PREVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

INCITATION AU DEPISTAGE DE PATIENT PORTEURS DE FACTEURS DE RISQUE

DOSSIER DOCUMENTAIRE - JANVIER 2010

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

PROBLEMATIQUE

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent la deuxième cause de mortalité et de handicap en France. D'après l'INSEE, en 2005, il y a eu 150 000 décès par MCV contre 155 400 par maladies cancéreuses.

Chaque année, près de 12 000 décès par maladies cardio-vasculaires surviennent dans le Nord -Pas-de-Calais. La région présente une surmortalité régionale importante et significative par rapport aux données nationales pour les décès de maladie de l'appareil circulatoire. L'indice comparatif de mortalité est de 125 chez les hommes et 120 chez les femmes (étude ORS sur la période 1995-1997).

Compte tenu des différents facteurs de risques, familiaux, socioculturels, et économiques, statistiquement majorés dans notre région, l'objectif est donc :

- D'attirer l'attention des patients qui pourraient en être porteurs, sans en avoir conscience,
- D'inviter les médecins généralistes à dépister et à cibler ces patients,
- D'inciter ces patients à vérifier les paramètres biologiques faisant partie des facteurs de risque,
- De les encourager à changer leurs comportements et à modifier leur hygiène de vie, afin d'atténuer la portée de certains facteurs de risque.

La prise en charge de ces patients, grâce à une bonne évaluation de certains paramètres, est donc essentielle et doit être une préoccupation constante pour le médecin, dans l'optique de la prévention des accidents auxquels ils exposent le patient, des lourdes séquelles qu'ils entraînent, et de la minoration du coût économique induit.

LES REFERENTIELS

- **Référentiel « Consultation cardiologique en prévention cardiovasculaire » ; Union nationale de Formation et d'évaluation en médecine CardioVasculaire (UFCV) et Société Française de Cardiologie (SFC), Avril 2007.**
- **Méthodes d'Evaluation du risque Cardio-Vasculaire global, ANAES, Juin 2004.**
- **Contrôle des FDR CV Guide Médecin ALD HAS 2007**
- **Guide ALD 13, HAS Mars 2007 Maladie Coronarienne**
- **Guide ALD 8, HAS Juillet 2007**
- **Actualisation de recommandations: Prise en charge des patients présentant des risques cardiovasculaires ; AFSSAPS, 8 Mars 2005**
- **INSEE Causes des Décès en 2005**
- **Dépistage du Risque individuel cardio-vasculaire en Médecine Générale, Etude sur le secteur de BERLAIMONT; 2003, URMEL Nord – Pas-de-Calais.**
- **Données de mortalité de 1995 à 1997, indice comparatif standardisé par rapport à la France, ORS Nord – Pas-de-Calais ; 1999.**

LES PRINCIPAUX MESSAGES

Il s'agit, pour chaque médecin, d'être vigilants, et de repérer les patients présentant des **facteurs de risque cardio-vasculaires** évidents, et de rechercher l'existence ou non d'autres facteurs latents.

A) Les facteurs de risque reconnus sont :

1°) Facteurs de risque **majeurs** :

Effet multiplicateur du risque cardio-vasculaire indépendamment des autres facteurs de risque.

- Tabagisme
- Hypertension artérielle permanente :
*soit PAS >140 ou PAD > 90 mm d'Hg confirmées par trois mesures au cours de deux consultations,
*soit PAS ≥ 135 ou PAD ≥ 85 par auto-mesure.
- Tachycardie
- Élévation du cholestérol total
- Élévation du LDL-cholestérol
- Diminution du HDL-cholestérol
- Diabète de type 2
- Âge

2°) Facteurs de risque **prédisposants** :

Effet potentialisateur lorsqu'ils sont associés aux facteurs de risque majeurs.

- Obésité androïde
- Sédentarité
- Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce (H < 55 ans, F < 65 ans)

© GROUPES QUALITE 2010

- Aspects psychologiques et sociaux (précarité)

- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin par jour pour l'homme, plus de 2 verres par jour pour la femme)

B) Les signes d'alerte

En tenant compte de ces données scientifiques et statistiques, il s'agit de vous fournir un outil pragmatique, et une procédure simplifiée.

Le but est de dépister des patients non suivis régulièrement, et qui vous consultent pour un motif occasionnel (épisode infectieux, traumatisme, ou demande de certificat, etc. . . .)

Les facteurs de risque sont donc détaillés dans l'ordre où vous allez les observer, en prendre connaissance, ou les constater :

1°) L'âge :
- Homme de plus de 50 ans,
- Femme de plus de 60 ans.

2°) Le contexte psycho-social, précarité, stress :
Observance minorée, mauvais accès aux Soins, dépression.

3°) Le tabagisme :
Actuel ou interrompu depuis moins de 3 ans.

4°) La sédentarité :
Il est recommandé de pratiquer 3 séances par semaine de 20 minutes (minimum) d'activité physique. La Fréquence Cardiaque pendant l'exercice ne doit pas dépasser 65 à 80% de la Fréquence Maximale Théorique (FMT = 220 – Age).

5°) Les antécédents personnels et familiaux :
a) Personnels : A vérifier, car s'ils sont présents, il ne s'agit plus de dépistage primaire.

b) Familiaux :
- Mort subite ou infarctus du myocarde chez le père ou un frère âgé de moins 55 ans,
- Mort subite ou infarctus du myocarde chez la mère ou une sœur âgée de moins 65 ans.

6°) Le syndrome métabolique :
Il semble avoir plus de valeur prédictive d'un accident cardio-vasculaire que la surcharge pondérale globale.
Il est présent lorsque le périmètre abdominal dépasse :
- 102 cm chez l'homme,
- 88 cm chez la femme.

NB : Les NORMES EUROPÉENNES rapportent des limites inférieures :
- 94 cm chez l'homme,
- 80 cm chez la femme.

7°) L'obésité :
Sans corrélation avec le syndrome métabolique, mais susceptible d'entrainer des perturbations métaboliques ;
A partir d'un Indice de Masse Corporelle (IMC) > 30 Kg/m2.

8°) L'hypertension :
Au delà de 140 / 90 mm d'Hg.

9°) La tachycardie de repos :
Une augmentation de 20 Pulsations/minute multiplie par 6 les risques de MCV (Framingham).

10°) Les dyslipidémies :
Les constantes doivent être maintenues :

Triglycérides < 1.5g/l

Cholestérol HDL > 0.40 g/l chez l'homme et > 0.50 g/l chez la femme.

Cholestérol LDL : selon l'échelle suivante :
0 Facteur de Risque : LDL< 2,20 g/l
1 Facteur de Risque : LDL< 1,90 g/l
2 Facteurs de Risque : LDL< 1,60 g/l
3 Facteurs de Risque : LDL< 1,30 g/l
ANTÉCÉDENTS CV : LDL< 1,00 g/l

11°) Le diabète :
Glycémies itératives à jeun > 1,26 g/l

NB : Un HOMME de plus de 50 ANS présente déjà 2 FACTEURS DE RISQUE !

C) La conduite à tenir pratique

➔ Il vous est donc demandé, de rechercher les FACTEURS DE RISQUE
1°) L'âge
2°) Le contexte psycho-social
3°) Le tabagisme
4°) La sédentarité
5°) Les antécédents personnels et familiaux

➔ DE RECHERCHER PAR L'EXAMEN CLINIQUE
6°) Le syndrome métabolique
7°) L'obésité
8°) L'hypertension
9°) La tachycardie

➔ SANS OUBLIER LA RECHERCHE DES SIGNES AUSCULTATOIRES NI LA RECHERCHE DE L'ABOLITION DES POULS PERIPHERIQUES
➔ ENFIN, DE VÉRIFIER LE BILAN BIOLOGIQUE A LA RECHERCHE DE :

10°) Dyslipidémies
11°) Hyperglycémie

➔ EN DECOULERA ENSUITE LA PRECONISATION DE MESURES DIETETIQUES ET EVENTUELLEMENT THERAPEUTIQUES.

LES POINTS ESSENTIELS

- **Dans un contexte sanitaire qui voit progresser le nombre d'obèses, ainsi que le risque de l'augmentation des maladies cardio-vasculaires, ce thème a pour but d'inciter les médecins généralistes à dépister plus précocement les malades à risque qui s'ignorent.**
- **Il a également pour intérêt de permettre au médecin un repérage, et un « ciblage » de ces patients, par l'intermédiaire d'une procédure simplifiée.**

© GROUPES QUALITE 2010

ANNEXE TECHNIQUE SUR LES TROIS RATIOS PORTANT SUR LA PREVENTION PRIMAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

- **Préambule**

L'intérêt de ce thème est de sensibiliser les médecins des Groupes Qualité à la prise en charge des patients à risque.
On recherche le nombre de patients qui vont être dépistés suite à un changement de comportement du médecin. On observe, si trimestre par trimestre, un nouveau patient bascule dans le groupe bilanté.
On évalue les pratiques des médecins des Groupes Qualité (GQ) sur le « ciblage » et donc la prise en charge de ces patients à hauts risques cardiovasculaires par rapport au Groupe Témoin (GT).
L'interprétation ne se fait pas en comparaison avec le trimestre de l'année précédente, mais uniquement sur un recul d'une année.

- **Construction de la cohorte :**

Pour chaque médecin, on dénombre les assurés, hommes de plus de 50 ans, femmes de plus de 60 ans, non ALD, ayant déclaré le praticien correspondant (GQ) en tant que médecin traitant, qui n'ont pas consommé de soins médicaux (C ou V) dans les 2 ans précédents.

Les 2 cohortes, du Groupe Qualité (GQ) et du Groupe Témoin (GT), sont construites sur la même période de référence afin de pouvoir comparer les résultats. Elles ne changeront pas au cours de l'année.

- **Recherche des indicateurs :**

Parmi ces cohortes, on recherche chaque trimestre :
- **les patients ayant eu une C ou une V ;**
- **les patients ayant eu un bilan biologique suite à cette C ou V ;**
- **les patients ayant eu une C ou une V suite à ce bilan biologique.**

Ratio 1 = Nb patients ayant eu une C ou une V / Nb patients constituant la cohorte.

Ratio 2 = Nb patients ayant eu un bilan biologique suite à cette C ou V / Nb patients ayant eu une C ou une V.

Ratio 3 = Nb patients ayant eu une C ou une V suite à ce bilan biologique / Nb patients ayant eu un bilan biologique.

La présentation des retours statistiques se fera sous forme de tableaux cumulés chaque trimestre :

1er trimestre : T1
2ème trimestre : T1 + T2
3ème trimestre : T1 + T2 + T3
4ème trimestre : T1 + T2 + T3 + T4

COMITE DE REDACTION

- **Michel LUFIACRE – Médecin coordinateur des groupes qualité du Nord-Pas-de-Calais**
- **Patrick LEROUX – Médecin généraliste, animateur d'un groupe qualité et élu à l'Union régionale des médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais**
- **Jean-Marc LUEZ – Médecin généraliste, animateur d'un groupe qualité et président de la commission Evaluation/Formation à l'Union régionale des médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais**
- **Adeline PERICHET – Chargée de mission à l'Union régionale des médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais**

COMITE DE RELECTURE

- **Stéphanie FRERE – Statisticienne à l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais**
- **Sylvain LEQUEUX – Chargé de mission à l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais**
- **Jean-Pierre MAIRESSE – Médecin coordinateur des groupes qualité de la Haute Normandie**
- **Jean-Marc REHBY – Président de l'Union régionale des médecins libéraux du Nord-Pas-de-Calais**
- **Alain ROUX – Médecin coordinateur des groupes qualité de la Basse Normandie**
- **Vincent VANBOCKSTAEL – Médecin conseil à l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais**

LES INDICATEURS

Ils vont permettre aux médecins des GROUPES QUALITÉ de suivre graduellement l'évolution de leur pratique.

1°) Les services statistiques de l'URCAM, puis de l'ARS (Agence Régionale de Santé), vont déterminer dans votre patientele :
- les hommes de plus de 50 ans,
- les femmes de plus de 60 ans,
- non ALD,
- vous ayant déclaré en tant que médecin traitant,
- et n'ayant pas consommé de soins médicaux (C ou V) au cours des 2 années précédentes.

2°) Parmi ces « patients », vont être dénombrés, chaque trimestre :
- ceux ayant eu une C ou une V ;
- ceux ayant eu un bilan biologique suite à cette C ou V ;
- ceux ayant eu une C ou une V suite à ce bilan biologique.

3°) L'objectif est de faire augmenter les 3 coefficients suivants :

Ratio 1 = Nb patients ayant eu une C ou une V / Nb patients constituant la cohorte.
Ratio 2 = Nb patients ayant eu un bilan biologique suite à cette C ou V / Nb patients ayant eu une C ou une V.
Ratio 3 = Nb patients ayant eu une C ou une V suite à ce bilan biologique / Nb patients ayant eu un bilan biologique.

DISCUSSION DE LA PERTINENCE DES INDICATEURS ET DE LEURS LIMITES

Il est logique de construire une batterie d'indicateurs visant les enjeux essentiels de la prévention des MCV.

Après une première simulation décevante, il avait été envisagé de procéder à un audit des pratiques, mais nous avons redouté que cette démarche soit chronophage pour les participants.

Après un nouvel essai, il est apparu que les indicateurs choisis devenaient fiables, et permettaient aux praticiens de suivre l'impact de leur stratégie thérapeutique sur l'évolution des facteurs de risque.

© GROUPES QUALITE 2010