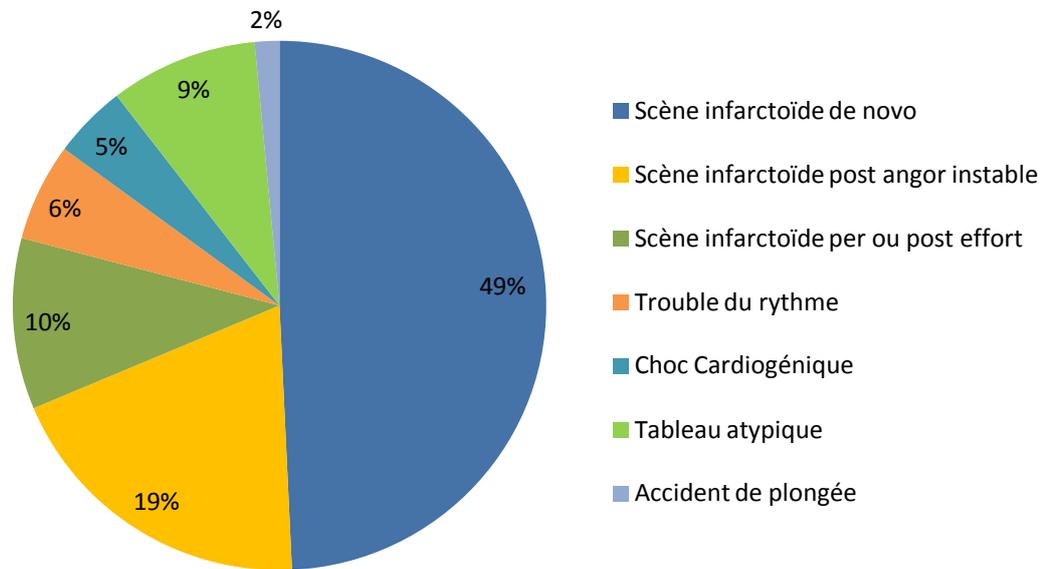


Figure 5 : Mode de présentation du SCA STE

Score NYHA

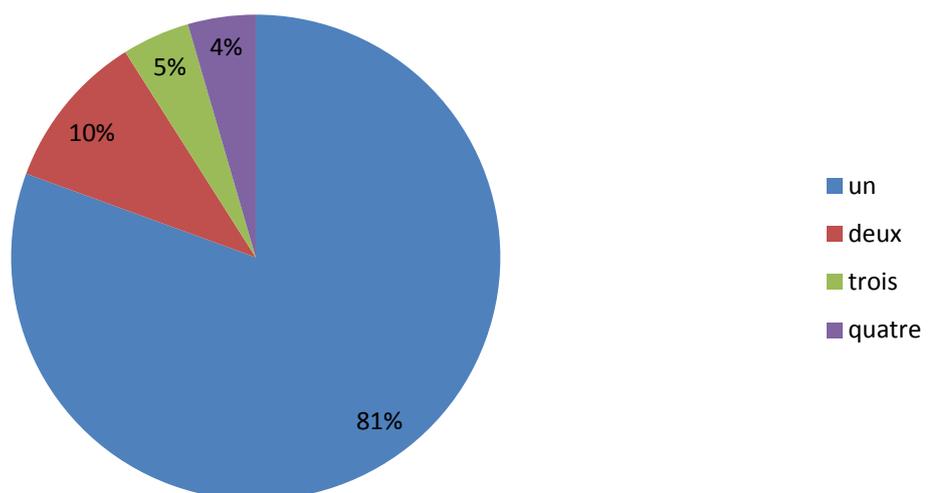


Figure 6 : Score NYHA lors de la prise en charge initiale

Lésions coronaires

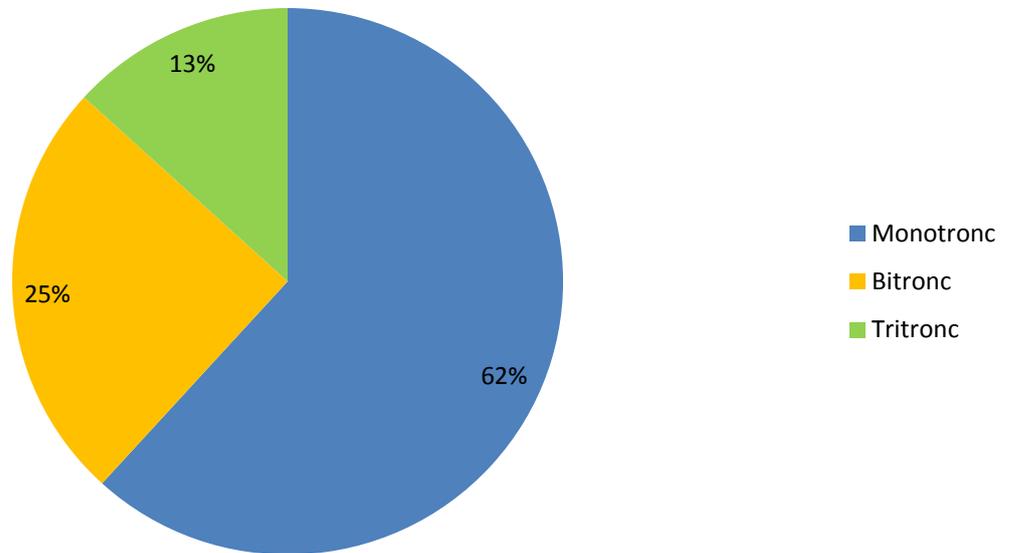


Figure 7 : Lésions coronaires

Artères revascularisées

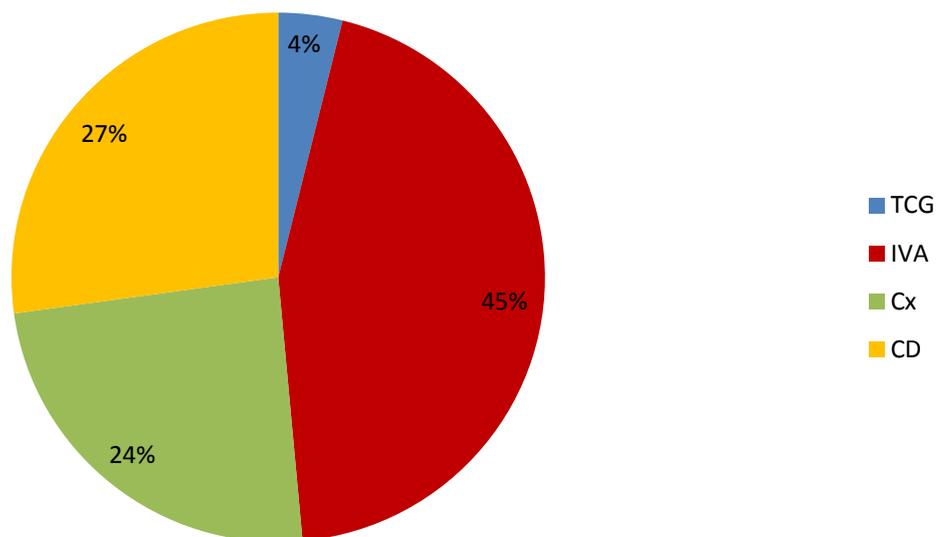


Figure 8 : Artères revascularisées lors du SCA STE

4) De la sortie de l'hôpital à la réadaptation cardiaque

Pendant l'hospitalisation, si tous les patients ont eu une consultation avec une diététicienne (protocollisée), seulement 11,7% des fumeurs ont pu bénéficier d'une consultation avec un tabacologue.

Lors de leur sortie, l'ordonnance pharmacologique des patients comprenait : de l'aspirine (100% des patients), un inhibiteur P2Y12 (98,5% des patients), un bêtabloquant (88%), un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC : 74,6%) et une statine (97%). Pour six patients, les bêtabloquants n'ont pas pu être introduits à cause de bradycardie (un cas), d'hypotension (un cas) et de contre-indication pulmonaire ou dermatologique (3 cas). Dans trois cas, ce sont les IEC qui n'ont pas pu être introduit à cause d'hypotension (2 cas) ou de dégradation de la fonction rénale (un cas) (Fig. 9, 10 et 11).

Le délai moyen entre la sortie du service USIC et l'entrée dans le centre de réadaptation cardiaque en ambulatoire est de 50,3 jours (information récupérée auprès de 14 patients). Sur 58 patients (10 patients perdus de vues), 41 sont allés en réadaptation cardio-vasculaire (soit 70,7% de la population) : 33 en ambulatoire (31 sur Hyères ,1 sur Marseille, 1 sur Paris) et 8 en hospitalisation (7 à Léon Bérard et 1 sur Marseille). Dix sept patients ne sont pas allés en réadaptation cardiovasculaire : 3 pour des raisons médicales ; 2 pour des raisons professionnelles ; pour les 12 autres, ils ne le souhaitaient pas ou cela ne leur avait pas été proposé.

Traitement de sortie d'hospitalisation

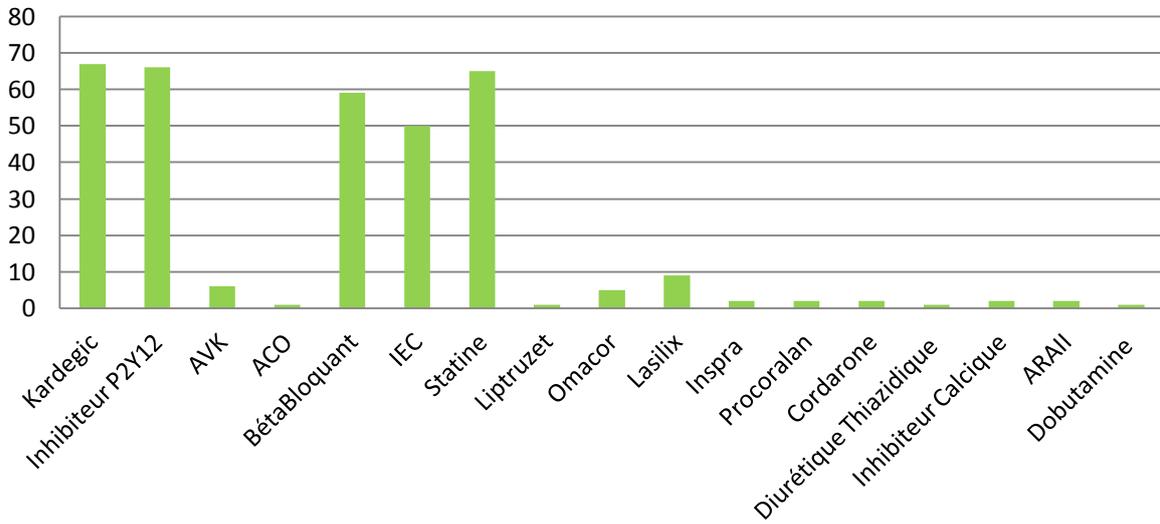


Figure 9 : Traitement pharmacologique à la sortie de l'hospitalisation en USIC

Traitement en fin de réadaptation ou en consultation à 1 mois

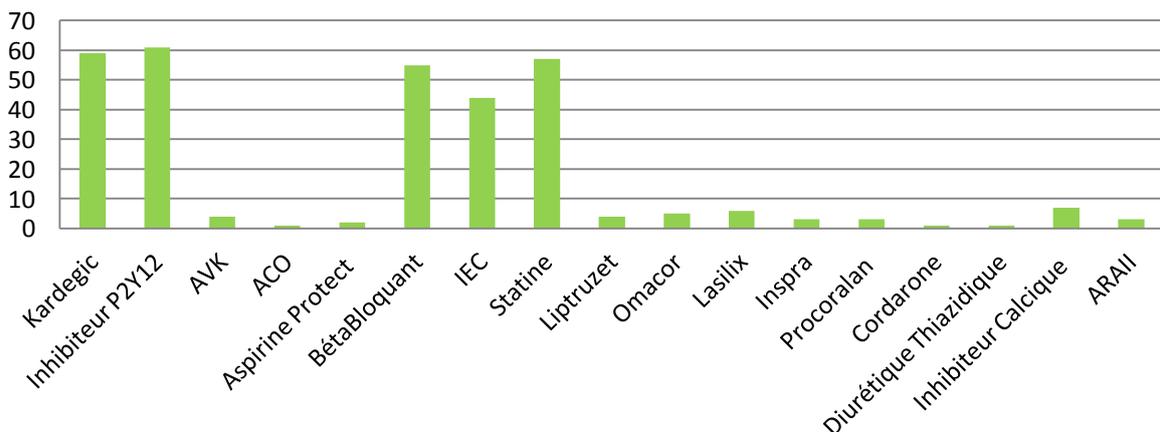


Figure 10 : Traitement pharmacologique en fin de réadaptation ou à la consultation à 1 mois de SCA STE

Traitement dernière consultation

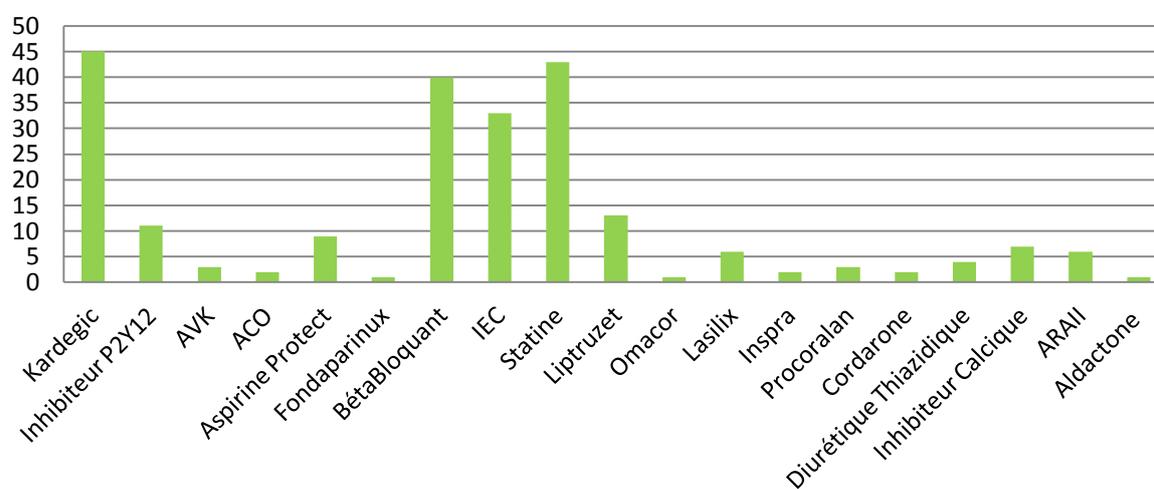


Figure 11 : Traitement pharmacologique lors de la dernière consultation

5) Impact sur la durée de l'arrêt de travail

Nous n'avons pas pris en compte dans ce travail les patients retraités et sans emploi pour l'évaluation de la durée de l'arrêt de travail.

a. Durée de l'arrêt de travail et âge des patients

Nous avons recherché un lien entre l'âge des patients et la durée de l'arrêt de travail. Pour cela, nous nous sommes intéressé aux patients qui ont un âge ≤ 40 ans (en relation avec la définition « d'adulte jeune » en médecine militaire) et ceux qui ont plus de 40 ans.

Cependant, dans le groupe de patients ≤ 40 ans, il n'y avait que 5 patients dont 2 qui sont sans emploi, ne permettant pas la réalisation d'analyse statistique. Concernant les 3 patients actifs, la durée maximale de l'arrêt de travail a été de 365 jours pour l'un d'eux.

b. Durée d'arrêt de travail et activité physique

Ensuite, nous nous sommes intéressés à la durée d'arrêt de travail entre la population qui pratiquait une activité physique avant la survenue de l'infarctus du myocarde (33 patients, moins 11 patients retraités ou sans emploi) et celle qui était sédentaire (25 patients, moins 8 patients sédentaires ou sans emploi).

Dans le groupe de patients actifs physiquement, la durée de l'arrêt de travail a été de 224,5 jours, non significativement différente ($p = 0,43$) de la durée d'arrêt de travail des sédentaires (239,1 jours).

c. Durée d'arrêt de travail et sévérité de la coronaropathie

Nous avons également analysé le résultat de la coronarographie, en s'intéressant à l'éventuel retentissement sur la durée de l'arrêt de travail entre les atteintes monotronculaires et tritronculaires.

Malheureusement, dans le groupe « tritronculaire », il n'y avait que 4 patients en activité professionnelle limitant les possibilités d'analyse statistique. Il est à noter cependant que sur ces 4 patients un a été mis en invalidité et les trois autres ont eu une durée moyenne d'arrêt de travail de 140 jours.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant la durée de l'arrêt de travail dans ces groupes aux effectifs limités, entre les patients ayant bénéficié d'une revascularisation complète (31 patients) et ceux incomplètement revascularisés (7 patients) ($p = 0,12$).

d. Durée d'arrêt de travail et FEVG

Concernant la fraction éjection du ventricule gauche (FEVG), deux groupes ont été comparés : ceux avec FEVG $\leq 35\%$ en sortie d'hospitalisation en USIC et ceux avec FEVG $> 35\%$. Dans le premier groupe, il y avait 5 patients dont 3 retraités et 1 patient qui a été retiré à posteriori car ayant dû être greffé après son infarctus (prise en charge spécialisée, réadaptation obligatoire).

Au final, le groupe avec FEVG $\leq 35\%$ ne comprenait qu'un patient en activité professionnelle, ne permettant pas de comparaison avec le groupe ayant une atteinte moins sévère de la FEVG pour l'arrêt de travail consécutif au SCA. La durée de son arrêt de travail était de 365 jours.

e. Impact de la réadaptation sur la durée de l'arrêt de travail

L'impact de la réadaptation cardio-vasculaire sur la durée de l'arrêt de travail était un des critères majeurs d'évaluation de notre travail. Dans le groupe de patients ayant réalisé une réadaptation après leur SCA STE (Groupe RC+), il existe 8 patients retraités et 2 patients sans emploi. Dans le groupe n'ayant pas participé à la réadaptation (Groupe RC-), il y a 8 patients retraités et 1 patient sans emploi.

Après retrait de ces patients et analyse de la durée d'arrêt de travail entre les deux groupes, la durée de l'arrêt de travail est de 215,3 jours pour le Groupe RC+ versus 261,3 jours pour le Groupe RC-, avec une tendance bénéfique non statistiquement significative ($p = 0,35$).

6) Impact de la réadaptation cardiaque sur la reprise ou l'initiation des activités physiques

Concernant l'impact de la réadaptation cardio-vasculaire sur la reprise des activités physiques, qui était le 2^{ème} critère majeur d'évaluation de ce travail, nous avons comparé la durée de reprise du sport après l'infarctus entre le groupe ayant bénéficié de la réadaptation cardiaque (Groupe RC+) et celui qui n'en a pas bénéficié (Groupe RC-). Pour le Groupe RC+, la durée de l'arrêt des activités physique est de 251,5 jours (sans tenir compte des activités physiques réalisées au Centre de réadaptation cardiaque), versus 42,7 jours pour le Groupe RC- ($p=0,005$).

Nous avons également étudié le bénéfice éventuel de la réadaptation cardiaque chez les patients sédentaires avant l'infarctus concernant l'initiation d'une activité physique pérenne. Dans le Groupe RC+ réadaptation qui compte 17 patients, 10 patients ont initié une activité physique, soit 58,8%. Parmi ceux qui n'ont pas débuté de sport, 2 patients avaient un métier physique (métier du bâtiment et manutentionnaire), 1 patiente avait une pathologie non

cardiologique ne permettant pas l'activité physique et 2 patients avaient un métier « chronophage » limitant l'adhésion au sport.

Dans le Groupe RC- comportant 7 patients, seulement un a initié une activité physique. Pour les autres, 2 patients avaient de lourds antécédents médicaux expliquant leur sédentarité et 1 patient avait un métier « chronophage ».

7) Impact de la réadaptation sur la clinique et la para-clinique

a. FEVG et réadaptation cardiaque

Nous avons évalué la valeur de la FEVG en post SCA ST+ entre le Groupe RC+ et le Groupe RC-.

Pour le Groupe RC+, la FEVG moyenne est de 56,1 %, versus 53,7 % pour le Groupe RC- ($p = 0,22$) donc la différence n'est pas significative.

b. NYHA et réadaptation cardiaque

Dans le Groupe RC+, 75,6 % ont un score NYHA à 1 et 24,4% ont un score NYHA à 2 en post SCA ST+.

Dans le Groupe RC-, 70,6% ont un score NYHA à 1 et 29,4% ont un score NYHA à 2 en post SCA ST+.

c. Test d'ischémie et réadaptation cardiaque

Nous avons analysé la puissance de l'épreuve d'effort réalisée en fin de réadaptation cardiaque ou lors de la consultation de contrôle chez le cardiologue entre le groupe RC + et le groupe RC-.

Dans le groupe RC+, la puissance moyenne de l'épreuve d'effort est à 166,1 W versus 164,4 pour le groupe RC- ($p = 0,47$) donc la différence n'est pas significative.

d. MACE et réadaptation cardiaque

Dans le Groupe RC+, 2 patients ont fait un MACE (SCA STE) mais ces deux événements se sont produits avant qu'ils ne réalisent la réadaptation cardio-vasculaire. A la fin de l'étude, aucun nouveau MACE n'a été répertorié.

Dans le Groupe RC-, 1 patient a fait un MACE (SCA NSTE).

8) Evaluation de la réadaptation cardio-vasculaire par les patients

La perception du bénéfice (ressenti ou supposé) de la réadaptation cardiovasculaire par les patients après leur SCA STE est un élément important pour l'évaluation des pratiques professionnelles du service.

Nous avons stratifié cette évaluation à l'aide d'un questionnaire, en classifiant les réponses par : « Très bénéfique », « Plutôt bénéfique », « Plutôt pas bénéfique », « Pas bénéfique » et « Pas du tout bénéfique ».

Quarante cinq pourcent des patients considèrent leur séjour en centre de réadaptation comme « Très bénéfique », 27,5% que c'est « Plutôt bénéfique » et 5% que c'est « Plutôt pas bénéfique » ; aucun n'a jugé leur séjour comme « Pas bénéfique » ou « Pas bénéfique du tout » (pour 8 patients perdus de vue, pas d'information).

DISCUSSION

Le point de vue des patients sur la réadaptation cardio-vasculaire nous conforte dans l'idée que nous devons continuer à les adresser après un SCA STE. En effet, pour la majorité d'entre eux, la réadaptation est indispensable pour la compréhension de leur maladie, pour l'éducation thérapeutique, pour la reprise ou l'initiation d'une activité physique ; elle l'est également pour tout le versant psychologique et social. Les patients ont besoin de se reconstruire physiquement mais aussi psychologiquement pour pouvoir reprendre le travail dans les meilleures conditions. De plus, nous n'avons eu aucune information négative à propos de la réadaptation cardiaque de la part des patients.

Nous savons que notre étude a un petit effectif ce qui nous a grandement limité dans les analyses statistiques ; c'est le facteur limitant essentiel de ce travail.

Nous n'avons pas pu montrer une différence significative sur la durée de l'arrêt de travail entre les groupes RC+ versus RC- par un manque de puissance de notre étude. Par ailleurs, notre étude est rétrospective et monocentrique. En plus, il existe un nombre non négligeable de perdus de vue.

Nous avons fixé l'âge maximal d'inclusion à 65 ans, en estimant que les patients seraient encore en activité professionnelle à cet âge. Malheureusement, pour la majorité d'entre eux, ils étaient déjà en retraite donc ils n'ont pas été pris en compte lors de l'analyse de la durée de l'arrêt de travail.

Lors de la comparaison de la durée de reprise du sport après l'infarctus entre le groupe ayant bénéficié de la réadaptation cardiaque (Groupe RC+) et celui qui n'en a pas bénéficié (Groupe RC-), nous avons retrouvé une différence significative paradoxalement en faveur de l'absence de

réadaptation cardiaque. Cela peut s'expliquer par le délai d'attente avant le début de la réadaptation cardiaque et la durée de celle-ci. En effet, ces deux éléments augmentent la durée de l'arrêt de sport. Le patient reprendra son activité physique à domicile quand il aura terminé son projet de soin dans le centre. Cependant, le patient recommence le sport dès son arrivée dans le centre puisque celui-ci a une place majeure dans la réadaptation. Nous aurions peut être dû définir la reprise des activités physique au début de la réadaptation. Pour les patients du groupe RC- qui reprennent une activité physique, celle-ci est souvent réalisée après leur premier rendez vous de contrôle avec leur cardiologue, en général effectuée à 1 mois du SCA STE (durée moyenne de reprise à 42,7 jours).

Nous avons également des données manquantes. En effet, nous avons eu beaucoup de difficultés pour récupérer les informations après leur réadaptation, ou celles concernant le suivi chez les cardiologues libéraux. De plus, les dossiers des patients ayant réalisé leur réadaptation cardiovasculaire dans l'ancien centre de René Sabran à Hyères (réadaptation ambulatoire en hospitalisation de jour, regroupée depuis sur le centre Léon Bérard), n'étaient pas accessibles.

Dans notre travail, seulement 11% des tabagiques actifs ont pu bénéficier d'une consultation avec un tabacologue lors de leur hospitalisation. Ce pourcentage est sans doute perfectible pour une structure qui compte tabacologue et cardiologue possédant le DU de tabacologie. Cependant, l'HIA Sainte Anne ne compte qu'une tabacologue, ce qui est insuffisant pour recevoir tous les patients hospitalisés et les consultations externes. En effet, la durée de séjour des patients présentant un SCA STE est < 5 jours, limitant les possibilités de prise en charge spécifique durant leur hospitalisation. Par ailleurs, les consultations externes sont assumées par une seule tabacologue, le cardiologue détenteur du D.U ayant une charge de travail incompatible avec cette activité supplémentaire dont les pneumologues sont également très demandeurs. Aussi, on peut se demander s'il est pertinent de réaliser la consultation anti-tabac en phase aiguë ? Ne faut-il pas mieux attendre en réadaptation, quand les patients seront dans une phase d'acceptation et de compréhension de leur maladie.

Après un SCA STE, chaque patient doit sortir de l'hôpital avec une ordonnance contenant bien évidemment de l'aspirine, un anti-agrégant plaquettaire P2Y12, un bêtabloquant, un IEC et une statine. En pratique clinique, l'introduction de bêtabloquants et/ou IEC peut être limitée notamment par l'hypotension et l'insuffisance rénale. Un des intérêts importants de la réadaptation, est la possibilité d'optimiser et adapter le traitement pharmacologique. La réadaptation cardiaque a donc des avantages pour les patients mais aussi pour les cardiologues. En effet, il y a une suite dans les soins avec une prise en charge continue.

Le délai avant l'entrée du patient dans le centre de réadaptation en ambulatoire est relativement long. En effet, une fois sortie du service d'USIC, le patient est contacté directement par le centre pour fixer son premier rendez-vous avec un des cardiologues réadaptateurs pour mettre en place le projet de soin. Ensuite, il n'existe que deux centres de réadaptation cardiaque pour le département du Var, qui compte 1.048.652 habitants (selon INSEE) avec une population de plus en plus vieillissante. Il est donc normal, qu'il existe un délai d'attente avant d'avoir une place pour réaliser la réadaptation cardiaque. Ce facteur est le principal élément influençant le délai avant le début de la réadaptation cardiaque. Cependant, bien que victime de son succès, il est démontré qu'il n'est pas délétère de décaler de quelques semaines la réadaptation qui garde ses bénéfices. En revanche, cela influe bien sûr sur les résultats en terme de reprise d'activités de ce travail.

Dans notre population, 4 patients avaient une atteinte du TCG, 3 patients ont été stentés directement et un a bénéficié d'un pontage sur le réseau gauche 2 mois plus tard. Il a été réalisé une angioplastie sur le TCG car nous étions dans le cadre de l'urgence. En effet, cette situation était incompatible avec un transfert dans un centre de chirurgie cardiaque hors du département et la mise en œuvre d'une CEC. Les 3 patients n'ont pas bénéficié d'un pontage car leur état clinique ne leur permettait pas un transfert dans un centre réalisant de la chirurgie cardiaque (non disponible dans le département).

Douze patients ont eu une revascularisation incomplète, parmi eux 3 ont bénéficié d'un complément d'angioplastie lors d'une seconde coronarographie et un a eu un pontage coronarien 2 mois après la phase aigue. Pour les autres patients, 3 ont eu un échec de revascularisation (responsable d'une nécrose transmurale sans complication hémodynamique ou rythmique) et 5 avaient des sténoses significatives mais le traitement médical a été décidé en raison du caractère non critique et/ou d'un test d'ischémie rassurant (moins de 2 segments en scintigraphie myocardique ou échographie de stress négative).

CONCLUSIONS

Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique concernant les patients pris en charge pour un syndrome coronaire aigu avec élévation du segment ST (SCA STE) traités de manière interventionnelle à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte Anne de Toulon. Ce travail, réalisé de novembre 2013 à juin 2017, s'intégrait dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernant l'orientation systématique des patients jeunes (moins de 65 ans) et/ou en activité professionnelle vers le Centre de Réadaptation Cardiovasculaire de rattachement (Hôpital Léon Bérard, Hyères) après un SCA STE. Soixante huit patients (59 hommes et 9 femmes) d'âge moyen de 55 ans (36 à 65 ans, médiane = 55 ans) revascularisés par angioplastie en phase aiguë pour SCA STE ont été inclus, avec un suivi moyen de 20 mois.

Nous nous sommes intéressés au bénéfice potentiel de la réadaptation cardiaque sur : la durée de l'arrêt de travail ; la reprise des activités physiques (durée de l'interruption sportive, initiation et pérennisation de l'activité physique) ; le test d'ischémie (niveau d'effort et anomalies éventuelles) ; les MACE (Major Adverse Cardiovascular Events). Le bénéfice subjectif des patients au décours de leur séjour en réadaptation cardio-vasculaire a été évalué par questionnaire. Les critères de jugement primaire étaient la reprise au travail et la reprise des activités physiques (sportives ou de loisir).

La durée d'arrêt de travail a été de 215,3 jours pour le Groupe RC+ (Réadaptation Cardiaque réalisée) versus 261,3 jours pour le Groupe RC- (Réadaptation Cardiaque non réalisée), avec une tendance bénéfique non statistiquement significative ($p = 0,35$). La durée de l'arrêt des activités physiques était de 251,5 jours pour le Groupe RC+ (sans tenir compte des activités physiques réalisées au Centre de réadaptation cardiaque), versus 42,7 jours pour le Groupe RC-. Onze patients sédentaires ont débuté et pérennisé une activité physique : 10 patients dans le groupe RC+ (58,8%) versus 1 patient dans le groupe RC- (14,3%). Concernant le bénéfice ressenti de la réadaptation

cardiaque, 45% des patients considèrent leur séjour en centre de réadaptation comme « Très bénéfique », 27,5% comme « Plutôt bénéfique » et 5% comme « Plutôt pas bénéfique » ; aucun n'a jugé leur séjour comme « Pas bénéfique » ou « Pas bénéfique du tout ».

D'un point de vue subjectif, tous les patients inclus retiennent un bénéfice de cette réadaptation, tant sur le point médical que psychologique et social. L'optimisation de l'état clinique, rassurant les patients sur leurs aptitudes et capacités physiques concourt probablement à une reprise de leurs activités dans les meilleurs délais. Des travaux incluant un plus grand nombre de patients, idéalement multicentriques entre les différents services de cardiologie dont dépend le Centre de Réadaptation Cardiovasculaire Léon Bérard, seraient utiles pour confirmer cette hypothèse. Dans l'attente, ce travail sur l'EPP est en faveur de la pérennisation de la filière d'activité de soins entre le service de Cardiologie de l'HIA Sainte Anne et le Centre Léon Bérard.

BIBLIOGRAPHIE

1. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization;2018.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 7 janv 2018;39(2):119-77.
3. Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, et al. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007;28:160-5
4. Danchin N, Goepfert PC. Exercise training, cardiac rehabilitation and return to work in patients with coronary artery disease. *Eur Heart J* 1988; 9 suppl M: 43-6
5. Isaaz K, Coudrot M, Sabry MH, et al. Return to work after acute ST-segment elevation myocardial infarction in the modern era of reperfusion by direct percutaneous coronary intervention. *Arch Cardiovasc Dis* 2010; 103:310-16

6. Worcester MU, Elliot PC, Turner A, et al. Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung Circul* 2014; 23:444-53
7. Mosca-Vautier V, Sanna A, Plassard D. Aptitude à la reprise du travail chez les patients coronariens de moins de 60 ans ayant bénéficié d'une réadaptation cardiaque. *Arch Mal Prof Envir* 2016 77:378-9
8. Yonesawa R, Masuda T, Matsunaga A, et al. Effects of phase II cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Int Heart J* 2009; 50:279-90.
9. Lamberti M, Ratti G, Gerardi D, et al. Work-related outcome after acute coronary syndrome: implications of complex cardiac rehabilitation in occupational medicine. *Int J Occup Med Environ Health* 2016;29:649-657.
10. Hedbäck B, Perk J, Wodlin P. Long-term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation programme. *Eur Heart J* 1993;14:831-35
11. Fu C, Wang H, Wei Q, He C, Zhang C. Effects of rehabilitation exercise on coronary artery after percutaneous coronary intervention in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 10 juill 2018;1-7.

12. Borges JP, da Silva Verdoorn K. Cardiac Ischemia/Reperfusion Injury: The Beneficial Effects of Exercise. *Adv Exp Med Biol.* 2017;999:155-79.
13. Prince SA, Reed JL, Cotie LM, Harris J, Pipe AL, Reid RD. Results of the Sedentary Intervention Trial in Cardiac Rehabilitation (SIT-CR Study): A pilot randomized controlled trial. *Int J Cardiol.* 19 juill 2018;
14. Marcadet D-M, Pavy B, Bosser G, Claudot F, Corone S, Douard H, et al. French Society of Cardiology guidelines on exercise tests (part 1): Methods and interpretation. *Arch Cardiovasc Dis.* 6 août 2018;
15. Marcadet D-M, Pavy B, Bosser G, Claudot F, Corone S, Douard H, et al. French Society of Cardiology guidelines on exercise tests (part 2): Indications for exercise tests in cardiac diseases. *Arch Cardiovasc Dis.* 6 août 2018;
16. Keteyian SJ, Kerrigan DJ, Lewis B, Ehrman JK, Brawner CA. Exercise training workloads in cardiac rehabilitation are associated with clinical outcomes in patients with heart failure. *Am Heart J.* 10 juill 2018;204:76-82.

Numéro	Nom	Prénom	Sexe	Age	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC (poids/ft Sport/Loisir	Type de sport	Compétition/Loisirs	Nb heure/se Statut Pro	Métier Sède	Métier avec Retraité acti Militaire ?	Atcd coronar
									Loisirs				
1 R		J P	M	52	63	160	24,6	1 B.II	0	1	1 Retraité	0	0
2 S		R	M	63	68	168	24	0		0	0 Retraité	0	0
5 MA		L	F	38	74	163	27,8	0		0	0 Sans emploi	1	0
6 T		S	M	61	105	181	32				Retraité	0	0 Coronarop
7 B		R	M	51	71	175	23	0		0	0 Métier mar	0	1
8 A		N	F	39	66	165	24	0		0	0 Sans emploi	0	0
9 R		J J	M	64	85	193	23	1 C.I	0	1	2 Métier non	1	0
10 Z		S	M	60	91	180	28	1 C.I	0	1	6 Retraité	1	0
11 D		G	M	59	105	175	34,2	0		0	0 Métier non	1	0
12 V		M	M	52	110	185	32,1				Métier mar	0	1
13 C		C	F	54	70	170	24	1 C.II	0	1	4 Métier non	1	0
14 K		E	M	52	88	183	26,2						0
15 G		C	M	46	96	183	28,6	0		0	0 Métier non	1	0
17 C		J L	M	53	82	174	27	1 C.III	1	1	6 Métier non	0	0
18 V		S	F	55	65	170	22,5	1 A.III	0	1	5 Sans emploi	0	0
19 B		P	M	64	90	180	27,8	1 A.I	1	1	4 Retraité	1	0
20 F		T	M	55	79	175	25,8	1 C.III	0	1	2 Métier non	1	0
21 H		J	M	57	120	175	39,2	0		0	0 Métier mar	0	1
24 R		J	M	45			0				0 Sans emploi	0	0
25 V		T	M	50	73	173	24,4	1 A.I	1	0	7 Métier non	1	0
26 O		L	M	40	102	176	33	1 A.III	0	1	4 Métier non	0	1
27 B		N	M	62	75	176	24	1 C.I	0	1	7 Retraité	1	0 Cardiopath
28 N		D	M	54	98	187	28						0
29 M		J M	M	61	73	175	24	0			0 Retraité	0	0
30 S		T	M	51	109	164	41	1 C.I	0	1	5 Métier non	1	0
31 M		H	M	65	95	187	27	0		0	0 Retraité	0	0
32 H		J M	M	47	110	182	33	0		0	0 Métier non	0	0
33 B		C	M	56	50	160	19	1 C.I	0	1	2 Métier mar	0	0
34 M		N	M	36	72	178	22,7	1 C.III	1	0	25 Métier non	0	0
35 A		H	M	56	72	174	23,8	0		0	0 Métier mar	0	1
36 F		P	M	50	63	166	22,8	0		0	0 Métier mar	0	0
37 T		N	M	49	85	175	27,7	1 C.II	0	1	3 Métier non	1	0
38 A		P	M	54	50	164	18,5	0		0	0 Sans emploi	0	0

39 V	JF	M		51	80	178	25	1 C.III		0	1	10	Métier non	0	0	0	0	Coronaropa	
41 P	N	F		52	68	153	29	1 A.III		0	1	3	Métier mar	0	1		0	0	
45 A	C	M		65	86	180	26,5	0				0	Retraité		1		0	0	
46 C	B	M		60	83	172	28	0				0	Métier non	0	0		0	0	
47 B	J	M		47	95	187	27	1 C.II		0	1	4	Métier non	1	0		0	0	
48 D	I	F		55	67	160	26					Sans empic	0	0		0	0	0	
49 B	G	M		60	74	172	25	0				0	Métier non	1	0		0	0	
50 R	A	M		60	67	172	22,6	0				0	Métier mar	0	0		0	0	
51 C	L	M		47	82	181	25	0				0	Métier mar	0	1		0	0	
52 T	L	M		60	70	170	24,2	0				0	Métier non	1	0		0	0	
53 S	P	M		53	87	170	30	1 A.III		0	1	4	Retraité		0		0	0	
54 M	F	M		62	85	187	24,3	1 C.II		0	1	1,5	Retraité		1		0	0	
55 B	C	M		62	96	170	33	0				0	Métier non	1	0		0	0	
56 D	JN	M		60	78	176	25,5	1 C.II		0	1	3	Retraité		1		0	0	
57 L	P	M		63	95	179	29,6	0				0	Métier non	1	0		0	0	
58 T	P	M		51	61	174	20	1 C.I		0	1	5	Métier mar	0	1		0	0	
59 G	P	M		62	75	170	26	0				0	Retraité				0	0	
60 DG	A	M		60	71	176	21,7	0				0	Retraité		1		0	0	
61 V	A	M		63	66,7	175	21,8	1 C.I		0	1	4	Retraité		1		0	0	
62 J	S	F		44	55	160	21,4	1 C.II		0	1	2	Militaire	0	0		1	0	
63 DL	P	M		57	98	180	30,2	1 C.II		1	0	6	Métier non	0	0		0	0	
64 C	JP	M		50	73	171	25	1 C.III		0	1	7	Militaire	0	0		1	0	
65 F	E	M		64	100	186	29	1 C.III		0	1	3	Retraité		1		0	0	
66 J	S	M		53	107	181	32,7	1 C.II		0	1	4	Métier non	0	0		0	0	
67 M	E	M		46	70	167	25	0				0	Métier non	0	0		0	0	
68 CDM	JS	M		64													0	0	0
69 L	JD	M		45	96	179	30	0				0	Métier mar	0	0		0	0	
70 C	F	F		59	47	158	18,8	1 C.I		0	1	7	Métier mar	0	0		0	0	
71 A	G	F		65	61	161	23,5					Retraité					0	0	0
73 H	R	M		64	92	167	33	1 A.I		0	1	4	Retraité		1		0	0	
74 M	J	M		64	80	173	26,7	1 C.III		0	1	8	Métier non	0	0		0	0	
75 B	JP	M		55	79	175	25,8	0				0	Métier mar	0	1		0	0	
76 S	J	M		64	88	175	28,7	1 C.I		0	1	3	Retraité		1		0	0	
78 T	E	M		56	95	193	25,5	1 C.III		0	1	7	Militaire	0	0		1	0	
79 P	JC	M		37	80	178	25	1 C.II		0	1	6	Métier mar	0	1		0	0	

FDRCV				Nb de FDRCV/Date SCA ST Mode préser FEVG (%)		NYHA	Lésion à la coro					Consult						
Tabac actif	Tabac sevré	Diabète	Dyslipidémie	HTA	Hérédité		Lésion monol	Lésion Bi	Lésion Tri	TCG	IVA	Arrière touchée	CD	Revascularisation com				
1	0	0	0	0	1	2 05/11/2013 Scène infar	50	1	1	0	0	0	1	0	1	0		
1	0	0	0	0	1	2 20/11/2013 Scène infar	50	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	
1	0	1	0	0	1	3 10/01/2014 Scène infar	50	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	
1	0	1	1	1	0	4 17/02/2014 Scène infar	50	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
1	0	0	1	0	1	3 20/02/2014 Scène infar	60	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0 23/02/2014 Tableau at	50	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
0	0	0	1	0	0	1 18/03/2014 Scène infar	55	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1
0	1	1	1	1	1	5 04/05/2014 Choc Cardic	20	4	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
1	0	0	0	1	0	2 20/05/2014 Scène infar	50	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
0	1	0	1	1	1	4 23/05/2014 Scène infar	50	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1
0	0	0	0	1	1	2 28/06/2014 Tableau at	54	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2 30/07/2014 Scène infar	55	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
0	1	0	0	0	1	2 14/08/2014 Scène infar	58	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
0	1	0	1	1	0	3 10/09/2014 Trouble du	40	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
0	1	0	0	0	0	1 11/09/2014 Scène infar	60	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
0	1	1	1	1	0	4 03/10/2014 Scène infar	40	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	2 10/11/2014 Scène infar	50	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
0	0	0	1	0	0	1 22/11/2014 Scène infar	45	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
0	0	1	0	0	0	1 17/12/2014 Choc Cardiogénique		0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0	1 27/01/2015 Scène infar	47	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
1	0	0	1	0	0	2 01/02/2015 Scène infar	45	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	2 25/02/2015 Scène infar	37	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0 17/03/2015 Scène infar	60	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
0	0	0	1	0	0	1 19/03/2015 Scène infar	45	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1
0	1	0	1	1	1	4 21/03/2015 Scène infar	47,5	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
0	0	1	0	1	0	2 24/03/2015 Tableau at	50	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
1	0	1	1	1	0	4 22/04/2015 Scène infar	60	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0
1	0	1	0	0	0	2 08/06/2015 Scène infar	27,5	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
0	0	0	0	0	1	1 15/06/2015 Scène infar	40	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1
1	0	0	0	0	0	1 18/06/2015 Scène infar	45	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
1	0	0	0	0	0	1 07/07/2015 Scène infar	60	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
1	0	0	1	1	0	3 14/08/2015 Scène infar	55	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
1	0	0	0	0	1	2 25/08/2015 Scène infar	60	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0

Traitement de sortie											adaptation cardio-vasculaire			Hospitalisé/Ambulatoire			Durée AT (j) Récupération					
Kardégic	hibiteur P2Y	AVK	ACO	étaBloquar	IEC	Statine	Lipruzet	Omacor	Lasilix	Inspira	Procoralan	Coronarone	ique Thiazidibiteur Caici	ARALI	Dobu	Réadaptation	Interets	ospitalisati	Ambulatoire			
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1			
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1			
1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	10	1		
1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1			
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	1		
1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	Plûtôt Béné	1	0			
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	120	1		
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1		
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	1		
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	1		
1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	Plûtôt Béné	0	1	1210		
1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	90		
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Plûtôt pas	0	1	21	1	
1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Plûtôt Béné	0	1	300	1	
1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	210	1		
1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	365	0	
1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	Plûtôt Béné	1	0	0	0	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Plûtôt Béné	1	0	0	0	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	180	1	
1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Plûtôt Béné	1	0	0	0	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	150	0	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	935	0		
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	90	1	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Très Bénéfi	0	1	180	1	
1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	875	0	0	0

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.