

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

PLACE DE LA READAPTATION CARDIAQUE ET DE L'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DU PATIENT CORONARIEN EN MEDECINE GENERALE

Etude prospective du suivi post-Syndrome Coronarien Aigu à 6 mois
de 52 patients et 30 médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le *9 Octobre 2013 à 18 heures*

au Pôle Recherche

Par *Anne-Marie LUCCHESI*

Jury

Président : Monsieur le Professeur Salem KACET

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Nicolas LAMBLIN

Monsieur le Professeur Hervé HUBERT

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Nathalie ASSEZ

Table des matières

INTRODUCTION.....	18
1. Généralités.....	18
1.1. Définition du Syndrome Coronarien Aigu (SCA) et de la maladie athéromateuse	18
1.2. Définition des facteurs de risque cardiovasculaire	21
1.3. Epidémiologie des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque cardiovasculaire	22
1.4. Situation de la maladie coronarienne de la région Nord-Pas-de-Calais	23
1.5. Récentes recommandations concernant le suivi post-SCA.....	24
1.6. Prévention secondaire après un SCA.....	27
2. Problématique de l'étude.....	27
MATERIELS ET METHODES	29
1. Objectifs de l'étude.....	29
1.1. Objectif principal.....	29
1.2. Objectifs secondaires	29
2. Echantillon étudié.....	29
2.1. Définition de l'échantillon.....	29
2.2. Méthode de recrutement des participants	30
2.2.1. Critères d'inclusion.....	30
2.2.2. Critères de non-inclusion	31
3. Critères d'évaluation	32
3.1. Critère principal	32
3.2. Critères secondaires	32
4. Déroulement pratique de la recherche.....	32
5. Différentes étapes de l'étude.....	35

5.1.	Schéma de l'étude réalisée auprès des patients	35
5.2.	Schéma de l'étude réalisée auprès des médecins	36
6.	Méthodes d'analyse statistiques	37
6.1.	Statistiques comparatives.....	38
6.1.1	Analyse comparative de l'évolution des variables qualitatives aux trois temps de l'étude	38
6.1.2.	Analyse comparative de l'évolution des variables qualitatives à deux temps de l'étude.....	38
6.2.	Analyse croisée des variables qualitatives étudiées à 3 et 6 mois du suivi-post SCA avec la réalisation ou la non-réalisation d'une réadaptation cardiaque	40
RESULTATS		42
1.	Résultats descriptifs des Patients	42
1.1.	Caractéristiques de l'échantillon.....	42
1.2.	Facteurs de risque cardiovasculaire des patients.....	44
1.3.	Risque cardiovasculaire global des patients	46
1.4.	Résultats descriptifs des entretiens téléphoniques auprès des patients aux trois temps de l'étude à 1 mois (T1), à 3mois (T2) et 6 mois (T3).....	47
1.4.1.	Evolution des facteurs de risque cardiovasculaire et leurs stratégies de prise en charge par les médecins généralistes durant le suivi post-SCA	47
1.4.1.1.	Le tabac et le sevrage tabagique	48
1.4.1.2.	L'hypertension artérielle et le contrôle de la pression artérielle	48
1.4.1.3.	La dyslipidémie et la surveillance du bilan lipidique	49
1.4.1.4.	Le diabète et la surveillance du bilan glucidique	49
1.4.1.5.	Le surpoids et l'équilibre alimentaire.....	50
1.4.1.6.	L'activité physique régulière et la prise en charge de la sédentarité	51
1.4.1.7.	La surveillance de la consommation d'alcool et le sevrage	52
1.4.1.8.	Evolution de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire aux trois temps de l'étude.....	53
1.4.2.	Correction des facteurs de risque modifiables à 6 mois du suivi	54

1.4.3.	Informations délivrées par le médecin généraliste durant le suivi post-SCA	55
1.4.4.	Connaissance des patients concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, la pathologie coronarienne et le traitement	56
1.4.4.1.	Connaissances des facteurs de risque cardiovasculaire	56
1.4.4.2.	Connaissance de la pathologie coronarienne.....	58
1.4.4.3.	Connaissance du traitement	60
1.4.5.	Examens complémentaires réalisés recommandés dans le suivi post-SCA et le suivi cardiologique.....	61
1.4.6.	Suivi et observance du traitement BASI	63
1.4.7.	La réadaptation cardiovasculaire et ses bénéfices à 3 mois vs 6 mois du suivi	64
1.4.8.	La perception des patients sur le suivi post-SCA avec leurs médecins généralistes et leurs attentes.....	65
1.4.9.	Evolution et suivi des patients.....	67
1.4.9.1.	Reprise des activités et qualité de vie	67
1.4.9.2.	Evolution des patients et morbidité durant le suivi	68
1.4.10.	Synthèse à 6 mois du suivi post-SCA relative aux indicateurs de résultats de l'HAS	70
2.	Résultats descriptifs des médecins.....	71
2.1.	Caractéristiques de l'échantillon.....	71
2.2.	Suivi initial des patients avec leurs médecins généralistes à T0.....	72
2.3.	Etude descriptive des stratégies de prise en charge mises en œuvre par les entretiens téléphoniques auprès des médecins généralistes aux trois temps de l'étude à 1 mois (T1), 3 mois (T2) et 6 mois (T3).....	72
2.3.1.	La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire	72
2.3.1.1.	Le tabac	72
2.3.1.2.	L'hypertension artérielle	73
2.3.1.3.	La surveillance du bilan lipidique.....	73
2.3.1.4.	La surveillance du bilan glucidique	73
2.3.1.5.	La surveillance pondérale et de l'alimentation	74

2.3.1.6.	Le suivi de la pratique d'une activité physique régulière	74
2.3.1.7.	Le suivi de la consommation d'alcool	74
2.3.2.	L'information et la recherche de douleur thoracique ainsi que l'utilisation du dérivé nitré en autotest	75
2.3.3.	L'information délivrée aux patients concernant leurs facteurs de risque et la maladie coronarienne	76
2.3.4.	La réadaptation cardiaque et ses bénéfices	76
2.3.5.	La recherche d'atteintes poly-vasculaires.....	76
2.3.6.	Le suivi du traitement BASI	77
2.3.7.	La perception des médecins concernant les stratégies de prise en charge des patients et l'abord de l'éducation thérapeutique	78
3.	Analyse comparative de l'évolution de la « correction » des facteurs de risque, des connaissances des patients sur la maladie coronarienne et leur traitement, de la morbidité et la qualité de vie des patients au cours du suivi post-SCA.....	80
3.1.	Evolution de la « correction » des facteurs de risque, du suivi du traitement BASI, de la morbidité et de la qualité de vie des patients aux trois temps de l'étude	80
3.2.	Evolution de la « correction » des facteurs de risque, l'observance du traitement BASI et des éléments de la prise en charge des patients entre 3 et 6 mois du post-SCA	81
3.3.	Evolution des connaissances des patients concernant la conduite à tenir (CAT) en cas de douleur thoracique (DT), et l'équilibre alimentaire au cours du suivi post-SCA à 6 mois	83
4.	Analyse croisée des variables relatives au suivi post-SCA avec la prise en charge en réadaptation cardiaque	85
4.1.	Conditions d'admission en réadaptation cardiaque	85
4.2.	Bénéfices de la réadaptation cardiaque à 3 mois du suivi post-SCA.....	85
4.3.	Bénéfices de la réadaptation cardiaque à 6 mois du suivi post-SCA.....	88
	DISCUSSION	92
1.	Discussion des Résultats	92

1.1.	La maladie coronarienne est préoccupante dans la région du Nord-Pas-de-Calais	92
1.2.	Un profil de patients coronariens plus jeunes avec des facteurs de risque modifiables bien déterminés est décrit.....	93
1.2.1.	L'émergence de la pathologie coronarienne chez les sujets jeunes et les femmes	93
1.2.2.	L'émergence de nouveaux facteurs de risque cardiovasculaire.....	94
1.3.	L'évolution de la « correction » des facteurs de risque et des connaissances des patients relatives à la pathologie coronarienne et à leur traitement est limitée durant le suivi post-SCA	96
1.4.	L'application des recommandations de l'HAS concernant le suivi post-SCA peut être améliorée.....	99
1.4.1.	Certaines informations recommandées sont insuffisamment délivrées ou « mal » perçues par les patients- Approche de l'éducation thérapeutique	99
1.4.2.	Les stratégies de prise en charge recommandées sont partiellement appliquées	102
1.4.3.	La prescription des examens complémentaires recommandés initiée par le médecin généraliste est très limitée	104
1.4.4.	Le suivi du traitement BASI est satisfaisant.....	106
1.5.	Tous les patients devraient réaliser une réadaptation cardiaque dans le post-SCA.....	108
1.6.	La réadaptation cardiaque offre de nombreux bénéfices.....	110
1.6.1.	La réadaptation cardiaque favorise la correction des facteurs de risque cardiovasculaire et modifie les habitudes de vie	111
1.6.2.	La réadaptation cardiaque conditionne les stratégies de prise en charge des facteurs de risque.....	113
1.6.3.	La réadaptation cardiaque améliore la compréhension de la maladie et du traitement des patients qui favoriserait leur comportement en situation de crise et l'observance du traitement BASI.....	114
1.6.4.	La réadaptation cardiaque améliore la qualité de vie et pourrait diminuer la morbi-mortalité.....	116
2.	Limites de l'étude	117
2.1.	Biais de résultats	117
2.2.	Mode de recueil des résultats.....	118

2.3. Biais de recrutement.....	119
2.4. Effets Collatéraux.....	119
3. Perspectives d'avenir des pratiques éducatives dans la prévention secondaire	120
CONCLUSION.....	124
BIBLIOGRAPHIE.....	126
ANNEXES.....	137
Annexe 1 : Recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA :.....	137
Annexe 2 : Examens complémentaires recommandés dans le suivi post-SCA.....	138
Annexe 3 : Informations recommandées par l'HAS au cours du suivi post-SCA	138
Annexe 4 : Lettre d'information et de non opposition des patients dans le cadre d'une recherche non interventionnelle	139
Annexe 5 : Lettre d'information et de non opposition des médecins généralistes dans le cadre d'une recherche non interventionnelle	141
Annexe 6 : Déclaration CNIL	143
Annexe 7 : Illustration de l'Entretien téléphonique semi-dirigé à 6 mois du suivi auprès des patients ...	144
RESUME.....	161

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Classification des SCA.....	19
Figure 2 : Physiopathologie des SCA.....	20
Figure 3 : Développement de la maladie athéromateuse.....	21
Figure 4 : Ensemble des FDR CV et des Facteurs prédisposants à T0.....	45
Figure 5 : Risque Cardiovasculaire Global à T0.....	47
Figure 6 : Modifications déclarées des habitudes de vie (FDR modifiables) à T3.....	54
Figure 7 : Evolution de deux facteurs prédisposants et de la qualité de vie aux trois temps de l'étude.....	81
Tableau I : Caractéristiques des patients.....	42
Tableau II : Caractéristiques du SCA et son traitement à la phase aigüe.....	43
Tableau III : Facteurs de risque cardiovasculaire à T0.....	44
Tableau IV : Evolution des facteurs de risque cardiovasculaire.....	53
Tableau V : Informations délivrées par le MG lors du suivi concernant les facteurs de risque et la douleur thoracique.....	55
Tableau VI : Connaissances des patients concernant les FDR CV durant le suivi.....	56
Tableau VII : Connaissance des patients concernant la pathologie coronarienne.....	58
Tableau VIII : Connaissance des patients du traitement BASI.....	60
Tableau IX : Examens recommandés et suivi cardiologique.....	61
Tableau X : Le Suivi du traitement BASI.....	63
Tableau XI : Evolution des patients et morbidité.....	69
Tableau XII : Indicateurs de résultats et d'accès à 6 mois du suivi post-SCA.....	70
Tableau XIII : Caractéristiques des médecins.....	71
Tableau XIV : Information et recherche d'une douleur thoracique.....	75
Tableau XV : Stratégies mises en œuvre et perception générale des médecins généralistes concernant le suivi éducatif post-SCA.....	79
Tableau XVI : Evolution des variables significatives entre T2-T3 et T1-T3.....	84
Tableau XVII : Bénéfices de la réadaptation cardiaque à T2.....	87
Tableau XVIII: Bénéfices de la réadaptation cardiaque à T3.....	90

ABREVIATIONS

AACPR : American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

AHA : American Heart Association

AIT : Accident ischémique transitoire

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AOMI : Artériopathie des membres inférieurs

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CV : Cardiovasculaire

DT : Douleur Thoracique

DN : Dérivé Nitré

ECG : Electrocardiogramme

ETP : Education thérapeutique

ESC : European Society of Cardiology

FDR CV : Facteur de risque cardiovasculaire

FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HDLc :High density lipoprotein

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

IPS : Index de Pression Systolique

LDLc : Low density lipoprotein

MC : Maladie Coronarienne

MCV : Maladie cardiovasculaire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

RC : Réadaptation Cardiaque

RCV : Risque Cardiovasculaire

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SFC : Société Française de Cardiologie

Tus : Troponine Ultrasensible

INTRODUCTION

1. Généralités

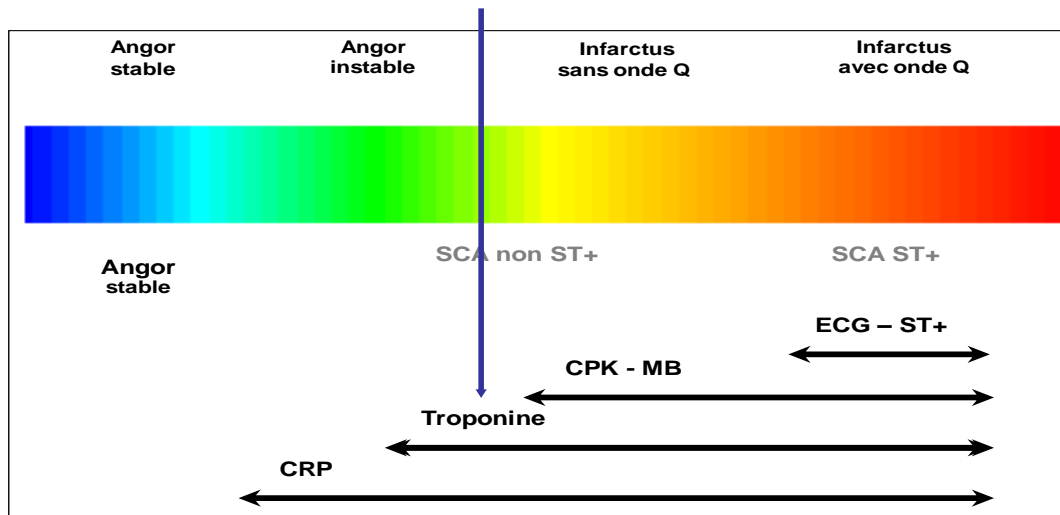
1.1. Définition du Syndrome Coronarien Aigu (SCA) et de la maladie athéromateuse

Le syndrome coronarien aigu (SCA) regroupe un ensemble de signes cliniques, électrocardiographiques et biologiques reposant essentiellement sur la survenue d'une douleur thoracique, une modification du segment ST et de la possible apparition d'une onde Q sur l'électrocardiogramme (ECG) ainsi qu'une élévation des enzymes cardiaques en particulier la troponine ultrasensible (Tus). Le SCA a été défini par un consensus de l'American College of Cardiology et la Société Française de Cardiologie en 2000, corroboré par de nouvelles publications en 2003 puis 2007 et 2012, remplaçant ainsi l'ancienne appellation d'Infarctus du myocarde (IDM) (1-2).

Le type de SCA est ainsi précisé selon la présence d'anomalies du segment ST sur l'ECG en ST+ ou non ST + traduisant une lésion sous-épicaudique dans le premier cas ou sous endocardiue dans le second cas (Figure 1). L'augmentation de la Tus permet notamment de stratifier le score de gravité du SCA non ST + : le score TIMI¹ (3).

¹ Le score TIMI est déterminé par : âge \geq 65 ans, \geq 3 facteurs de risque, maladie coronaire connue (sténose $>$ 50%), prise d'aspirine dans les 7 jours, angor sévère dans les 24 dernières heures, CPK MB ou Troponine positives, modification du segment ST $>$ 0,5 mV, (1 point par item). Un score $>$ 5 définit le SCA non ST= à haut risque.

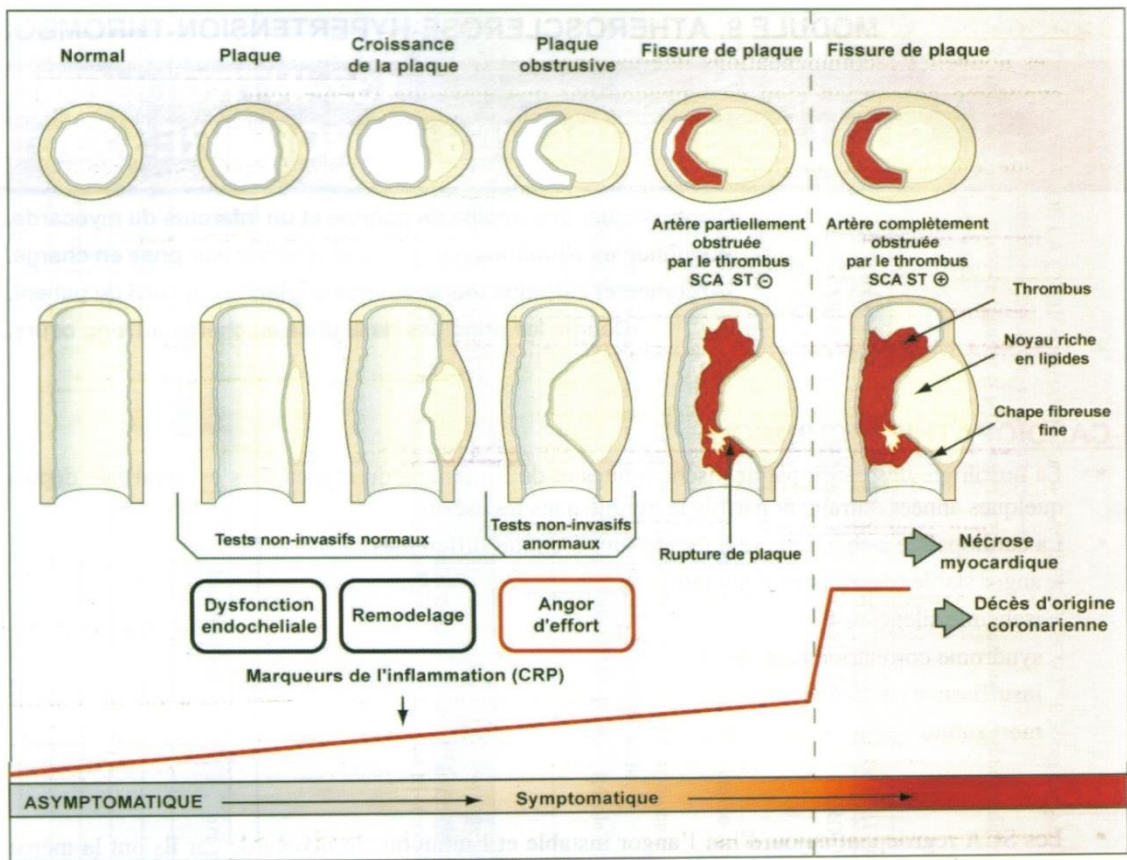
Figure 1 : Classification des SCA



D'après Bertrand ME, Simoons ML, Fox KAA, et al. The task force on the management acute coronary syndromes of the European Society of the Cardiology. Eur Heart J. 2002 23 : 1809-40.

Le SCA est consécutif à la déstabilisation d'une plaque d'athérome coronaire (fissuration ou rupture) entraînant la formation d'un thrombus dans l'artère et l'apparition d'une ischémie myocardique (figure 2).

Figure 2 : Physiopathologie des SCA

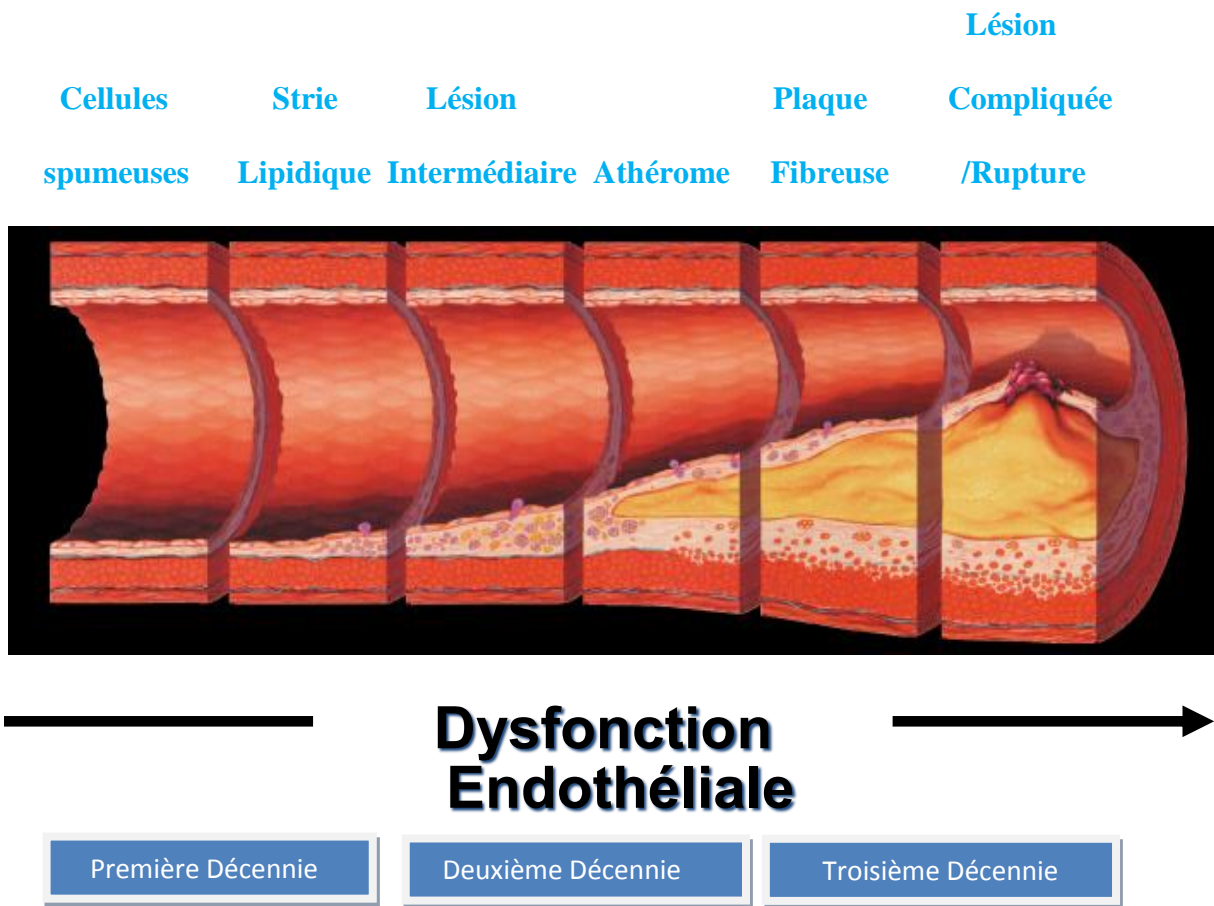


D'après Bruno Besse-Nicolas Lellouche. *Cardiologie et Maladies Cardiovasculaires* Editions Vernazobres-Gregg 2005-2006. p 74.

La maladie athéromateuse touchant les artères de gros et moyens calibres est ainsi responsable de la survenue des pathologies cardiovasculaires (CV) dont la maladie coronarienne. D'après la figure 3, l'athérosclérose est l'association variable de remaniements de l'intima des artères par l'accumulation focale de lipides, de glucides complexes, de sang et de produits sanguins, de tissu fibreux et de dépôts de calcaire, le tout s'accompagnant de modifications de la média. La plaque d'athérome se développe progressivement dans la paroi artérielle par une surcharge initiale de cholestérol (LDL) entraînant un épaissement et une inflammation de celle-ci. Les évènements CV aigus comme le SCA sont causés par une

complication ou rupture de cette plaque. L'athérosclérose augmente avec l'âge mais apparaît sous l'influence de nombreux facteurs : les facteurs de risques (FDR) CV dont certains sont modifiables.

Figure 3 : Développement de la maladie athéromateuse



Adapté de Pepine CJ. *Am J Cardiol.* 1998;82(suppl 104)

1.2. Définition des facteurs de risque cardiovasculaire

Les FDR favorisant la survenue de la maladie CV sont bien définis. En effet, de nombreuses études, notamment l'étude SCORE (4) ont démontré une corrélation entre ces FDR et l'apparition d'évènements CV.

Nous distinguons plusieurs catégories de FDR CV:

- **les FDR non modifiables** : l'âge et le sexe supérieur à 50 ans chez les hommes et de 60 ans chez les femmes, les antécédents familiaux au premier degré de maladie coronaire précoce (mort subite ou IDM) avant 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes.
- **les FDR modifiables** : le tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, la dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,60 g/l, HDLc < 0,40 g/l), le diabète traité ou non, l'Hypertension artérielle (HTA).
- **les facteurs prédisposants** : la sédentarité, la surcharge pondérale (Indice de Masse Corporelle (IMC) >25kg/m²) notamment une obésité (IMC > 30kg/m²) et en particulier une obésité abdominale (augmentation du périmètre ombilical), une consommation excessive d'alcool, le stress et la précarité.

Ces FDR CV favorisent le développement de l'athérosclérose et conditionnent ainsi la survenue ou la récurrence d'évènements CV. La prévention primaire et secondaire² apparaît importante ayant pour objectif la correction de ces FDR modifiables.

1.3. Epidémiologie des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque cardiovasculaire

Les MCV sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième cause en France après les cancers. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il existe 17,3 millions de décès imputables aux MCV dans le monde, soit 30% de la mortalité mondiale totale (mars

² La prévention primaire comprend tous les actes techniques destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. Elle se situe en amont de l'apparition des maladies. La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution. Elle se situe à l'extrême début de maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières personnes atteintes. (Franck GATTO Enseigner la Santé Paris, Ed L'Harmattan, 2006 p38-39).

2013) (5). On estime parmi ces décès, que la mortalité par cardiopathie coronarienne est de 7,3 millions et de 6,2 millions par Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Les MCV sont aujourd'hui une cause principale de décès en France avec 170 000 décès par an dont 45 000 décès imputables aux cardiopathies ischémiques (HAS 2010). La maladie coronarienne est ainsi la deuxième cause de décès en France avec environ 100 000 personnes atteintes d'IDM par an, une mortalité des personnes prises en charge s'élevant à 7% le premier mois et au total 13% au cours de la première année (HAS 2009).

Trois registres de population en France de l'IDM et des décès coronaires sont enregistrés de manière coordonnée depuis le milieu des années 1980 (la communauté urbaine de Lille, le département du Bas-Rhin, le département de la Haute Garonne), dont la participation au projet MONICA de l'OMS jusqu'en 1995 a permis de démontrer une baisse importante de la mortalité coronaire en France sur la période de 10 ans due à une baisse de l'incidence et de la létalité de l'IDM (6).

Malgré une amélioration de la prise en charge des patients dans la prévention primaire et secondaire des MCV, il existe une évolution de certains FDR CV en particulier les FDR modifiables.

L'étude INTERHEART a mis en évidence les principaux FDR modifiables des primo-IDM dans 52 pays (7). Il s'agit du tabagisme, des dyslipidémies, l'HTA, le diabète, l'obésité abdominale et les facteurs psychosociaux tels que la dépression ou le stress.

1.4. Situation de la maladie coronarienne de la région Nord-Pas-de-Calais

Les MCV représentent un réel problème de santé publique et affectent particulièrement la région du Nord-Pas-de-Calais.

En effet, malgré les récentes améliorations, les registres MONICA de l'IDM et des décès coronaires enregistrés dans les populations de la communauté urbaine de Lille, les départements du Bas Rhin et de la Haute Garonne décrivent une baisse de l'incidence et de la mortalité des évènements coronaires au cours de la période de 2000-2007 sauf à Lille (6).

L'analyse des données des registres français des cardiopathies ischémiques dans la période de 1997-2002 (8) confirme la persistance d'un gradient décroissant du Nord vers le Sud de la morbidité et la mortalité de la maladie coronaire (9).

La population du Nord-Pas-de-Calais présente un nombre plus élevé de FDR CV que d'autres régions Françaises (9). Un profil CV plus grave des patients a été démontré (10). En effet, depuis de nombreuses années, la mesure des FDR CV a mis en évidence des disparités régionales importantes concernant les habitudes de vie, et les niveaux de FDR avec des comportements généraux plus délétères sur Lille notamment une consommation plus importante d'alcool et de tabac ainsi que la présence d'un gradient décroissant Nord-Sud sur le nombre de personnes porteuses de plusieurs FDR. Ainsi, le nombre de personnes présentant plus de 3 FDR CV (tabagisme, HTA, diabète, hypercholestérolémie, HDL cholestérol bas, obésité et sédentarité) est plus élevé que dans les deux autres régions.

1.5. Récentes recommandations concernant le suivi post-SCA

Devant l'incidence élevée des SCA et la mortalité accrue imputable à la pathologie coronarienne, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations en mai 2007 visant à optimiser la prise en charge du patient dès la suspicion du SCA en préhospitalier au suivi après sa sortie, en passant par l'admission en service de cardiologie : « Syndromes Coronariens aigus, Infarctus du myocarde : modalités de prise en charge » (11). Outre l'importance décrite de la coordination entre les urgentistes et le cardiologue en préhospitalier

afin de réaliser une reperfusion coronaire précoce améliorant fortement le pronostic des patients, diminuant notamment la mortalité dans les 5 premiers jours ; il est établi que la coordination entre le cardiologue et le médecin généraliste (MG) dans le suivi du patient à sa sortie d'hôpital est primordiale pour le suivi du traitement BASI³ et la prise en charge des FDR CV. En effet, si l'on observe une diminution de la mortalité coronarienne depuis ces dix dernières années, notamment grâce à la coopération importante des services d'aide médicale d'urgence (SAMU) avec les services de cardiologie permettant une reperfusion coronaire précoce, et l'amélioration des thérapeutiques et aux progrès de la cardiologie interventionnelle à la phase aiguë, la prévention primaire et secondaire reste largement insuffisante. Ainsi, le guide des affections de longue durée de la maladie coronarienne publiée par l'HAS en mars 2007 décrit les démarches-clés dans le suivi post-SCA du patient par le MG (Annexe 1 et 2). Celles-ci sont essentiellement la nécessité de l'évaluation et du suivi du traitement BASI, la recherche de douleur thoracique, la surveillance et le contrôle des FDR CV et l'évaluation des connaissances du patient concernant sa pathologie coronarienne (12).

Une éducation thérapeutique ayant pour but une modification du mode vie des patients coronariens dans la prise en charge de leurs FDR CV ainsi qu'une amélioration des connaissances de leur pathologie coronarienne et des conduites à tenir en situation de crise est également suggérée.

De plus, un programme pilote a été mis en place par l'HAS de 2008 à 2013 dans le but d'une diminution de la mortalité et des complications après le SCA : « Ensemble améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde » (13). Il décrit ainsi les trois grandes étapes de la prise en charge des SCA à partir des premiers symptômes au suivi post-infarctus après la sortie

³ Le traitement BASI est le traitement instauré à l'issue de la revascularisation après un SCA, il a pour but de diminuer les récurrences et d'améliorer le pronostic CV, il est composé de 5 médicaments : un Bêta-bloquant, un ou 2 Anti-agrégants plaquettaires (Aspirine +/- Clopidogrel ou Prasugrel), une Statine (traitement hypo-lipémiant), un Inhibiteur de l'enzyme de Conversion.

d'hôpital. Cette dernière étape concerne le suivi post-SCA du patient par le MG et consiste à la surveillance de la survenue de complications, la prise en charge des FDR CV ainsi que le suivi du traitement BASI. Ces éléments sont indispensables afin d'éviter la survenue de récidives, de complications ou décès dans le post-SCA (14). Par ailleurs, afin d'améliorer ce suivi, des indicateurs de pratique clinique partagés et consensuels basés sur les éléments essentiels du suivi post-SCA ont été établis par l'HAS (15) (Annexe 1-2-3). La réalisation d'une réadaptation cardiaque est recommandée à l'hôpital ou en ambulatoire après un SCA, pour améliorer la qualité de vie des patients et diminuer les événements CV les premières années après le SCA, par un programme d'éducation thérapeutique prolongé et personnalisé (décrit par les programmes pilotes de l'HAS) (14).

De nouvelles recommandations européennes ont été publiées en 2012 sur la prise en charge des FDR CV et la prévention des MCV afin d'améliorer leur application, celle-ci paraissant insuffisante jusqu'à présent telles en témoignent les données épidémiologiques (16). Le changement de comportements des patients ainsi que leur mode de vie est discuté grâce à une éducation des patients lors de la prévention CV. Ainsi, parmi les aspects comportementaux, la lutte contre le tabagisme, ainsi que le suivi nutritionnel et la pratique d'une activité physique régulière sont développés. Le rôle préventif du MG y est également décrit. Parmi les points clés de ces recommandations, une attention particulière est portée sur le calcul du **risque CV global des patients**, conditionnant leur pronostic CV, par les tables SCORE élaborées par l'European Society of Cardiology (ESC) avec deux versions, une pour les pays à risque élevé et l'autre pour les pays à risque faible. Les stratégies de prise en charge thérapeutique des différents FDR CV tels que le diabète, l'HTA, et les dyslipidémies y sont détaillées. En effet, les messages importants de ces recommandations concernent la prise en charge des FDR modifiables, qui paraissent dans la majorité des cas responsables de la survenue d'IDM.

1.6. Prévention secondaire après un SCA

La prévention secondaire après un SCA notamment dans la prise en charge des FDR modifiables est primordiale dans la prévention des complications, récidives et décès. En effet, le risque de récurrence ou complications est d'autant plus important après un SCA que le patient présente un nombre élevé de FDR CV. La maîtrise des FDR CV est donc l'élément principal dans le suivi du MG après un SCA. Ainsi malgré une diminution considérable de la mortalité des patients après un SCA ces dix dernières années, le contrôle des FDR CV peut être optimisé et la mortalité la première année peut encore être diminuée. Une amélioration de la prise en charge par le MG dans le suivi des patients post-SCA peut être obtenue.

2. Problématique de l'étude

En raison d'une prévention secondaire toujours insuffisante dans le suivi-post SCA par les MG ainsi que les données favorables sur la morbi-mortalité des patients dans le post-infarctus concernant l'éducation thérapeutique et la réalisation d'une réadaptation cardiaque après le SCA nous avons élaboré la problématique suivante : **Quelles sont les limites des recommandations de l'HAS concernant le suivi post-SCA et la correction des FDR CV ? Quel est l'intérêt et la place des stratégies éducatives et de la réadaptation cardiaque dans ce suivi ?**

Nous avons ainsi émis **plusieurs hypothèses** en rapport avec la problématique de l'étude concernant le suivi post-SCA et les bénéfices de la réadaptation cardiaque :

1. Une amélioration de la morbi-mortalité et de la qualité de vie des patients coronariens, est envisageable grâce à la correction des FDR CV, l'acquisition de connaissances sur leur maladie et leur traitement BASI aux trois temps de l'étude à 1 mois, 3 et 6 mois du suivi.
2. Lors de la prévention secondaire, la prise en charge et la « correction » des FDR CV par les MG ainsi que l'observance du traitement BASI est possible mais d'évolution progressive et limitée (avec possible régression à distance du SCA) entre 3 et 6 mois du post-infarctus.
3. Les connaissances des patients concernant la conduite à tenir en cas de douleur thoracique et l'équilibre alimentaire sont améliorables au cours du suivi post-SCA à 6 mois.
4. Les caractéristiques démographiques et des critères de gravité de certains patients peuvent déterminer les conditions d'admission en réadaptation cardiaque dans notre région.
5. La réadaptation cardiaque à 3 mois et 6 mois du suivi post-SCA offre des bénéfices attendus :
 - améliore la connaissance de la maladie coronarienne et la « correction » des FDR CV des patients et modifie leurs habitudes de vie
 - facilite l'observance du traitement BASI
 - conditionne la prescription des examens complémentaires et les stratégies de prise en charge recommandées par l'HAS auprès des MG
 - diminue la morbi-mortalité et améliore la qualité de vie des patients après un SCA.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude pilote analytique, observationnelle, prospective, monocentrique réalisée au moyen d'entretiens téléphoniques semi-dirigés (questions ouvertes et fermées) auprès de 52 patients admis pour SCA en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille (CHRUL) et de 30 de leurs MG inclus sur la période du 10 juin 2012 au 5 novembre 2012.

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif principal

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'adhésion et l'application des recommandations de l'HAS concernant la prévention secondaire dans le suivi-post SCA ainsi que la place de la réadaptation cardiaque au cours de ce suivi au sein.

1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires concernent l'évaluation des pratiques professionnelles des MG quant à l'application des recommandations de l'HAS dans le suivi post-SCA ainsi que l'approche des pratiques éducatives dans la prise en charge des FDR CV dans ce suivi.

2. Echantillon étudié

2.1. Définition de l'échantillon

La population cible est la population des patients ayant été hospitalisés en USIC pour SCA et bénéficiant du suivi post-SCA par le MG.

L'échantillon concerné par notre étude est constitué de deux groupes :

- 1) les patients admis pour SCA sortant d'hospitalisation en USIC du CHRUL
- 2) les MG assurant l'accompagnement et le suivi de ces patients au décours du SCA.

2.2. Méthode de recrutement des participants

Les patients ont été inclus durant la période du 10 juin 2012 au 5 novembre 2012, à la suite de leur hospitalisation en USIC du CHRUL pour un SCA, et après formulation d'un accord signé de participation à l'étude (Note d'information + consentement éclairé) (Annexe 4).

Une fois les patients inclus, leurs MG ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord de participation (Annexe 5).

2.2.1. Critères d'inclusion

- Etre âgé de 18 ans et plus (majeurs)
- **Pour les patients** : Avoir été hospitalisé en USIC du CHRUL pour un SCA avec ou sans sus décalage du segment ST avec lésions significatives à la coronarographie
- **Pour les médecins traitants** : Etre le MG réalisant le suivi post-SCA d'un patient ayant accepté de participer à l'étude
- Etre volontaire pour faire partager son expérience, son vécu de la maladie, son suivi
- Comprendre et parler la langue française
- Disposer de coordonnées téléphoniques (portable ou téléphone fixe) et d'une adresse postale valides et accepter de figurer sur la liste des participants pendant la durée de l'étude
- Etre disponible durant l'année 2012-2013 pour s'engager dans les cycles d'entretiens téléphoniques itératifs, en raison de 3 cycles à 1 mois, 3 mois et 6 mois après le SCA
- Etre capable de répondre au téléphone (après prise d'un rendez-vous téléphonique dans un délai de 30 jours) et au cours des 3 entretiens téléphoniques successifs

- Accepter une « relance » en cas d'absence de réponse au rendez-vous téléphonique pour la réponse au questionnaire au-delà du délai initialement imparti (30 jours) par téléphone ou courrier postal
- Avoir accès permanent à ses données personnelles et pouvoir être tenu informé de l'évolution de l'étude et de ses résultats par le coordinateur
- Avoir pris connaissance de la lettre d'information et accepter librement les conditions de participation à l'enquête (consentement éclairé, daté et signé).

2.2.2. Critères de non-inclusion

- Personne mineure ou majeure sous tutelle ou curatelle
- Refus clairement exprimé de participation à l'étude
- Non respect des règles d'anonymat ou de confidentialité
- Troubles cognitifs (démences), barrière linguistique, handicap physique ou neurosensoriel (surdité) rendant l'écoute téléphonique et une compréhension des modalités de l'étude impossibles
- Patient en situation précaire sans suivi médical (absence de médecin référent) non affilié à la sécurité sociale
- Pathologies évolutives en stade terminal avec espérance de vie inférieure à un an
- Etre inclus dans une enquête de nature similaire

L'étude étant observationnelle, descriptive et non interventionnelle, elle n'a pas d'influence sur la prescription médicale et ne modifie pas la prise en charge des patients à l'USIC et dans leur suivi post-SCA par leur MG.

Une déclaration à la CNIL a été réalisé le 24/05/2012 (N/Ref 071-03-13-GD/VB.-) (Annexe 6). Tous les résultats obtenus dans cette recherche restent strictement confidentiels, en accord avec les règles de la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi N°94-548 du 1^{er} juillet 1994. Le droit d'accès et de rectification prévu conformément à la loi Informatique et liberté peut s'exercer à tout moment auprès des participants de l'étude.

3. Critères d'évaluation

3.1. Critère principal

Le critère principal de jugement est la progression de « correction » des FDR CV des patients à un mois, 3 et 6 mois du suivi post-SCA ainsi que la morbi-mortalité et la qualité de vie après le SCA (récidives, complications, réhospitalisations et décès) .

Les bénéfices et les limites de la réadaptation cardiovasculaire dans ce suivi ont été analysés.

3.2. Critères secondaires

Les critères secondaires sont : la description des pratiques thérapeutiques des MG et leur perception sur le suivi éducatif dans la prévention secondaire du suivi post-SCA.

4. Déroulement pratique de la recherche

La recherche a fait l'objet d'une expertise auprès de la Fédération de Recherche Clinique du CHRU de Lille. Ainsi, un **protocole de recherche non interventionnelle** a été délivré au préalable et accepté par la délégation de recherche clinique du CHRU permettant l'autorisation auprès de la CNIL.

Une lettre d'information et de non opposition de participation à l'étude (Annexe 4) a été délivrée systématiquement aux patients hospitalisés pour SCA par un médecin de l'USIC avant sa sortie (T0). Le patient pouvait s'il le souhaitait signer le jour même de sa sortie

d'hospitalisation l'accord de participation à l'étude. Les coordonnées des patients et de leurs médecins traitants étaient obtenues par le coordinateur de l'étude après consultation du dossier administratif et médical informatisé. Les MG des patients inclus dans l'étude ont été contactés par téléphone, après accord de participation ; la lettre de non information et de non opposition de participation à l'étude accompagnée d'une enveloppe affranchie leur a été adressée par courrier postal (délai de réponse de 15 jours) (Annexe 5).

En cas de refus de participation des MG à l'étude, seuls leurs patients inclus au préalable ont été suivis durant l'étude. Une liste des participants à l'étude a été établie après recueil des accords de participation.

Dès lors que les lettres de non opposition de participation à l'étude des patients et des MG étaient récupérées par le coordinateur de l'étude, ceux – ci étaient contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous téléphonique afin de réaliser les entretiens téléphoniques prévus pour l'étude.

Un entretien téléphonique à questions dirigées (questions ouvertes et fermées) a été réalisé pour chaque patient et son MG à 1 mois (T1), 3 mois (T2) et 6 mois (T3) après son inclusion dans l'étude avec un délai de 30 jours pour la réponse à l'entretien téléphonique (illustration Annexe 7).

Les participants avaient la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude après avoir averti le coordinateur de l'étude par téléphone ou courrier postal.

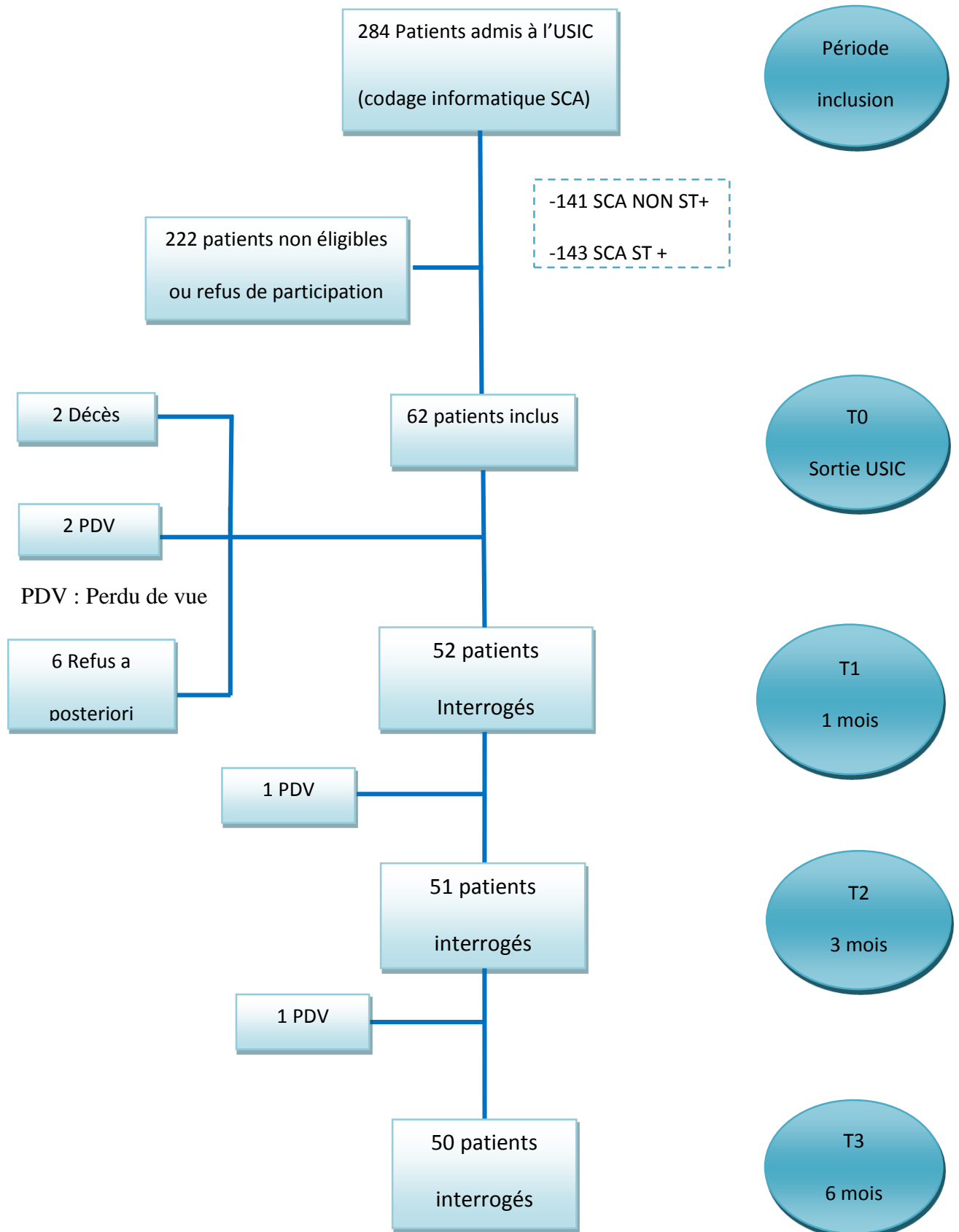
Les entretiens téléphoniques auprès des patients ont permis de recueillir leurs caractéristiques démographiques à 1 mois du suivi (T1) ; les indicateurs de morbi-mortalité et de qualité de vie, leur connaissance de la maladie coronarienne et de leur traitement, la « correction » des FDR CV, la perception de leur suivi, ainsi que les éléments de prise en charge

de leur suivi-post SCA en rapport avec les recommandations de l'HAS pour les 3 temps de l'étude.

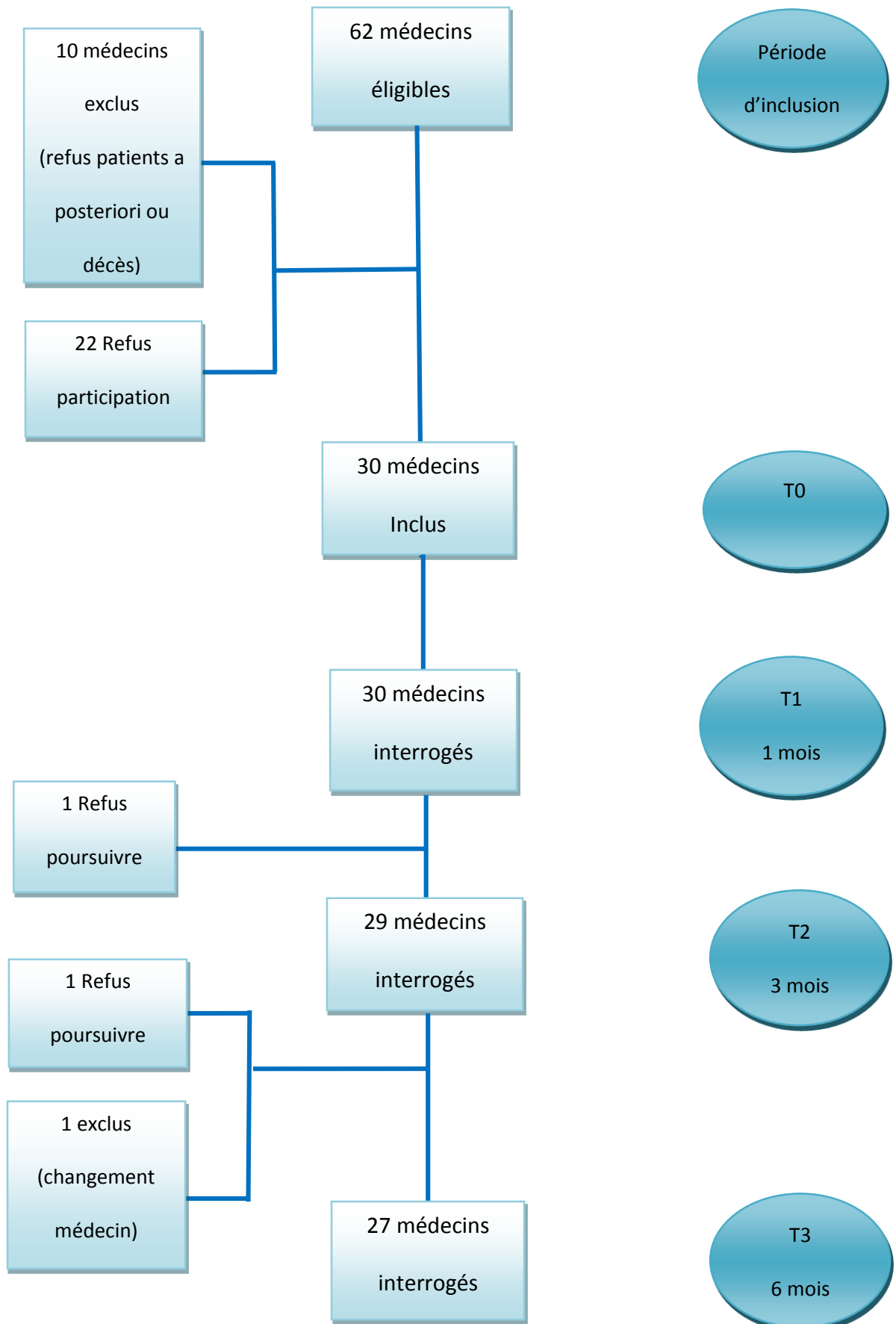
Les entretiens téléphoniques auprès des MG ont permis de recueillir leurs caractéristiques démographiques à 1 mois du suivi (T1) ; les stratégies de prise en charge des patients dans le suivi-post SCA et la prise en charge des FDR CV en rapport avec les recommandations de l'HAS ainsi que la perception des médecins concernant l'approche des pratiques éducatives dans la prévention secondaire du post-infarctus.

5. Différentes étapes de l'étude

5.1. Schéma de l'étude réalisée auprès des patients



5.2. Schéma de l'étude réalisée auprès des médecins



Parmi les 22 médecins ayant refusé de participer à l'étude les raisons émises étaient un manque de temps pour 18 MG et pour 4 d'entre eux un a priori sur l'absence d'adhésion et de compliance de leurs patients concernant leurs suivis médicaux.

6. Méthodes d'analyse statistiques

Les données des trois questionnaires remplis lors des entretiens téléphoniques auprès des patients et des MG au 3 temps de l'étude, ont été recueillies en direct lors de l'entretien sur papier et saisies sur le logiciel Sphinx Plus 2 à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS). L'ensemble des données informatiques colligées ont été rendues anonymes avant analyse statistique. L'ensemble des traitements statistiques a été réalisé par le logiciel statistique SPSS 22.0.

Des statistiques descriptives sur des variables qualitatives et quantitatives recueillies lors de chaque entretien téléphonique auprès des patients et des médecins aux trois temps de l'étude ont été réalisées. Les résultats sont exprimés en effectif (n), pourcentage (%), fréquence, moyenne, et écart type.

Après regroupement des variables (variables à deux modalités), nous avons réalisé des analyses statistiques comparatives sur des échantillons appariés de patients aux différents temps de l'étude (n=50) ainsi qu'une analyse croisée des variables à T2 et T3. Mais seules les données recueillies lors des entretiens téléphoniques auprès des patients ont pu être étudiées. Le faible effectif de médecins inclus dans l'étude ne permettant pas un appariement des 2 échantillons (patients/MG), ni d'assurer une puissance statistique exploitable.

La significativité de tous les tests statistiques réalisés pour l'étude a été définie pour $p < 0,05$.

6.1. Statistiques comparatives

6.1.1 Analyse comparative de l'évolution des variables qualitatives aux trois temps de l'étude

Nous avons réalisé **un test de Cochran** (test non paramétrique) sur les **variables qualitatives relatives aux FDR CV** (l'intoxication tabagique, la pression artérielle, le surpoids, la pratique de l'activité physique régulière, la consommation d'alcool) et sur les 3 échantillons appariés de patients afin d'analyser notre première hypothèse concernant l'évolution (amélioration ou régression) des patients aux trois temps de l'étude (T1-T2-T3). Ce test permet d'analyser la variation d'hétérogénéité des variables dichotomiques étudiées quelque soit le sens de l'évolution afin de confirmer ou réfuter l'hypothèse émise. Nous avons également testé les **variables concernant la morbidité et la qualité de vie des patients** : la survenue d'une douleur thoracique, l'utilisation d'un dérivé nitré en cas de crise d'angor, le taux de réhospitalisation et de décès, la reprise de l'activité (quotidienne et/ou professionnelle). Enfin, **deux variables relatives au suivi du traitement BASI** ont été analysées : l'observance et la connaissance du traitement.

6.1.2. Analyse comparative de l'évolution des variables qualitatives à deux temps de l'étude

Un test de Mc Nemar (test non paramétrique) a permis de tester les hypothèses de l'étude concernant la modification de certaines variables qualitatives étudiées. Ce test analyse la discordance d'une variable et a pour but de comparer un pourcentage sur deux échantillons

appariés (non indépendants). Il permet d'étudier notamment une variable identique sur les mêmes individus à deux temps différents comme nous l'avons réalisé dans notre étude :

- **Analyse Comparative de l'évolution des variables qualitatives à T2 et T3**

Nous avons testé la seconde hypothèse de l'étude concernant la modification des variables étudiées entre 3 et 6 mois du suivi post-SCA des patients à partir des échantillons appariés à ces deux temps. **Les variables relatives à la « correction » des FDR CV** ont été étudiées : la connaissance de ces facteurs, les résultats du bilan lipidique, l'équilibre du diabète, la perte de poids, la réduction de la consommation d'alcool.

Les variables relatives au suivi-post SCA et la prise en charge des patients ont également été analysées : la prescription du bilan lipidique et glucidique, la réalisation d'exams complémentaires de surveillance et la consultation avec le cardiologue.

Enfin, **les variables relatives au suivi du traitement BASI** ont été testées : l'observance (la prise journalière, la prise aux mêmes horaires, les oublis, la contrainte du traitement), les effets secondaires et le bilan de surveillance du traitement.

- **Analyse Comparative de l'évolution des variables qualitatives à T1 et T3**

La troisième hypothèse a été testée par l'analyse de la modification des variables qualitatives étudiées à 1 et 6 mois du suivi post-SCA des patients. Nous avons étudié **les variables concernant l'alimentation** : l'Indice de Masse Corporelle (IMC), l'équilibre alimentaire, et l'aide fournie pour l'obtention de celui-ci.

Les variables concernant les connaissances des patients en situation de crise ont été testées, il s'agit de la conduite à tenir en cas de douleur thoracique et les modalités d'utilisation du dérivé nitré en cas de crise.

6.2. Analyse croisée des variables qualitatives étudiées à 3 et 6 mois du suivi-post SCA avec la réalisation ou la non-réalisation d'une réadaptation cardiaque

Une étude croisée concernant la réalisation d'une réadaptation cardiaque avec des variables qualitatives dichotomiques a été réalisée par **un test de Khi-deux de Pearson** ou **un test exact de Fisher** (si effectifs théoriques faible ≤ 5) afin de démontrer un lien entre la réalisation de la réadaptation cardiaque et les variables étudiées. Ces tests permettent d'analyser l'indépendance de deux variables qualitatives sur l'échantillon étudié. Ils comparent ainsi la distribution des effectifs réels des croisements des modalités de ces variables avec celles des effectifs théoriques attendus en cas d'indépendance. Ils mettent donc en évidence un lien significatif entre les variables étudiées en présence d'un écart important entre ces effectifs. Ainsi, nous avons croisé la variable « réadaptation cardiaque » à 3 et 6 mois du suivi avec plusieurs variables qualitatives :

- Pour confirmer notre 4^{ème} hypothèse, nous avons étudié plusieurs **variables relatives aux caractéristiques des patients à T1**, tel que l'âge, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle, le niveau d'étude et les loisirs.

Les autres variables étudiées concernent **les FDR CV et le risque CV global** :

-les antécédents personnels CV, l'hérédité, le tabagisme, le diabète, le surpoids, la sédentarité

-et **les éléments de gravité** : le type de SCA (ST+ ou Non ST +), la réalisation d'une chirurgie cardiaque après le SCA.

- Concernant la 5^{ème} hypothèse émise, nous avons testé **à T2 et T3**, les variables qualitatives (quasi-identiques aux deux temps) suivantes :
 - **la connaissance de la pathologie coronarienne et son caractère chronique** (risques évolutifs, complications possibles) ainsi que la signification des FDR CV,

- **la motivation des patients quant à la modification de leurs habitudes de vie en rapport avec leurs FDR modifiables** : la valeur de la pression artérielle, le contrôle du LDL cholestérol, l'équilibre du diabète, la perte de poids en rapport avec la modification des habitudes alimentaires et la pratique d'une activité physique régulière, le sevrage tabagique, la diminution de la consommation d'alcool,
- **la connaissance des traitements indispensables aux patients coronariens au décours d'un SCA récent** (hypotenseurs, hypolipémiant, anti-agrégants plaquettaires et bêta-bloquant) **et la « bonne observance » du traitement BASI,**
- **les stratégies de prise en charge recommandées dans le suivi post-SCA** : le rythme des consultations avec le MG et l'aide fournie aux patients quant à la correction des FDR modifiables telle que la prescription d'un bilan sanguin de contrôle (bilan lipidique et glucidique pour tous les patients dont l'hémoglobine glycosylée pour les patients diabétiques), la prescription d'un bilan de surveillance du traitement BASI, la réalisation d'examens complémentaires de surveillance, la consultation de suivi avec le cardiologue,
- **la gestion de « la crise »** : la conduite à tenir face à la survenue de douleur thoracique et l'automédication par un test aux dérivés nitrés,
- **la morbi-mortalité et les critères de qualité de vie des patients depuis le SCA** : la reprise des activités, le taux de réhospitalisations pour récurrences ou complications et/ou décès,
- **la satisfaction du patient relative à son suivi avec son MG.**

RESULTATS

1. Résultats descriptifs des Patients

1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau I : Caractéristiques des patients

CARACTERISTIQUES PATIENTS	PATIENTS n=52 (Hommes : n=40 ; Femmes : n=12)
AGE (années ; Moyenne+Ecart type)	57 [34-88]
Femmes	60 [34-88]
Hommes	56 [39-76]
	n (%)
SITUATION FAMILIALE	
Mariés/en concubinage	38 (73,1)
Célibataire	14 (26,9)
SITUATION PROFESSIONNELLE	
Travailleurs en activité	26 (50)
Sans Emploi ou Retraités	26 (50)
NIVEAU ETUDE	
Brevet/CAP	35 (67,3)
BAC/Etudes Supérieures	17 (32,7) ¹
ACTIVITES de LOISIRS	32 (61,5)
REPRISE ou PROJET DE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	8 (69,2) ²

1 : 5 patients (9,6%) ont un niveau d'études supérieures

2 : Le pourcentage est réalisé en rapport aux 26 patients ayant une activité professionnelle, 4 de ces 26 patients (15,4%) ont déjà repris leurs activités professionnelles à T1

Nous observons que 6 patients (11,5%) ont un âge \leq 40 ans dont 2 femmes (34 et 36 ans).

Tableau II : Caractéristiques du SCA et son traitement à la phase aigüe

CARACTERISTIQUE SCA	PATIENTS (n=52) n (%)
TYPE SCA ST+ Non ST	25 (48,1) 27 (51,9)
TRAITEMENT SCA Angioplastie seule Angioplastie + stent Traitement médical seul	4 (7,7) 37 (71,1) 3 (5,8)
TRAITEMENT CHIRURGICAL SCA (PONTAGE)	8 (15,4)

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

1.2. Facteurs de risque cardiovasculaire des patients

Tableau III : Facteurs de risque cardiovasculaire à T0

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE	PATIENTS (n=52) n (%)
FACTEURS DE RISQUE PRIMAIRES	
Age et sexe (Homme >50ans, Femme >60 ans)	34 (65,4)
Antécédents Familiaux de maladie coronaire précoce	19 (36,5)
Antécédents Personnels de maladie cardiovasculaire ¹	16 (30,8) ²
Tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans	21 (40,4) ³
Dyslipidémie (LDLc > 1,60 g/l, HDLc < 0,40 g/l)	27 (51,9) ⁴
Diabète ⁵	10 (19,2)
HTA ⁶	23 (44,2)
FACTEURS DE RISQUE PREDISPOSANTS	
Surpoids ou obésité (IMC>25 kg/m ²)	32 (61,5) ⁷
Sédentarité	42 (80,7)
Alcool (selon les critères de l’OMS : > 21 verres/semaine chez l’homme et 14 verres/semaine chez la femme)	6 (11,5)

IMC : Indice de Masse Corporelle ; HTA : Hypertension artérielle

1 : Classés dans ce tableau, du fait de leur importance pour laquelle le patient est considéré à haut risque CV

2 : Parmi ces 16 patients, 9 patients ont deux antécédents d'IDM ou plus, 6 ont un antécédent d'IDM, 1 a un antécédent d'AIT

3 : Parmi les 21 patients, 17 ont un tabagisme actif à T0, 4 ont un tabagisme sevré depuis moins de 3 ans

4 : 26 patients avaient une dyslipidémie avant le SCA (une découverte lors du SCA)

5 : Défini par l'HAS par la constatation à 2 reprises d'une glycémie veineuse à jeun ≥ 7 mmol/l (1,26 g/l).

Tous les patients étaient diabétiques de type 2.

6: Définie par l'HAS par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg mesurées au cabinet (135-85 mmHg en automesure et 130-80 mmHg en MAPA sur 24h) et confirmées par minimum 2 consultations au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois. Chez les patients diabétiques le seuil est défini par PAS ≥ 130 mmHg et PAD ≥ 80 mmHg.

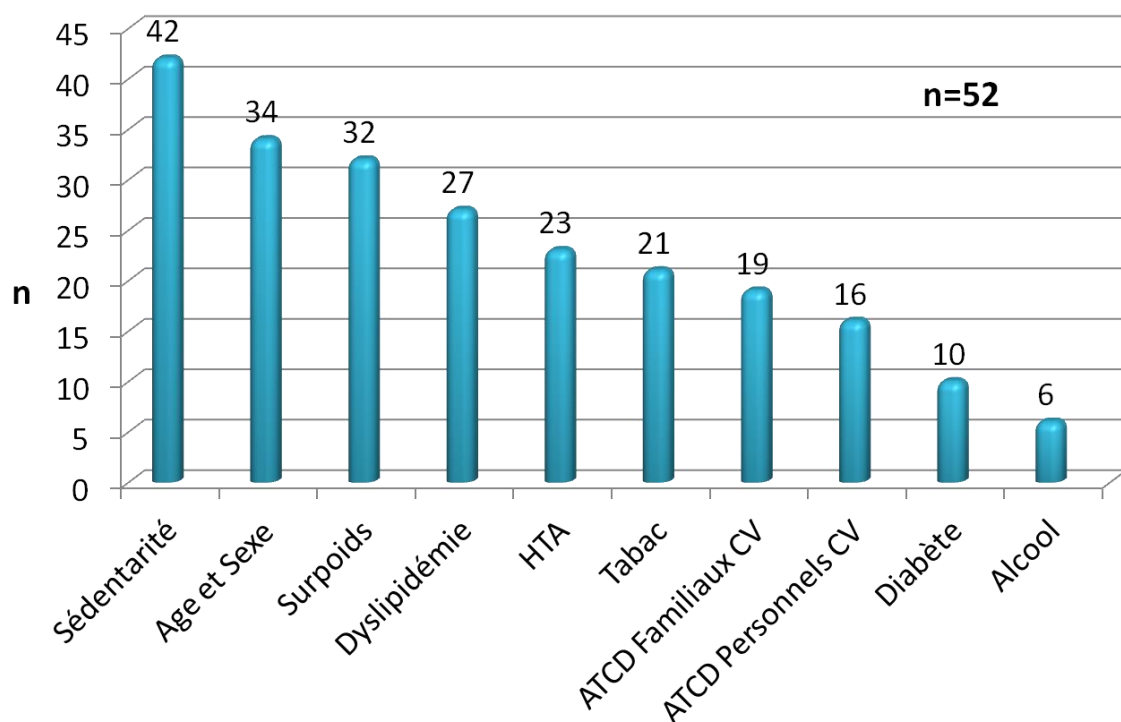
7: 15 patients sont en surpoids (IMC : 25-30 kg/m²), 17 présentent une obésité (IMC > 30 kg/m²)

Parmi les 33 patients n'ayant pas le FDR « hérédité CV », 11 patients ont un antécédent familial de maladie coronaire au 2^{ème} degré et 10 patients ont un antécédent familial au 1^{er} degré après 55 ans chez les hommes et après 65 ans chez les femmes. Seuls 12 patients n'ont aucun antécédent familial.

Parmi les 31 patients n'ayant pas déclaré le facteur de risque tabac, 19 patients sont sevrés depuis plus de 3 ans d'une intoxication tabagique ancienne.

Nous soulignons que parmi les 17 patients tabagiques à T0 (32,7%), 2 d'entre eux (11,8%) sont des femmes et correspondent aux plus jeunes patients inclus dans l'étude (34 et 36 ans). Deux femmes sont sevrées de leur intoxication tabagique depuis moins d'un an lors du SCA. Parmi les FDR notables chez les femmes, nous observons que 6 patientes sont obèses (50%) représentant 18,7% des patients présentant une surcharge pondérale (n=32). De plus, 7 patientes (58,3%) présentent une HTA et une dyslipidémie, et 4 patientes sont diabétiques (33,3%) représentant 40 % des patients diabétiques inclus (n=10).

Figure 4 : Ensemble des FDR CV et des Facteurs prédisposants à T0



Nous soulignons que les patients peuvent présenter plusieurs FDR CV, expliquant un n>52 sur l'ensemble de ces FDR.

1.3. Risque cardiovasculaire global des patients

Le Risque CV global⁴ des patients a été calculé d'après l'approche recommandée en France proposée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)⁵ en 2004, après recueil des FDR CV des patients et sommation de ceux-ci, chacun étant considéré comme binaire et ayant un poids identique.

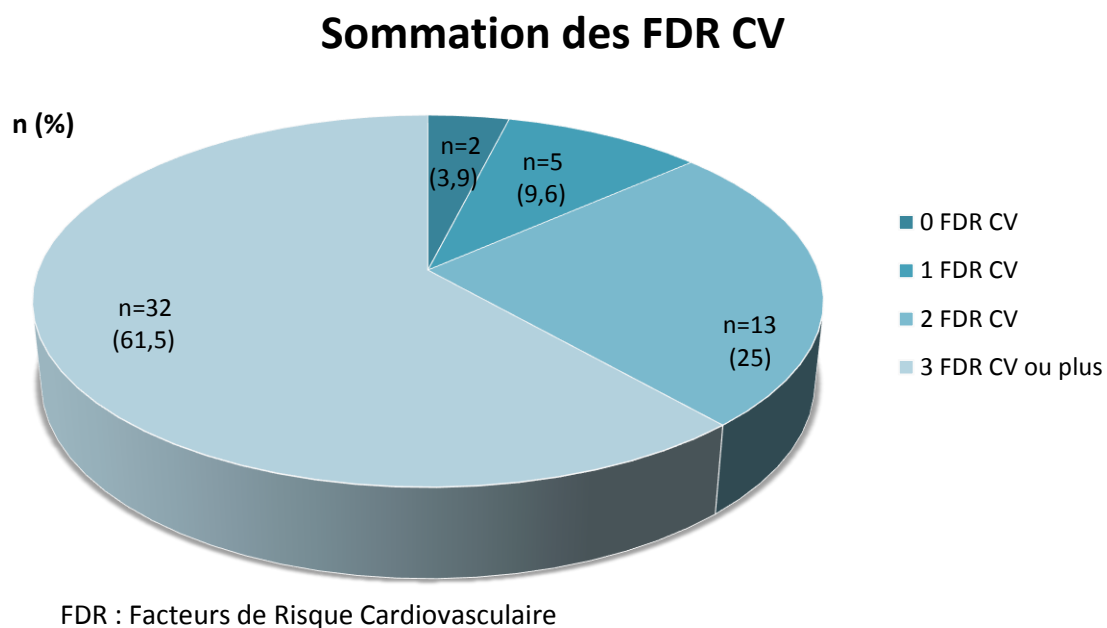
Nous observons que 32 patients étaient à haut risque CV (≥ 3 FDR), 18 patients présentaient un risque CV moyen (1 ou 2 FDR) et 2 patients un faible risque CV (0 FDR) lors de leur hospitalisation.

Nous soulignons que tous les patients diabétiques ou ayant un antécédent de MCV avérée présentaient également 3 FDR ou plus associés. Aucun patient ne présentait d'insuffisance rénale ou d'HTA sévère à T0.

⁴ Le risque CV global est la probabilité de survenue d'un évènement CV sur une période de temps donnée chez un sujet ayant un ou plusieurs FDR

⁵ Cette approche est moins précise que les tables FRAMINGHAM ou SCORE issue des recommandations européennes mais est adaptée à la pratique quotidienne. Elle définit ainsi un faible risque CV : 0 FDR, un risque moyen : 1 ou 2 FDR, un risque élevé ≥ 3 FDR. Dans les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des FDR CV (HTA, dyslipidémies et diabète), l'approche par sommation diffère selon le FDR étudié, prenant en considération l'HTA sévère (PAS > 180 mmHg), le diabète, l'atteinte des organes cibles et les antécédents de MCV avérée comme un risque CV élevé au préalable.

Figure 5 : Risque Cardiovasculaire Global à T0



1.4. Résultats descriptifs des entretiens téléphoniques auprès des patients aux trois temps de l'étude à 1 mois (T1), à 3 mois (T2) et 6 mois (T3)

1.4.1. Evolution des facteurs de risque cardiovasculaire et leurs stratégies de prise en charge par les médecins généralistes durant le suivi post-SCA

Les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA sont résumées dans l'annexe 1.

1.4.1.1. Le tabac et le sevrage tabagique

Les 4 patients non sevrés à T1 ont une intoxication tabagique > 30 Paquets-années (PA)⁶, et deux d'entre eux fument toujours un paquet par jour lors du questionnaire. Il existe une évolution croissante des patients tabagiques durant l'étude (Tableau IV), ceux-ci expliquent cette rechute par un manque de motivation et un échec du sevrage.

Parmi les patients non sevrés, 5 d'entre eux ont bénéficié d'une aide médicamenteuse par substitut nicotinique à T2. Par ailleurs durant le suivi, 10 patients (58,8%) parmi les 17 patients fumeurs à T0 ont bénéficié de consultations spécifiques avec un tabacologue, toutes réalisées en réadaptation cardiaque. Selon les patients, la réadaptation cardiaque aurait été très bénéfique pour le sevrage de 3 d'entre eux.

1.4.1.2. L'hypertension artérielle et le contrôle de la pression artérielle

Parmi les 23 patients hypertendus à T0, la pression artérielle n'est pas contrôlée pour 2 patients à T1, pour 5 patients à T2 et 2 patients à T3 (Tableau IV).

Les 23 patients hypertendus sont tous traités aux 3 temps du suivi. Parmi les 5 patients présentant une HTA non contrôlée à T2, 3 patients ont bénéficié d'une majoration de leur traitement par leur MG et un patient d'une consultation avec le cardiologue avec prescription d'un holter tensionnel. La pression artérielle n'a pas été mesurée systématiquement pour un patient à T1, T2 et T3 (Tableau IV).

⁶ Evaluation en nombre paquets/jour/année (1 PA = 1 paquet /jour pendant 1 an), les effets délétères du tabac et le risque de MCV étant liés à la quantité quotidienne de tabac consommée, à l'âge de début et la durée d'exposition.

1.4.1.3. La dyslipidémie et la surveillance du bilan lipidique

Les patients ont été interrogés sur la surveillance de leur bilan lipidique tel qu'il est recommandé par l'HAS à 3 mois et 6 mois du suivi. Les résultats transmis par les patients lors des entretiens étaient basés sur leurs déclarations selon les informations délivrées au préalable par leurs MG. En raison de cette approximation, le HDL cholestérol étant dans la majorité de cas inconnu des patients, nous avons pris en compte uniquement le résultat du LDL cholestérol dans le suivi.

Nous observons une diminution du nombre de patients en déséquilibre lipidique (Tableau IV).

Le traitement par statines introduit lors de la phase aigüe du SCA a été reconduit pour tous les patients après leur sortie d'hôpital aux 3 temps de l'étude. Le bilan lipidique a été prescrit systématiquement pour 30 patients (58,8%) à T2 et pour 34 patients (68%) à T3 (Tableau IV).

1.4.1.4. Le diabète et la surveillance du bilan glucidique

Les résultats du bilan glucidique ont été recueillis lors des entretiens téléphoniques de tous les patients à 3 et 6 mois du suivi, accompagnés de la valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour les patients diabétiques (n=10). A T2 et T3, 9 patients diabétiques sont suivis (un patient perdu de vue).

A T2, tous les patients déclarent avoir un diabète déséquilibré mais l'HbA1c n'a été contrôlée et a confirmé ce déséquilibre que chez 2 patients. Ce déséquilibre est objectivé chez 5 patients à T3 (Tableau IV).

Concernant le contrôle du bilan glucidique (glycémie veineuse à jeun) des patients non diabétiques, recommandé par l'HAS à 3 et 6 mois du suivi post-SCA (tableau IX), un patient présentait une hyperglycémie à T3.

Les patients diabétiques sont tous traités aux trois temps de l'étude et on constate une majoration des règles hygiéno-diététiques pour les patients présentant un déséquilibre à T2 et T3. Malgré le déséquilibre persistant chez la quasi-totalité des patients (une seule HbA1c < 7% à T3), deux patients ont bénéficié d'une consultation avec un diabétologue suivie d'une hospitalisation (à T1 et T2).

1.4.1.5. Le surpoids et l'équilibre alimentaire

Parmi tous les patients interrogés, 32 patients (61,5%) déclarent avoir une alimentation équilibrée à T1 et 38 patients (76%) à T3, malgré la faible amélioration de l'IMC des patients au cours du suivi (Tableau IV).

A T1, 38 patients (73%) semblent motivés pour modifier leurs habitudes alimentaires lors du questionnement et 10 patients (19,2%) désireraient une aide extérieure pour parvenir à une alimentation équilibrée. Respectivement à T2 et T3, 32 patients (62,7%) et 35 patients (70%) déclarent avoir modifié leurs régimes alimentaires.

Les principales raisons des 15 patients n'ayant pas modifié leurs habitudes alimentaires à T3, sont : 1) le manque de motivation pour tous et 2) des difficultés financières pour 4 patients.

Une prise de poids a été observée chez 6 patients (12%), avec notamment une élévation importante de la courbe pondérale chez 3 patients dont deux ayant bénéficié d'une réadaptation cardiaque, avec une prise de 12 à 15 kg pour ceux-ci (*patients 18, 9 et 19*). Cette prise de poids importante accompagnait un sevrage tabagique chez deux patients, qui n'était pas en surpoids initialement (à T0).

A T2, 3 patients (5,9%) auraient bénéficié d'une enquête alimentaire réalisée par leurs MG et de la prescription d'un régime diététique, et il en de même pour 6 patients (12%) à T3. Par ailleurs, 27 patients (52,9%) à T2 et 30 patients (60%) à T3 ont bénéficié de consultations

diététiques toutes réalisées en réadaptation cardiaque. Lors de ces consultations, le périmètre abdominal a été mesuré ; cette démarche n'a été réalisée par aucun MG d'après les déclarations des patients.

1.4.1.6. L'activité physique régulière et la prise en charge de la sédentarité

A **T1**, 23 patients (44,2%) ne pratiquent pas d'activité physique régulière. A **T2**, 9 patients restent sédentaires (17,6%) et 16 patients (32%) à **T3** (Tableau IV).

La principale raison de cette sédentarité est le manque de motivation et de volonté pour 20 patients (87%) à T1, pour 6 patients (66,6%) à T2 et pour 12 patients (75%) à T3. Le manque de temps pour des raisons professionnelles et familiales est souligné par une patiente ; quatre patients en activité témoignent pratiquer leur activité physique uniquement 2 fois par semaine en raison des difficultés d'aménagement de leur temps avec leur activité professionnelle. Une incapacité physique est décrite par 3 patients à T1 (13%) et à T2 (33,4%), et par 4 patients à T3 (25%). Il s'agit de douleurs arthrosiques pour une patiente, de séquelles motrices d'un arrêt cardiaque pour un patient (à J4 du SCA) et de séquelles neurologiques pour deux patients ayant présenté un AVC au décours du SCA.

Pour les patients, pour lesquels une information a été délivrée concernant la pratique d'une activité physique régulière (Tableau V), il s'agissait de conseils pour une activité physique quotidienne telle qu'une marche soutenue de 30 minutes par jour. Vingt-sept patients (52,9%) à T2 et 30 patients (60%) à T3 ont réalisé une réadaptation cardiaque au cours de laquelle ils ont pu pratiquer une activité physique « encadrée », adaptée à leur âge, leur morphologie et leur préférence.

Parmi les 42 patients pratiquant une activité physique régulière à T2, 19 patients (45,2%) déclarent la pratiquer depuis la réalisation de la réadaptation cardiaque. Il en est de même pour 23 patients (67,6%) à T3 parmi les 34 patients (68%) déclarant ne pas être sédentaires.

Nous pouvons souligner qu'un patient a bénéficié d'un suivi avec pratique d'une activité physique au sein de l'Association Cœur et Santé de son secteur.

1.4.1.7. La surveillance de la consommation d'alcool et le sevrage

A T1, 15 patients (28,8%) déclarent ne pas consommer d'alcool puis 39 patients (76,5%) à T2 et 35 patients (70%) à T3.

Deux patients à T2 et un patient à T3 ont été orientés vers un addictologue par leur MG. Un patient a bénéficié d'une aide médicamenteuse à T2 et T3 par Acomprosate (Aotal®).

1.4.1.8. Evolution de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire aux trois temps de l'étude

Tableau IV : Evolution des facteurs de risque cardiovasculaire

FDR ET EVOLUTION	T1 (n=52)	T2 (n=51)	T3 (n=50)
	n (%)	n (%)	n (%)
TABAC¹			
Actif	4 (23,5)	6 (35,3)	7 (41,2)
Sevrage	13 (76,5)	11 (64,7)	10 (58,8)
PRESSION ARTERIELLE²			
Normale dans les objectifs fixés	49 (94,2)	45 (88,2)	47 (94)
Elevée	2 (3,8)	5 (9,8)	2 (4)
Non mesurée lors de la consultation	1 (1,9)	1 (2)	1 (2)
DYSLIPIDEMIE³			
Bilan normal	— ⁴	25 (49)	30 (60)
LDL cholestérol > aux objectifs fixés		5 (9,8)	4 (8)
Bilan non prescrit		21 (41,2)	16 (32)
DIABETE⁵			
Equilibré (HbA1c ≤ 7%)	— ⁴	0	1 (11,1)
Déséquilibré (HbA1c > 7%)		2 (22,2)	5 (55,6)
Bilan non prescrit		7 (77,8) ⁶	3 (33,3) ⁶
IMC			
< 25 kg/m ²	20 (38,5)		21 (42)
25-30 kg/m ²	15 (28,8)	— ⁷	13 (26)
>30 kg/m ²	17 (32,7)		16 (32)
PERTE DE POIDS	— ⁸	14 (27,4)	17 (34)
ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE	29 (55,8)	42 (80,8)	34 (65,4)
<3 fois/semaine	5 (9,6)	7 (13,7)	12 (24)
≥3 fois/semaine	24 (46,1)	35 (68,6)	22 (44)
ALCOOL (critères OMS)⁹	37 (71,1)	12 (23,5)	15 (30)
Occasionnel	19 (36,5)	4 (7,8)	5 (10)
<seuil de l'OMS	12 (23,1)	4 (7,8)	6 (12)
>seuil de l'OMS	6 (11,5)	4 (7,8)	4 (8)

FDR : Facteurs de Risque ; HbA1C : Hémoglobine glycyquée ; IMC : Indice de Masse Corporelle

1 : n et pourcentage calculés parmi les 17 patients déclarant avoir un tabagisme actif à T0

2 : Valeur de la Pression Artérielle chez tous les patients y compris les 23 patients hypertendus

3 : valeur du LDL cholestérol parmi tous les patients interrogés aux 3 temps

4 : Bilans non demandés à T1, car non recommandés par l'HAS

5 : n et pourcentage calculés parmi les 9 patients diabétiques à T2 et T3

6 : Ces 7 patients à T2 et 3 patients à T3 présentaient un déséquilibre du diabète à T0

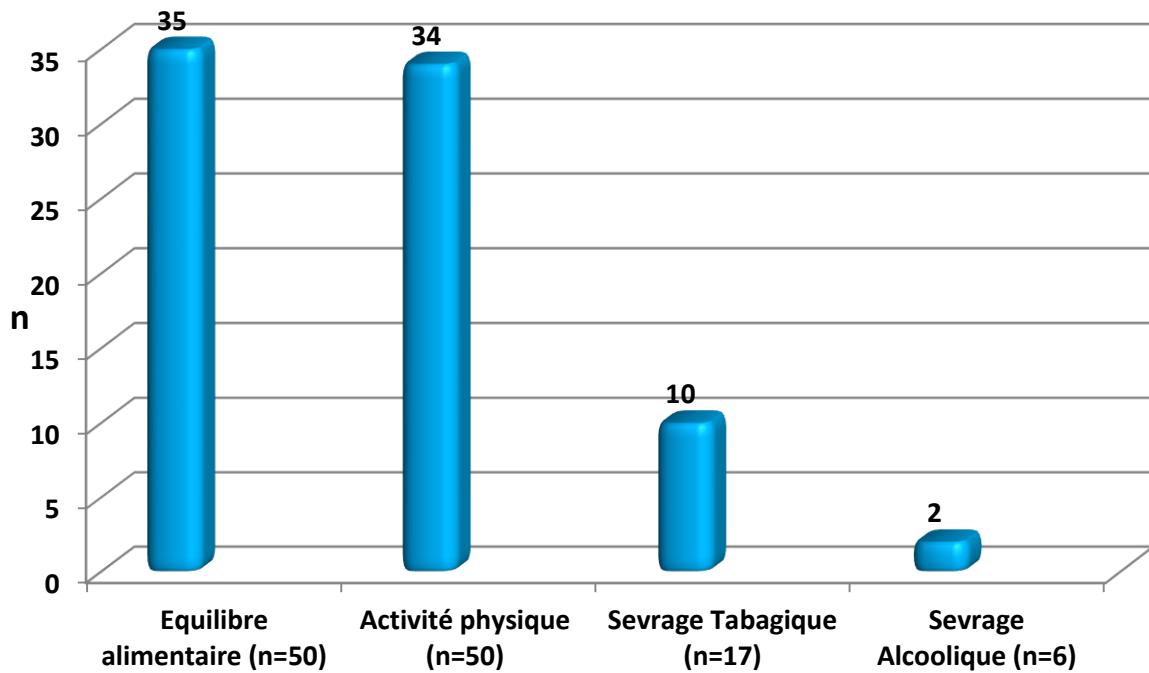
7 : Non demandé en raison du rapprochement de l'entretien en rapport avec T1

8 : Non demandé à T1 car non recommandé par l'HAS

9 : Seuil déterminé par 21 verres par semaine chez l'homme et 14 verres par semaine chez la femme

1.4.2. Correction des facteurs de risque modifiables à 6 mois du suivi

Figure 6 : Modifications déclarées des habitudes de vie (FDR modifiables) à T3



L'évaluation de la « correction » des éventuelles addictions (tabac et alcool) a été réalisée uniquement pour les patients « dépendants » à T0. En revanche, tous les patients ont été concernés pour l'évaluation de la pratique de l'activité physique régulière et des modifications des habitudes alimentaires, comme il est recommandé par l'HAS, du fait de l'influence importante de ces paramètres dans la survenue de l'athérosclérose et de la fréquence d'une alimentation déséquilibrée et riches en graisse dans notre région.

Nous observons que malgré le fait que 35 patients déclarent avoir modifié leurs habitudes alimentaires, un seul patient à T3 a corrigé son IMC ($< 25 \text{ kg/m}^2$) parmi les 32 patients en surpoids.

Le manque de motivation demeure la cause principale pour $\frac{3}{4}$ des patients n'ayant pas modifié leurs habitudes de vie et une aide insuffisante pour y parvenir pour les autres.

Ces modifications d'habitudes de vie auraient été abordées par les MG lors des consultations de suivi pour 40 patients (80%), lors desquelles le facteur modifiable prioritaire évoqué par les médecins était le tabac pour 16 patients.

1.4.3. Informations délivrées par le médecin généraliste durant le suivi post-SCA

Les informations recommandées par l'HAS au cours du suivi post-SCA sont résumées dans l'annexe 3.

Tableau V : Informations délivrées par le MG lors du suivi concernant les facteurs de risque et la douleur thoracique

INFORMATION DELIVREE	T1 (n= 52)	T2 (n=51)	T3 (n=50)
	n (%)	n (%)	n (%)
SEVRAGE TABAGIQUE ¹	17 (100)	4 (66,6)	7 (100)
EQUILIBRE ALIMENTAIRE	— ²	27 (53)	29 (58)
PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE ³	34 (65,4)	5 (55,5)	9 (56,2)
SEVRAGE D'UNE CONSOMMATION ALCOOLIQUE ⁴	— ⁵	9 (75)	15 (100)
CONDUITE A TENIR EN CAS DE DOULEUR THORACIQUE (et recours au 15)	38 (73,1)	— ⁶	— ⁶

1 : n et pourcentage calculé à chaque temps parmi les patients fumeurs (n=17) ou récemment sevrés à T1, n= 6 à T2 et n= 7 à T3

2 : non demandé à T1 car non recommandé par les indicateurs de pratique clinique de l'HAS

3 : n et pourcentage calculé pour tous les patients à T1 et parmi les patients sédentaires à T2 (n=9) et T3 (n=16)

4 : n et pourcentage calculé parmi les patients déclarant consommer de l'alcool (n=12 à T2 et n =15 à T3)

5 : non demandé à T1 car paramètre n'étant pas prioritaire lors de la première consultation de suivi

6 : non demandé car recommandé précocement dans le suivi par l'HAS dans les indicateurs de pratique clinique

1.4.4. Connaissance des patients concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, la pathologie coronarienne et le traitement

1.4.4.1. Connaissances des facteurs de risque cardiovasculaire

Tableau VI : Connaissances des patients concernant les FDR CV durant le suivi

Connaissances	Risques Intoxication Tabagique	Bénéfices Activité Physique	Signification FDR CV	FDR CV Propres aux patients	
	T1 (n=52)	T1 (n=52)	T2 (n=51)	T2 (n=51)	T3 (n=50)
n (%) ¹	24 (46,1)	22 (42,3)	37 (72,5)	27 (52,9)	26 (52)

FDR CV : Facteurs de risque cardiovasculaire

1 : nombre de personnes et % connaissant les différentes variables étudiées

A **T1**, concernant les risques de l'intoxication tabagique, tous les patients ont été interrogés.

La réponse était validée s'ils déclaraient les trois grands risques de l'intoxication tabagique dans les grandes lignes, c'est à dire :

- l'atteinte vasculaire due au tabac
- le rôle carcinologique du tabac
- et l'atteinte pulmonaire (bronchopathies).

Nous remarquons lors du questionnement de tous les patients (n=52), même ceux n'ayant pas validé la réponse, que le risque de décès et le risque carcinologique notamment le cancer du poumon constitue la principale réponse citée par 43 patients (82,7%). Concernant le risque vasculaire déclaré par 39 patients (75%), les patients citent tous l'IDM et l'atteinte polyvasculaire dont l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et l'AVC est

peu énumérée par ces patients (24%). Enfin la Bronchopathie chronique Obstructive (BPCO) et l'insuffisance respiratoire chronique sont évoquées en dernier par 18 patients (34,6%).

Lors de ce « test des connaissances déclarées », au sujet des **bénéfices de la pratique d'une activité physique régulière**, la réponse attendue était : 1) amélioration ou récupération de la fonction myocardique (+/- contractilité) après un SCA ; 2) la perte ou le maintien d'un poids optimal. Le rôle de l'activité physique sur l'équilibre du bilan lipidique et glycémique ainsi que la protection cardiovasculaire étaient inconnus des sujets interrogés, et n'a jamais été cité ; il n'a pas été pris en compte.

La signification des FDR CV a été demandée à **T2**. Les patients devaient expliquer succinctement la définition des FDR CV avec leur rôle dans la survenue de l'athérosclérose. Ainsi, les patients ont répondu que « *les FDR CV entraînent la formation de plaque de cholestérol dans les artères du cœur* », « *ils sont responsables de la survenue de mon infarctus* », « *toutes les artères peuvent se boucher à cause de ces facteurs* ». Mais les patients établissent difficilement le lien entre ces FDR CV et le risque d'atteinte polyvasculaire, ce risque n'étant cité que par 29% des patients ayant répondu à la question.

A T2 et T3, les patients ont énuméré essentiellement **leurs propres FR CV** lors du questionnement. Nous avons demandé une réponse précise de tous leurs FDR pour valider la réponse à cette question. Parmi les patients ne connaissant pas leurs FDR, l'HTA n'était pas citée par 50% des patients hypertendus.

1.4.4.2. Connaissance de la pathologie coronarienne

Tableau VII : Connaissance des patients concernant la pathologie coronarienne

CONNAISSANCE	T1 (n= 52) n ¹ (%)	T3 (n=50) n ¹ (%)
Conduite à tenir en cas de douleur thoracique	25 (48,1)	45 (90)
Modalités d'utilisation d'un dérivé nitré (en autotest)	21 (40,4)	34 (68)
De la pathologie coronarienne en général	— ²	22 (44)
Risques de la pathologie coronarienne	— ²	31 (62)
Complications de la pathologie coronarienne	— ²	21 (42)

1 : nombre de personnes connaissant les paramètres étudiées

2 : Non demandé à T1 car entretien rapproché du SCA

Concernant la **conduite en cas de douleur thoracique**, l'appel au « 15 » était la réponse attendue et il s'agit de la première réponse donnée parmi les patients ayant répondu correctement à la question. Certains patients proposent de façon anecdotique de « *s'allonger* », ou d' « *attendre que la douleur cesse* ».

Concernant les **modalités d'utilisation de l'autotest au dérivé nitré**, les patients devaient répondre : l'indication de son usage « *l'indication est la douleur thoracique* », et ses modalités de réalisation « *je fais une bouffée sublinguale, en position assise (au repos)* ». Ainsi, 10 % des patients ne connaissent pas les indications des dérivés nitrés « *natispray®* » en cas de crise douloureuse, lors du questionnaire. Les réponses sont « *je peux l'utiliser quand je me sens faible* » ou « *quand je suis essoufflé* ». Parmi les patients ne connaissant pas les conditions d'utilisation des tests aux dérivés nitrés, 90% des patients ignorent la nécessité d'être au repos et assis lors de la prise des bouffées.

Les principales réponses attendues au sujet de **leur pathologie coronarienne** étaient la définition de l'épisode aigu (obstruction de l'artère coronaire provoquée initialement par une plaque d'athérome) « *l'artère s'est bouchée par une plaque de cholestérol* », et la possibilité de récurrence « *ça peut revenir ou recommencer* » révélant le caractère chronique de leur maladie.

Concernant les **risques inhérents au SCA**, nous attendions essentiellement dans les réponses le risque de récurrence de SCA et la possibilité d'atteinte polyvasculaire (AOMI, AVC, Accident ischémique transitoire (AIT)). Ces réponses, validées par 31 patients (Tableau VII), étaient incomplètes concernant l'atteinte polyvasculaire, 74% d'entre eux ignorant notamment le risque d'AOMI. La réponse retenue concernant **les risques de complications** était l'insuffisance cardiaque « *le cœur peut moins bien pomper* » ou « *je pourrais être essoufflé* ». Les réponses associées attendues comprenant le risque vital par défaillance cardiaque ou trouble du rythme (tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire), et les complications valvulaires possibles étaient inconnues de tous les patients. Ces dernières n'ont donc pas été prises en compte. Nous notons également que parmi les 21 patients énumérant l'insuffisance cardiaque, celle-ci est plutôt « mal » comprise et les éléments de surveillance très rarement abordés (38%) (dyspnée, prise de poids, et apparition des œdèmes des membres inférieurs par exemple). Le risque de mort n'a jamais été évoqué.

1.4.4.3. Connaissance du traitement

Tableau VIII : Connaissance des patients du traitement BASI

CONNAISSANCES	T1 (n=52) n ¹ (%)	T2 (n=51) n ¹ (%)	T3 (n=50) n ¹ (%)
Traitement BASI	13 (25)	15 (29,4)	18 (36)
Importance du Bêta bloquant et des anti-agrégants	– ²	– ²	9 (18)
Rôle du Bêta bloquant et des anti-agrégants	– ²	– ²	10 (20)

1 : nombre de patients connaissant les variables étudiées

2 : non demandé à T1 et T2 car évaluation précise des connaissances à T3

Le test de connaissance des patients concernant le traitement BASI consistait en l'énumération des différents médicaments de ce traitement. Ainsi, les patients devaient citer toutes les classes de médicaments de ce traitement BASI pour valider la question.

Les principaux médicaments énumérés par les patients, même ceux connaissant partiellement leurs traitements sont les **anti-agrégants** (aspirine, prasugrel, clopidogrel) avec en priorité l'aspirine (35 patients), et le traitement par les **statines** (33 patients). Les **bêta-bloquants** et les **inhibiteurs de l'enzyme de conversion** (IEC) sont moins connus par les patients (11 patients). Nous avons interrogé plus précisément les patients sur « **l'importance des bêta-bloquants et des anti-agrégants plaquettaires** » du fait de leur importance dans le suivi et l'observance du traitement BASI, en les questionnant sur les molécules ne devant pas être arrêtées sans avis au préalable du cardiologue.

« **Le rôle** » de ces classes thérapeutiques a été également demandé, la question était validée si les patients énuméraient l'utilité de ces deux classes. Parmi tous les patients interrogés, 31 patients connaissent l'utilité et l'action des **anti-agrégants** exprimant leur action spécifique « *ce sont des fluidifiants du sang* » et la diminution du risque de récives par la double anti-agrégation plaquettaire « *ils empêchent que l'artère se bouche* ». Mais, aucun patient n'a soulevé le risque hémorragique pouvant être induit par ces médicaments. Par ailleurs, 10

patients connaissent l'effet bradycardisant des bêta-bloquants : ils provoquent « *la diminution du pouls* » ou ils permettent « *la contraction plus efficace du cœur* ». Nous notons que 2 patients semblent informés sur la contre-indication de l'arrêt brutal du bêta-bloquant évoquant un risque de « *survenue de crise plus importante* ».

1.4.5. Examens complémentaires réalisés recommandés dans le suivi post-SCA et le suivi cardiologique

Les examens complémentaires recommandés par l'HAS dans le suivi post-SCA sont résumés dans l'annexe 2.

Tableau IX : Examens recommandés et suivi cardiologique

EXAMENS REALISES	T2 (n=51) n (%)	T3 (n=50) n (%)
Bilan Sanguin		
Lipidique	30 (58,8)	34 (68)
Glucidique ¹	22 (52,3)	29 (70,7)
Hémoglobine Glycquée ²	2 (22,2)	6 (66,6)
Surveillance du traitement ³	33 (64,7)	32 (64)
Examens paracliniques de surveillance		
Epreuve d'effort	25 (49)	38 (76)
Scintigraphie myocardique	0	1
IRM cardiaque	0	1
Coronarographie	1	0
Examens pronostiques réalisés		
Echographie cardiaque	11 (21,5)	28 (56)
Doppler membres inférieurs et Troncs supra-aortique	15 (29,4)	20 (40)
Consultation du Cardiologue	23 (45,1)	39 (78)

1 : n et pourcentage calculé parmi les patients non diabétiques à T2 (n=42) et à T3 (n=41)

2 : n et pourcentage calculé parmi les 9 patients diabétiques à T2 et T3

3 : bilan de surveillance des IEC et statines

Nous remarquons qu'aucun patient n'a bénéficié de la réalisation d'un Index de pression systolique à la recherche d'une artérite des membres inférieurs.

Les examens paracliniques de surveillance et à visée pronostique ont été prescrits par le cardiologue. Les examens spécifiques tel que la scintigraphie myocardique, l'IRM cardiaque et la coronarographie ont été réalisés dans des situations particulières (risque important de récurrence avec épreuve d'effort positive pour la réalisation de la scintigraphie et la coronarographie ; et surveillance après une angioplastie à la phase aiguë du SCA pour l'IRM cardiaque).

1.4.6. Suivi et observance du traitement BASI

Tableau X : Le Suivi du traitement BASI

SUIVI DU TRAITEMENT BASI	T1 (n=52) n %	T2 (n=51) n %	T3 (n=50) n %
OBSERVANCE¹	51 (98,1)	49 (96,1)	47 (94)
PRISES AUX MEMES HORAIRE	₋ ²	49 (96,1)	47 (94)
PRISES QUOTIDIENNES	₋ ²	49 (96,1)	47 (94)
OUBLIS DU TRAITEMENT	₋ ²	3 (5,9)	6 (12)
CONTRAINTE DU TRAITEMENT	₋ ²	15 (29,4)	23 (46)
EFFETS SECONDAIRES	2 (3,8) ³	17 (33,3) ⁴	11 (22) ⁵
ARRET D'UN MEDICAMENT	1 (1,9) ⁶	7 (13,7) ⁷	5 (10) ⁸

1 : suivi du traitement BASI à la sortie d'hospitalisation : un patient inobservant à l'IEC et au Bêta-bloquant à T1 (arrêté par lui-même) et 2 patients inobservants ayant arrêté tous leurs médicaments à T2 avec un suivi irrégulier avec leur MG ; tous trois restants inobservants à T3

2 : non demandé à T1 du fait de la précocité de l'entretien avec la sortie d'hospitalisation

3 : Toux à l'IEC pour deux patients

4 : Anémie sous prasugrel pour un patient ; douleurs musculaires sous statines pour 6 patients (accompagné d'une élévation des CPK pour un patient) ; effets secondaires du bêta-bloquant pour 7 patients (hypotension et vertiges à l'effort pour 5 patients, bradycardie et syndrome de raynaud pour les 2 autres patients) ; effets secondaires de l'IEC pour 3 patients (toux pour 2 patients et hypotension pour un patient)

5 : Douleurs musculaires sous statines pour 4 patients ; effets secondaires du bêta-bloquant pour 6 patients (hypotension pour 2 patients, syndrome de raynaud pour un patient, bradycardie pour un patient, impuissance pour 2 patients) ; œdèmes des membres inférieurs sous inhibiteur calcique (instauré à la place du bêta bloquant en post-SCA en raison d'un spasme artériel) pour un patient

6 : arrêt de l'IEC pour un patient par le MG (toux) et remplacé par un autre IEC

7 : arrêt par le cardiologue du prasugrel remplacé par clopidogrel pour un patient, de la statine (atorvastatine) remplacé par une autre (rosuvastatine) pour un patient et du bêta bloquant (bisoprolol) remplacé par un autre (nébivolol) pour 4 patients ; arrêt de l'IEC par le MG remplacé par un sartan pour un patient

8 : Arrêt par le cardiologue de la statine (atorvastatine) remplacé une autre (rosuvastatine) pour 3 patients, du bêta-bloquant pour un patient (non remplacé) et de l'inhibiteur calcique remplacé par une autre classe pour un patient.

Malgré l'apparition d'effets secondaires, les médicaments ont été poursuivis le plus souvent par le MG et par le cardiologue, ceux-ci étant peu gênants ou transitoires. Une diminution de la posologie du bêta-bloquant a été réalisée par le cardiologue lors d'épisodes d'hypotension ou de bradycardie (3 patients).

1.4.7. La réadaptation cardiovasculaire et ses bénéfices à 3 mois vs 6 mois du suivi

A T1, parmi les 52 patients inclus, la réadaptation cardiaque a été proposée à l'issue de leur hospitalisation à 33 patients (63,5%). Elle a été proposée par le cardiologue pour 30 patients et par le MG pour 3 patients. La proposition a été acceptée initialement par 32 patients (97%).

Vingt sept patients ont bénéficié d'une réadaptation cardiaque (52,9%) à T2 et 30 patients (60%) à T3. Parmi ces patients, 3 femmes ont réalisé une réadaptation cardiaque dont une à la suite d'une récurrence de SCA durant son suivi.

Les bénéfices de la réadaptation évoqués par ces patients étaient :

- l'amélioration de la fonction cardiaque à l'effort et la réassurance dans les actes de la vie quotidienne pour 26 patients (96,3%) à T2 et pour tous les patients à T3
- l'amélioration de la compréhension de la maladie et du traitement pour 24 patients (88,9%) à T2 et pour 27 patients (90%) à T3
- la correction des FDR CV pour 21 patients (77,8%) à T2 et 24 patients à T3 (80%)
- l'amélioration de la qualité de vie pour 17 patients (62,9%) à T2 et 15 patients (50%) à T3

Un seul patient n'évoque aucun bénéfice de la réadaptation cardiaque à T2.

Parmi les 52 patients inclus dans l'étude, seuls les 30 patients ayant réalisé une réadaptation cardiaque ont bénéficié de consultations spécifiques par un diététicien, un tabacologue et un psychologue durant leur suivi (57,7%).

Parmi les 20 patients n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge en réadaptation cardiaque à T3, 4 patients ont refusé cette proposition (20%), la réadaptation n'a pas été proposée aux 16 autres patients (80%).

1.4.8. La perception des patients sur le suivi post-SCA avec leurs médecins généralistes et leurs attentes

Durant le suivi post-SCA, aucun patient n'a bénéficié des consultations dédiées d'éducation thérapeutique en dehors des consultations habituelles avec leur MG : 35 patients (70%) ont eu une consultation mensuelle avec leur MG, 12 patients (24%) ont eu une consultation tous les 2 à 3 mois et 3 patients (6%) ont un suivi irrégulier.

Quarante cinq patients (88,2%) déclarent être satisfaits de leur suivi avec leur MG à T2 et 43 patients (86%) à T3. Cependant, 16 patients ayant réalisé une réadaptation cardiaque soulignent à T3, l'importance de cette prise en charge en accompagnement de ce suivi.

Parmi les patients les plus insatisfaits de leur suivi (6 patients à T2 et 7 patients à T3), l'absence d'une aide et d'explications suffisantes quant à la correction de leurs FDR CV est évoquée par un patient à T2 et les 7 patients à T3 : *« je ne pratique pas d'activité physique car je ne sais pas ce que je peux faire, le médecin ne m'en a pas parlé »* ; *« je ne discute pas des FDR avec mon médecin, il me consulte et renouvelle mon ordonnance »*. Quatre patients évoquent le manque de temps consacré lors des consultations : *« je n'ai pas le temps de discuter avec mon médecin, il est toujours pressé »* ; *« la salle d'attente est toujours remplie et je n'ai pas le temps de lui poser des questions en consultation »*.

Neuf patients évoquent à T3 une aide insuffisante apportée par leurs MG quant à la « correction » de leurs FDR CV soulignant l'incompréhension du médecin face à leurs difficultés socio-économiques *« mon médecin me demande de manger mieux, mais il ne comprend pas mes difficultés financières »*, et environnementales *« j'ai toujours été sédentaire, mon médecin ne comprend pas que je ne veuille pas marcher, il me donne des consignes mais ça ne sert à rien »*, *« je dois travailler et m'occuper de mon enfant, je n'ai pas le temps de faire du sport »* (femme, 36 ans) entravant la modification de leurs habitudes de vie.

Les bénéfices évoqués par les patients satisfaits du suivi avec leur MG (n=43) à T3 étaient :

- la correction de FDR CV pour 30 patients (69,8%)
- l'amélioration de la compréhension de la maladie et du traitement pour 28 patients (65,1%)
- la participation aux soins et dans la prise de décision pour 18 patients (41,8%).

Nous notons que 8 patients déclarent n'avoir retiré aucun bénéfice de ce suivi (18,6%) soit en l'absence de FDR modifiables, soit par une compliance difficile aux soins.

Les attentes évoquées par tous les patients interrogés à T3 quant à leur suivi post-SCA et la correction de leurs FDR CV étaient :

- une écoute et une adaptation des mesures proposées en rapport avec leur environnement et leurs difficultés pour 44 patients (88%) : *« le médecin doit m'écouter et prendre le temps de répondre à mes questions concernant mes FDR », « il peut comprendre mes difficultés à modifier mes habitudes anciennes »*
- une participation aux soins et à la prise de décision pour 36 patients (72%) : *« j'aime bien être informé des examens que je dois faire et les traitements que je dois prendre, c'est ma maladie »*
- une acquisition de connaissance sur leur pathologie pour 28 patients (56%) : *« j'aimerais comprendre pourquoi j'ai fait mon infarctus et ce que je dois faire pour ne pas revivre ça »*
- la correction de leurs FDR pour 28 patients (56%).

Aucune attente n'était souhaitée pour 6 patients (12%) : *« mon MG est très bien mais il renouvelle mon ordonnance, et si j'ai un problème j'irai voir mon cardiologue car le cœur c'est important », « je n'ai pas d'attente, si je dois corriger mes FDR ce n'est pas le médecin qui le*

fera à ma place, je sais ce que je dois faire », « je n'ai pas envie de me sentir malade donc je n'aime pas me rendre chez le médecin, je vais bien et je prends mes médicaments, c'est suffisant».

1.4.9. Evolution et suivi des patients

1.4.9.1. Reprise des activités et qualité de vie

Vingt-deux patients (42,3%) ont repris leurs activités générales à T1 (quotidienne ou professionnelle selon leur statut professionnel), 28 patients (54,9%) à T2 et 32 patients (64%) à T3.

Parmi les patients n'ayant pas repris leurs activités générales, une incapacité physique ou une profession inadaptée (pour certains travailleurs en activité) est évoquée par 17 patients (73,9%) à T2 et 15 patients (83,3%) à T3.

A T3, cette incapacité physique est déclarée par 4 patients sans emploi ou retraités et pour un patient en activité avant le SCA ayant présenté un arrêt cardiaque précocement après sa sortie d'USIC. La profession semble inadaptée pour 10 patients dont le métier est « physique » (bâtiment, industrie) et pour lesquels une adaptation de poste est impossible pour 8 patients et un mi-temps thérapeutique est en attente pour 2 patients.

L'état général de 14 patients (28%) depuis leur SCA semble altéré à T3, ceux-ci déclarant être affaiblis en raison d'une asthénie ou de difficultés à l'effort (mais 5 patients présentent une insuffisance cardiaque parmi ces patients). Parmi les 36 patients (72%) déclarant avoir un état général conservé depuis leur SCA, 13 patients (36,1%) auraient une meilleure qualité de vie qu'avant leur hospitalisation : « *je monte les escaliers plus facilement* », « *je me sens moins*

essoufflé au travail », « je suis moins fatigué et je fais plus d'activités avec ma famille qu'auparavant ».

1.4.9.2. Evolution des patients et morbidité durant le suivi

Nous constatons que 5 patients présentent une insuffisance cardiaque apparue au décours de leur SCA avec une FEVG mesurée à 30-35 % :

- 2 patientes de 34 et 48 ans et un patient de 52 ans ayant présenté leur premier SCA,
- une patiente de 63 ans ayant présenté son 2^{ème} SCA,
- un patient de 39 ans ayant présenté son 3^{ème} SCA, lors de cette hospitalisation.

Tableau XI : Evolution des patients et morbidité

MORBIDITE et QUALITE DE VIE	T1 (n=52) n %	T2 (n=51) n %	T3 (n=50) n %
DOULEUR THORACIQUE	8 (15,4) ¹	6 (11,7) ²	8 (16) ³
AUTOTEST AU DERIVE NITRE	3 (5,8) ⁴	2 (3,9)	4 (8)
REALISATION READAPTATION CARDIAQUE	5 —	27 (53)	30 (60)
REPRISE ACTIVITE PROFESSIONNELLE⁶	4 (15,4)	9 (34,6)	12 (46,1)
REPRISE ACTIVITE QUOTIDIENNE⁷	18 (69 ,2)	19 (76)	20 (83,3)
REHOSPITALISATION	4 (7,7) ⁸	6 (11,7) ⁹	6 (12) ¹⁰

1 : Sur les 8 patients ayant eu une douleur thoracique, seuls 2 ont eu recours au 15 et ont été transférés en USIC dont l'un des deux a été réhospitalisé pour récurrence de SCA

2 : Sur les 6 patients ayant eu une douleur thoracique, aucun n'a eu recours au 15 ; 1 d'entre eux a consulté aux urgences cardiologiques à l'USIC et 1 patient a consulté aux urgences médicales (pas de réhospitalisation)

3 : Sur les 8 patients ayant eu une douleur thoracique, 1 patient a eu recours au 15 et a été pris en charge en USIC pour récurrence de SCA, 3 autres ont consulté à l'USIC et ont été réhospitalisés pour récurrence de SCA

4 : Parmi les 3 patients, les 3 ont utilisé le dérivé nitré pour une douleur thoracique et 1 d'entre eux l'a également utilisé pour une dyspnée

5 : Questionnement à T1 sur la proposition de réalisation d'une réadaptation cardiaque

6 : n et pourcentage estimé à T1-T2-T3 parmi les 26 patients en activité

7 : n et pourcentage estimé parmi les patients sans emploi ou retraités : 26 à T1, 25 à T2, 24 à T3 (perdus de vue)

8 : Réhospitalisation pour : rééquilibre du diabète ; coronarographie de complément programmée ; récurrence de SCA ; arrêt cardiaque à J4 du SCA .

9 : Réhospitalisation pour rééquilibre du diabète ; équilibre tensionnel (malaise hypotensif) ; anémie sous effet ; coronarographie de complément ; AVC ; AIT.

10 : Réhospitalisation pour AVC pour 2 patients ; récurrence de SCA pour les 4 autres patients dont un ayant nécessité un pontage coronarien.

Aucun patient n'est décédé durant leur suivi à T1, T2 et T3 (2 décès précoces ont été constatés entre la période d'inclusion et T1).

Parmi les événements notables post-SCA, nous observons un arrêt cardiorespiratoire à 4 jours du SCA consécutif à un trouble du rythme (fibrillation ventriculaire sur séquelle ischémique récente) pour un patient, 5 récurrences de SCA durant le suivi : un patient à T1, et 4 patients à T3 et 4 réhospitalisations pour des complications neurovasculaires (3 AVC et 1 AIT).

1.4.10. Synthèse à 6 mois du suivi post-SCA relative aux indicateurs de résultats de l'HAS

Tableau XII : Indicateurs de résultats et d'accès à 6 mois du suivi post-SCA

Indicateurs de résultats et d'accès	Nombre de patients à 6 mois post-SCA
	n (%)
Indicateurs de Résultats	
Patients sous traitement approprié BASI (n=50)	47 (94)
Patients fumeurs sevrés (n=17)	10 (58,8)
Patients pratiquant une activité physique (n=50)	34 (68)
Patients diabétiques traités avec bilan glucidique conforme aux recommandations (HbA1c < 7%) (n=9)	1 (11,1)
Patients dyslipidémiques traités avec bilan lipidique conforme aux recommandations (LDL cholestérol <1 g/l) (n=27)	23 (85,2)
Patients obèses ou en surpoids avec IMC redevenu conforme aux recommandations (IMC < 25 kg/m²) (n=32)	1 (3,1)
Patients hypertendus traités avec pression artérielle conforme aux recommandations (PAS < 140 et PAD < 90 mmHg) (n=23)	21 (91,3)
Patients actif ayant repris une activité professionnelle (n=26)	12 (46,1)
Complications cardiovasculaires (récidives, AVC, Insuffisance cardiaque, troubles du rythme)¹ (n=50)	15 (30)
Réadmissions non programmées à l'USIC ou aux Urgences (n=50)	12 (46,1)
Indicateurs d'accès aux soins	
Appels au 15 en 1^{ère} intention en cas de récurrence (n=5)	2 (40)
Réalisation de programmes en réadaptation cardiaque (n=50)	30 (60)
Consultations tabacologiques pour les patients fumeurs (n=17)	10 (58,8) ²
Consultations diabétologiques pour les patients dysglycémiques (n=9)	2 (22,2)
Consultations diététiques (n=50)	30 (60) ²
Consultations chez le cardiologue (n=50)	39 (78)

LEGENDE : HbA1c : Hémoglobine Glycquée ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; PAS : Pression Artérielle Systolique ; PAD : Pression Artérielle Diastolique ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologique

1 : 5 patients insuffisants cardiaques, 5 patients ayant présenté une récurrence de SCA, un patient ayant présenté un arrêt cardiaque sur un trouble du rythme grave et 4 réhospitalisation pour AVC ; 2 : consultations réalisées en réadaptation

2. Résultats descriptifs des médecins

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau XIII : Caractéristiques des médecins

PARAMETRES	MEDECINS (n=30)
	n (%)
SEXE	
Femmes	8 (26,7)
Hommes	22 (73,3)
STATUT DU MEDECIN	
Titulaire	30 (100)
ANCIENNETE D'INSTALLATION	
<10 ans	8 (26,7)
>10 ans	22 (73,3)
MILIEU D'EXERCICE	
Rural	4 (13,3)
Semi-Rural	7 (23,3)
Urbain	19 (63,4)
MODE D'INSTALLATION	
Cabinet de groupe	17 (56,7)
Cabinet Individuel	12 (40)
Centre de santé mutualiste des mines	1 (3,3)
DEPARTEMENT	
Nord	26 (86,7)
Pas-de-Calais	4 (13,3)

2.2. Suivi initial des patients avec leurs médecins généralistes à T0

Parmi les 30 MG inclus dans l'étude, 13 médecins (43,3%) suivaient leurs patients depuis plus de 10 ans. Onze MG (36,7%) consultaient leurs patients de manière mensuelle ou trimestrielle avant le SCA.

Le risque cardiovasculaire global de leurs patients avant leur SCA était connu par 18 MG (60%).

2.3. Etude descriptive des stratégies de prise en charge mises en œuvre par les entretiens téléphoniques auprès des médecins généralistes aux trois temps de l'étude à 1 mois (T1), 3 mois (T2) et 6 mois (T3)

2.3.1. La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire

Trente médecins ont été interrogés à T1, 29 médecins à T2 et 27 médecins à T3.

Nous notons que 10 patients tabagiques, 4 patients diabétiques, 15 patients dyslipidémiques, 13 patients hypertendus, et 5 patients présentant une intoxication alcoolique (au dessus du seuil de l'OMS) étaient suivis par les MG inclus dans l'étude.

Seules les stratégies de prise en charge des patients lors de leur suivi post-SCA ont été étudiées.

2.3.1.1. Le tabac

A T1, T2 et T3 les 5 MG dont les patients n'étaient pas sevrés, déclarent avoir effectué le suivi de l'intoxication tabagique avec une information orale adaptée concernant le sevrage. Une proposition d'aide médicamenteuse par substitut nicotinique a été réalisée par 4 médecins

(80%) à T2 et un entretien motivationnel par un MG à T3. Aucun MG n'a réalisé un test de Fagerström⁷.

2.3.1.2. L'hypertension artérielle

Aux trois temps du suivi, tous les MG déclarent effectuer la mesure de la pression artérielle (PA) à chaque consultation.

2.3.1.3. La surveillance du bilan lipidique

Les MG ont été interrogés sur ce sujet à 3 mois et 6 mois du suivi comme il est recommandé par l'HAS. Nous constatons que le bilan lipidique a été prescrit par 18 MG (62,1%) à T2 et par 21 MG (77,8%) à T3.

2.3.1.4. La surveillance du bilan glucidique

Les MG ont également été interrogés sur ce sujet à 3 et 6 mois du suivi en rapport avec les recommandations de l'HAS.

Ainsi, l'hémoglobine glyquée a été prescrite par les MG des 4 patients diabétiques à T2 et par 2 MG (50%) à T3.

⁷ Le test de Fagerström permet d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine à l'aide de 6 questions : 1) Le matin, combien de temps après le réveil, allumez-vous votre 1^{ère} cigarette ? (< 5 min : 3pts, 6 et 30 min : 2 pts, 31 et 60 min : 1 pt, après 1 h : 0) ; 2) Est-il difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits interdits ?(oui : 1pt ; non : 0) ; 3) A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?(la première de la journée : 1 pt, autres :0) ; 4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? (>30 : 3 pt, 21 à 30 : 2 pts, 11 à 20 : 1 pt, < 10 : 0) ; 5) Fumez-vous à des intervalles plus rapprochées durant les 1ères heures de la journée ? (oui : 1pt, non : 0) ; 6) Fumez-vous quand vous êtes malades ?(oui : 1 pt, non : 0). La somme des points obtenus indique le degré de dépendance : Entre 0 et 2 : pas de dépendance ; Entre 3 et 4 : dépendance faible ; Entre 5 et 6 : dépendance moyenne ; Entre 7 et 10 : dépendance forte.

Le contrôle du bilan glucidique par une glycémie veineuse à jeun des patients non diabétiques (n=25 à T2 et n=23 à T3) a été prescrit par 16 MG (64%) à T2 et 18 MG (78,3%) à T3.

2.3.1.5. La surveillance pondérale et de l'alimentation

A T1 (n=30) et T3 (n=27), l'IMC a été calculé par 26 MG.

Le suivi pondéral par une pesée systématique a été réalisé par 19 MG sur les 29 interrogés (65,5%) à T2. Une information orale avec des conseils diététiques a été délivrée par 20 MG (66,7%) à T1, 19 MG (65,5%) à T2 et 20 MG (74,1%) à T3.

Une enquête alimentaire a été réalisée par 6 MG à T1, 4 MG à T2, et 6 MG à T3.

La mesure du périmètre abdominal recommandée par l'HAS n'a été réalisée par aucun MG.

2.3.1.6. Le suivi de la pratique d'une activité physique régulière

La recherche de la pratique d'une activité physique régulière a été réalisée par tous les médecins aux trois temps de l'étude. Une information orale concernant la nécessité de pratiquer une activité physique avec des conseils adaptés aux patients a été délivrée par 15 MG (50%) à T1, par 21 MG (72,4%) à T2 et 14 MG (51,8%) à T3.

2.3.1.7. Le suivi de la consommation d'alcool

Le suivi de la consommation d'alcool des patients a été réalisé par tous les médecins aux trois temps de l'étude. Une aide au sevrage par une information orale a été délivrée par tous les médecins dont les patients présentaient une consommation supérieure au seuil déterminé par

l'OMS (5 patients) et une aide médicamenteuse ainsi qu'une proposition de consultation avec un addictologue ont été réalisées pour un patient.

2.3.2. L'information et la recherche de douleur thoracique ainsi que l'utilisation du dérivé nitré en autotest

Tableau XIV : Information et recherche d'une douleur thoracique

INFORMATION	T1 (n=30)		T3 (n=27)	
	n	%	n	%
Information sur la conduite à tenir en cas de Douleur Thoracique (DT)¹	30	(100)	27	(100)
Information sur les modalités d'utilisation de l'autotest de DN	24	(80) ²	12	(44,4)
Recherche DT	30	(100)	26	(96,3)
Recherche Utilisation en autotest du DN	30	(100)	23	(85,2)

Légende : DT : Douleur Thoracique ; DN : Dérivé nitré

1 : recours au 15 en première intention

2 : Parmi les 24 MG, tous ont expliqué l'administration d'une à deux bouffées sublinguales et 19 MG ont précisé la nécessité d'être assis au repos

A T2 (n=29), tous les MG ont recherché une douleur thoracique et l'utilisation éventuelle du dérivé nitré en autotest.

2.3.3. L'information délivrée aux patients concernant leurs facteurs de risque et la maladie coronarienne

Ce sujet a été abordé à trois et six mois de l'étude en raison de la précocité de la sortie d'hospitalisation à T1 du suivi. Ainsi, les 29 MG déclarent avoir informé leurs patients de leurs FDR CV et la signification de ceux-ci à T2 et 25 MG (92,6%) à T3.

2.3.4. La réadaptation cardiaque et ses bénéfices

A T3 (n=27), 15 patients des MG interrogés ont réalisé une réadaptation cardiaque (55,6%). Les bénéfices de la réadaptation cardiaque pour ces patients décrits par leurs médecins sont :

- une amélioration de la fonction cardiaque avec réassurance dans les actes de la vie quotidienne pour 14 patients (93,3%),
- la correction de FDR CV par le suivi éducatif réalisé au cours des séances pour 12 patients (80%),
- une amélioration de la compréhension de la maladie et du traitement pour 13 patients (86,7%).

D'après les déclarations des MG, 2 patients auraient une meilleure qualité de vie qu'avant leur hospitalisation pour SCA (7,4%) grâce à la réadaptation cardiaque ; ces deux mêmes patients ayant également déclaré cette amélioration de la qualité de vie lors de leurs questionnements.

2.3.5. La recherche d'atteintes poly-vasculaires

Les médecins n'ont pas été interrogés sur ce sujet à T1. La recherche clinique d'une atteinte polyvasculaire notamment d'une AOMI ou une sténose carotidienne a été réalisée par 8 MG

(27,6%) à T2 (n=29) et par tous les MG à T3 (n=27). Un doppler des membres inférieurs et des troncs supra-aortique a été réalisé pour 6 patients (22,2%) à T3. Cet examen a été prescrit pour 5 patients par le cardiologue et pour 1 patient par le MG.

Aucun MG n'a réalisé l'Index de Pression Systolique (IPS) à la recherche d'une AOMI.

2.3.6. Le suivi du traitement BASI

A T1 (n=30), le traitement BASI a été reconduit par tous les MG à la sortie d'hospitalisation de leurs patients.

La double anti-agrégation plaquettaire a été poursuivie par tous les MG à T2 (n=29) et à T3 (n=27). Les autres médicaments du traitement BASI ont été modifiés durant le suivi en raison de la présence d'effets secondaires :

- Le bêta-bloquant a été remplacé par 4 MG (13,8%) à T2 et arrêté par deux MG à T3, après avis du cardiologue en raison d'une bradycardie sévère ou d'une hypotension à l'effort chez leurs patients
- La statine a été prescrite par tous les MG à T2 et arrêtée par un MG à T3 pour des douleurs musculaires inexplicables déclarées par son patient
- L'IEC a été remplacé par un MG à T2 et à T3 car ces patients présentaient une toux gênante suite à l'introduction de ce médicament.

Une inobservance des patients au traitement a été suspectée au fil du temps par 5 MG.

Le traitement a été majoré pour 5 patients à T3 avec :

- l'adjonction d'un antihypertenseur pour 3 patients en raison d'une HTA non contrôlée
- une majoration de la posologie du bêta-bloquant pour un patient après avis du cardiologue
- une majoration de l'aspirine pour un patient après avis neurologique suite à un AVC.

Le bilan sanguin de surveillance du traitement par IEC et statine recommandé par l'HAS a été prescrit par 22 MG (81,5%) à T2 et 19 MG (70,4%) à T3.

A T3, 24 MG sur les 27 interrogés (88,9%) déclarent avoir délivré une information orale à leurs patients concernant le rôle et l'importance du traitement BASI.

2.3.7. La perception des médecins concernant les stratégies de prise en charge des patients et l'abord de l'éducation thérapeutique

Le suivi éducatif des patients dans la prise en charge des FDR CV après un SCA semble important pour 25 MG (83,3%) à T1 (n=30) mais seulement 8 médecins connaissent la signification du « diagnostic éducatif » parmi les 29 MG interrogés à T2. Aucun médecin n'a réalisé de consultation d'éducation thérapeutique (ETP) dans la prise en charge des FDR de leurs patients au cours de l'étude. Ceci est expliqué par les difficultés de ce suivi évoquées par les MG :

- un manque de temps lors des consultations (n=16)
- la contrainte de ce suivi éducatif en ville et en ambulatoire pour le patient (n=12)
- la non adhésion des patients aux mesures entreprises dans la correction des FDR (n=10)
- le défaut de capacité à faire de l'éducation et le manque de formation à l'ETP (n=10)
- le manque de moyens pédagogiques mis à disposition des MG au cabinet (n=9)

A T3, 26 MG (96,3%) déclarent appliquer les recommandations de l'HAS concernant le suivi post-SCA de leurs patients et la correction des FDR CV.

Tableau XV : Stratégies mises en œuvre et perception générale des médecins généralistes concernant le suivi éducatif post-SCA

PERCEPTION DES MG	T3 (n=27) n (%)
Stratégies mises en œuvre dans la prise en charge FDR CV -Abord d'un FDR lors de chaque consultation -Participation du patient dans la prise de décisions concernant sa maladie -Aucune stratégie supplémentaire au cours des consultations habituelles	21 (77,8) 2 (7,4) 6 (22,2) ¹
Obstacles à la réalisation du suivi éducatif post-SCA -Non adhésion du patient -Manque de temps lors des consultations -Difficulté dans la relation médecin-malade	21 (77,8) 10 (37) 6 (22,2)
Solutions à la réalisation du suivi éducatif post-SCA -Coordination plus importante avec les centres de réadaptation cardiaque ² -Remboursement des consultations diététiques ambulatoires ³ -Création de maison de santé pluridisciplinaire centrée sur l'ETP (en particulier de la pathologie coronarienne) -Cotation supplémentaire aux consultations habituelles pour des consultations dédiées à l'ETP dans le suivi post-SCA -Meilleure accessibilité aux formations des MG à l'ETP	17 (63) 14 (51,8) 12 (44,4) 3 (11,1) 4 (14,8)

Légende : FDR CV : facteurs de risque cardiovasculaire ; SCA : Syndrome Coronarien Aigu ; ETP : éducation thérapeutique ; MG : médecin généraliste

1 : ceci est justifié par 3 médecins déclarant que les mesures spécifiques éducatives sont entreprises en réadaptation cardiaque (11,1%).

2 : Les MG évoquent la possibilité d'un suivi prolongé des patients avec des consultations régulières de rappel après la réalisation de la réadaptation cardiaque durant la première année après le SCA

3 : Remboursées après un SCA ou en cas de maladie athéromateuse en raison de la difficulté du suivi diététique par le MG et la situation actuelle d'une suralimentation ou d'une alimentation déséquilibrée fréquemment retrouvée

3. Analyse comparative de l'évolution de la « correction » des facteurs de risque, des connaissances des patients sur la maladie coronarienne et leur traitement, de la morbidité et la qualité de vie des patients au cours du suivi post-SCA

3.1. Evolution de la « correction » des facteurs de risque, du suivi du traitement BASI, de la morbidité et de la qualité de vie des patients aux trois temps de l'étude

Il existe une différence significative dans l'évolution de la « **correction** » **de deux facteurs prédisposants** à T1, T2, T3 :

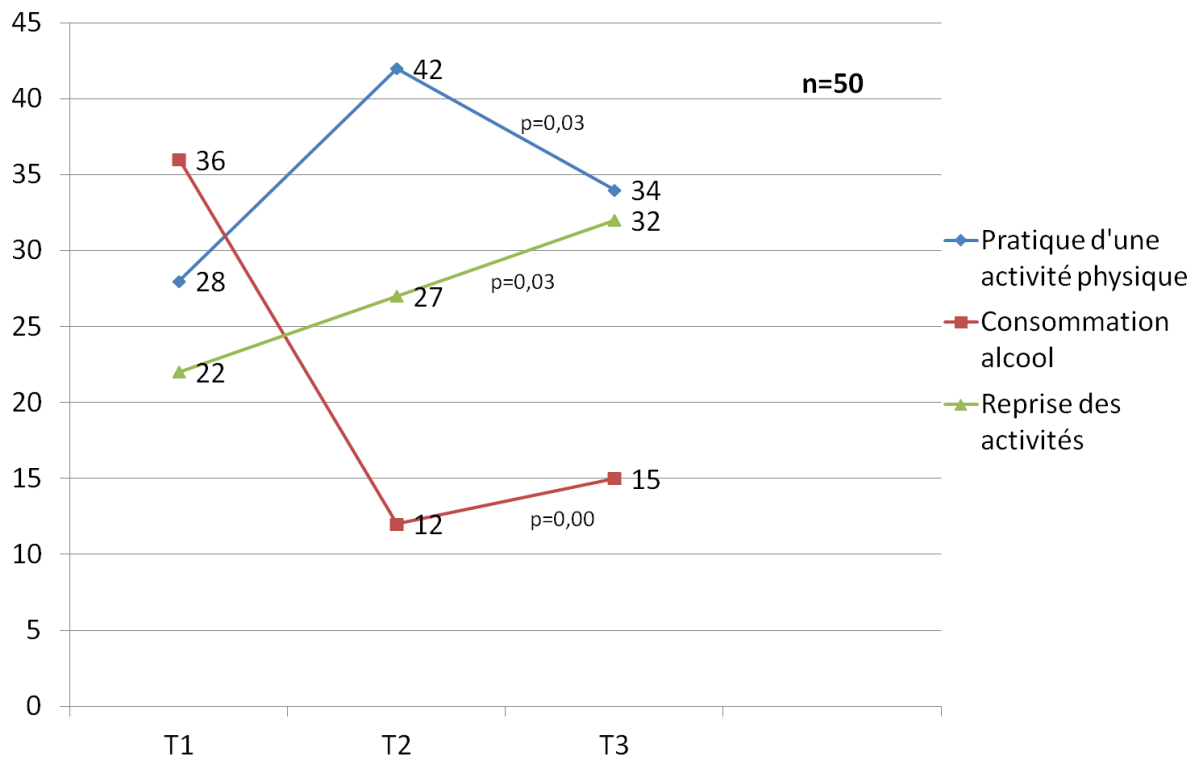
- la pratique d'une activité physique régulière ($p=0,03$)
- la consommation d'alcool ($p=0,00$).

En effet, cette évolution montre une nette correction de ceux-ci à T2 et à T3.

Concernant la **morbidité et la qualité de vie des patients**, l'évolution est significative pour la reprise de l'activité professionnelle et/ou quotidienne des patients ($p= 0,03$) révélant une reprise progressive au cours du suivi.

L'évolution des variables étudiées relatives à la « **correction** » **des FDR CV et au suivi du traitement BASI** n'est pas significative aux trois temps de l'étude.

Figure 7 : Evolution de deux facteurs prédisposants et de la qualité de vie aux trois temps de l'étude



Légende : Test de Cochran ($p < 0,05$)

3.2. Evolution de la « correction » des facteurs de risque, l'observance du traitement BASI et des éléments de la prise en charge des patients entre 3 et 6 mois du post-SCA

Une évolution significative de la **correction des FDR CV** des patients à T2 et T3 est observée pour un seul facteur : **l'amélioration du bilan lipidique**. En effet, parmi les 22 patients ayant réalisé un bilan lipidique aux deux temps de l'étude, cette évolution est significativement

favorable avec une amélioration du bilan lipidique (LDL c < 1g/l) à T3 pour 4 patients dyslipidémiques à T2 (test de Mc Nemar, p=0,00).

Une différence significative est observée dans l'évolution de 2 variables relatives au suivi post SCA et la prise en charge des patients :

la réalisation d'examens complémentaires et la consultation avec le cardiologue.

- ✓ Ainsi, parmi les 49 patients ayant réalisé des examens complémentaires de surveillance lors du suivi post-SCA aux deux temps de l'étude, si on observe la prescription d'un bilan complémentaire à T2 pour 33 patients, une augmentation significative dans la prescription de ces examens est observée pour 9 patients supplémentaires entre T2 et T3 (test de Mc Nemar, p=0,04).

Nous remarquons que tous les patients ayant réalisé ce bilan complémentaire à T2, ont également bénéficié de cette prise en charge à T3 mais aucun examen n'a été prescrit pour 7 patients à ces deux temps.

- ✓ Pour le même nombre de patients interrogés, si à T2 le suivi du cardiologue concerne 23 patients, on constate qu'une consultation avec le cardiologue est proposée pour 15 patients supplémentaires entre 3 et 6 mois du suivi (test de Mc Nemar, p =0,00).

Tous les patients ayant consulté leur cardiologue à 3 mois, ont bénéficié de ce même suivi à 6 mois mais 11 patients n'ont jamais consulté leur cardiologue.

Il n'existe pas d'évolution significative dans **l'observance du traitement BASI** à T2 et T3.

3.3. Evolution des connaissances des patients concernant la conduite à tenir (CAT) en cas de douleur thoracique (DT), et l'équilibre alimentaire au cours du suivi post-SCA à 6 mois

Une amélioration significative des **connaissances** des patients concernant la CAT en cas de situation de crise est observée, notamment dans l'**utilisation des dérivés nitrés** en automédication. En effet, parmi les 49 patients interrogés, 23 patients déclarent des connaissances à T1, mais à T3 il existe 22 patients supplémentaires (soit 45 patients au total) qui déclarent avoir acquis les connaissances concernant la CAT en cas de DT (test de Mc Nemar $p=0,00$). Il existe donc une évolution significative dans l'acquisition de connaissances déclarées pour « gérer » les situations d'urgence.

En particulier, une amélioration significative des connaissances concernant les modalités d'utilisation des dérivés nitrés est observée pour 14 patients à T3, parmi les 43 patients interrogés à T1 et T3 ; 18 patients avaient déjà acquis des connaissances à T1 (test de Mc Nemar, $p=0,01$).

Il n'existe pas de différence significative dans l'évolution des connaissances des patients concernant **l'équilibre alimentaire** entre 1 et 6 mois du suivi post-SCA.

Tableau XVI : Evolution des variables significatives entre T2-T3 et T1-T3

Evolution T2-T3					
Evolution T2-T3	T2	T3	Nombres de patients supplémentaires	n	p
Contrôle lipidique LDLc < 1g/l	17	21	+ 4	22	0,00
Examens complémentaires réalisés	33	42	+ 9	49	0,04
Consultation du cardiologue	23	38	+15	49	0,00
Evolution T1-T3					
Evolution T1-T3	T1	T3	Nombre de patients supplémentaires	n	p
Connaissance de la CAT face à une DT	23	45	+22	49	0,00
Connaissance des modalités d'utilisation des DN	18	32	+14	43	0,01

CAT : Conduite à tenir ; DT : Douleur Thoracique ; DN : Dérivé Nitré

Test de Mc Nemar ($p < 0,05$)

4. Analyse croisée des variables relatives au suivi post-SCA avec la prise en charge en réadaptation cardiaque

4.1. Conditions d'admission en réadaptation cardiaque

Nous n'avons pu mettre en évidence dans cette étude, des caractéristiques spécifiques des patients (FDR CV, gravité SCA...) permettant de définir « un profil de patients » et d'établir des conditions d'admission pour la réadaptation cardiaque.

4.2. Bénéfices de la réadaptation cardiaque à 3 mois du suivi post-SCA

- ✓ La réadaptation cardiaque permet la **correction de certains FDR CV et facteurs prédisposants** à 3 mois du suivi. Ainsi, il existe une différence significative permettant d'établir un lien entre la réalisation d'une réadaptation cardiaque à T2 (n=27) et :
 - la correction du bilan lipidique (test de Fisher Exact, p=0,04)
 - la pratique d'une activité physique (test de Fisher Exact, p=0,00)
 - la motivation des patients quant à la modification de leurs habitudes de vie (test de Fisher Exact, p=0,04).
- ✓ **Les stratégies de prise en charge recommandés** dans le suivi post-SCA sont améliorées par la réalisation d'une réadaptation cardiaque. En effet, la prescription dans le suivi post-SCA :
 - du bilan sanguin lipidique et glucidique recommandé par l'HAS (test Khi-Deux de Pearson, p=0,00)
 - du bilan sanguin de surveillance du traitement (test Khi-Deux de Pearson, p=0,00)
 - et des examens complémentaires de surveillance (test Khi-Deux de Pearson, p=0,00)

est significativement supérieure pour les patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardiaque à T2.

- ✓ Une **acquisition de connaissances** des patients concernant **la pathologie coronarienne** est favorisée par la réadaptation cardiaque. Une différence significative pour les patients admis en réadaptation cardiaque à T2 est observée dans la connaissance de la signification des FDR CV (test de Khi-Deux de Pearson, $p=0,03$).
- ✓ **La connaissance et l'observance du traitement BASI** n'est pas améliorée par la réadaptation cardiaque. Il n'existe pas de différence significative pour les patients ayant bénéficié de cette prise en charge à T2.
- ✓ La réadaptation cardiaque à 3 mois n'améliore pas **la qualité de vie des patients** et ne diminue pas **leur morbidité**.

De plus, il semble que le temps consacré par les patients à la réalisation de cette prise en charge en centre de rééducation CV retarde à court terme la reprise de leurs activités professionnelles expliquant la différence significative objectivée pour ce critère en faveur des patients n'ayant pas bénéficié de la réadaptation cardiaque (test de Khi-Deux de Pearson, $p=0,01$).

Tableau XVII : Bénéfices de la réadaptation cardiaque à T2

Variables étudiées		Réalisation Réadaptation Cardiaque (n=27)	Non Réalisation Réadaptation Cardiaque (n=24)	n	p
Correction FDR CV*	Correction Bilan lipidique (LDLc <1 g/l) (n=30)	22	3	25	0,04
	Pratique activité physique régulière (n=51)	27	15	42	0,00
	Motivation modification habitudes de vie (n=48)	26	18	44	0,04
Stratégies de prise en charge Recommandées dans le suivi**	Bilan sanguin recommandé HAS (n=51)	24	6	30	0,00
	Examens complémentaire de surveillance (n=50)	23	10	33	0,00
	Bilan sanguin de surveillance du traitement (n=51)	24	9	33	0,00
Connaissance de la pathologie coronarienne**	Connaissance de la signification des FDR CV (n=51)	23	14	37	0,03
Evolution des patients**	Reprise des activités professionnelles et quotidiennes (n=51)	10	18	28	0,01

*Test de Fisher Exact

** Test de Khi-Deux de Pearson

4.3. Bénéfices de la réadaptation cardiaque à 6 mois du suivi post-SCA

- ✓ **La correction des FDR CV à 6 mois** du suivi post-SCA est favorisée par la réalisation d'une réadaptation cardiaque :
 - le sevrage tabagique (test de Fisher Exact, $p=0,01$)
 - la pratique de l'activité physique régulière (test de Khi-Deux de Pearson, $p=0,03$)
 - et la modification des habitudes de vie (test de Fisher Exact, $p=0,00$)sont significativement supérieurs chez les patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardiaque à T3.
- ✓ **Les stratégies de prise en charge** recommandées dans le suivi post-SCA reste conditionnées par la réadaptation cardiaque à T3 avec une supériorité significative dans la **prescription des bilans et examens recommandés** par l'HAS chez les patients ayant bénéficié de cette prise en charge.
- ✓ De plus, les patients ayant bénéficié d'une rééducation CV sont plus **satisfaits de leur suivi avec leur MG** dans la prise en charge de leurs FDR CV (test de Fisher Exact, $p=0,04$).
- ✓ **Les connaissances** des patients sont améliorées par la réalisation de la réadaptation cardiaque. A 6 mois, les patients ayant bénéficié d'une réadaptation CV ont pris conscience du **caractère chronique de la pathologie coronarienne** (test de Khi – Deux de Pearson, $p= 0,01$) et ont acquis des connaissances significatives concernant :
 - les **risques** (test de Khi-Deux de Pearson, $p=0,00$)
 - et les **complications** (test de Khi Deux de Pearson, $p=0,01$) de la pathologie coronarienne
 - ainsi que **le rôle du traitement BASI** (test de Fisher exact, $p=0,04$) même si l'observance au traitement n'est pas influencée.

Par ailleurs, la gestion de la crise n'est pas améliorée par la réalisation d'une réadaptation cardiaque.

- ✓ Enfin, la réadaptation cardiaque améliore la **qualité de vie** des patients à 6 mois (test de Khi-Deux de Pearson, $p=0,02$) mais ne favorise pas la reprise des activités dans le post-SCA.
- ✓ Il est confirmé à 6 mois du suivi que la réadaptation cardiaque n'améliore pas la **connaissance des molécules et médicaments prescrits par le MG**, et encore moins l'observance du traitement BASI.
- ✓ La **morbidity** n'est pas diminuée par la prise en charge en réadaptation cardiaque dans le suivi post-SCA à 6 mois.

Tableau XVIII: Bénéfices de la réadaptation cardiaque à T3

Variables étudiées		Réalisation Réadaptation Cardiaque (n=30)	Non Réalisation Réadaptation Cardiaque (n=20)	n	p
Correction FDR CV	Modification des habitudes de vie* (n=50)	29	11	40	0,00
	Pratique d'une activité physique régulière** (n=50)	24	10	34	0,03
	Intoxication tabagique * (n=50)	1	6	7	0,01
Stratégies de prise en charge recommandées	Bilan sanguin recommandé HAS** (n=50)	24	10	34	0,03
	Examens complémentaires de surveillance* (n=50)	29	14	43	0,01
	Bilan sanguin de surveillance du traitement** (n=49)	23	9	32	0,01
Satisfaction suivi avec le MG	Satisfaction du suivi dans la correction des FDR modifiables* (n=49)	28	13	41	0,04
Connaissance de la pathologie coronarienne et du traitement BASI	Pathologie Coronarienne et caractère chronique** (n=50)	18	4	22	0,01
	Risques pathologie coronarienne** (n=50)	25	6	31	0,00
	Complications pathologie coronarienne** (n=50)	17	4	21	0,01
	Rôle du traitement BASI* (n=50)	9	1	10	0,04
Evolution des patients	Amélioration de la qualité de vie** (n=36)	11	2	13	0,02
	Reprise des activités professionnelles et quotidiennes** (n=50)	16	16	32	0,05***

Légende : FDR CV : facteurs de risque cardiovasculaires ; MG : médecin généraliste

*Test Exact de Fisher, **Test de Khi-Deux de Pearson ; *** tendance

Bénéfices de la réadaptation cardiaque à 3 et 6 mois du suivi post-SCA :

Notre étude montre que les patients ayant réalisé une réadaptation cardiaque déclarent de nombreux bénéfices de cette prise en charge. Ces bénéfices ne sont observés de manière significative à 3 mois et 6 mois du suivi pour :

- la modification des habitudes de vie (à T2 $p=0,04$ vs à T3 $p=0,00$)
- la pratique d'une activité physique régulière (à T2 $p=0,00$ vs à T3 $p=0,03$)
- la réalisation du bilan sanguin du contrôle lipidique et glucidique (à T2 $p=0,00$ vs à T3 $p=0,03$)
- la réalisation des examens complémentaires de surveillance (à T2 $p=0,00$ vs à T3 $p=0,01$)
- la réalisation d'un bilan sanguin de surveillance du traitement (à T2 $p=0,00$ vs à T3 $p=0,01$)

Nous remarquons que la reprise des activités (professionnelles ou quotidiennes) n'est pas favorisée par la réalisation de la réadaptation cardiaque dans les 6 mois du suivi post-SCA (à T2 $p=0,01$ vs à T3 $p=0,05$ en faveur des patients n'ayant pas bénéficié de cette prise en charge)

DISCUSSION

1. Discussion des Résultats

1.1. La maladie coronarienne est préoccupante dans la région du Nord-Pas-de-Calais

Nous observons dans notre étude un **nombre important d'évènements CV et de complications** de survenue précoce après le SCA. En effet, à l'issue de la période d'inclusion, 2 patients sont décédés précocement dans les 28 jours suivants le SCA (et n'ont pu être suivis) et un patient a présenté un arrêt cardiorespiratoire récupéré consécutif à un trouble du rythme sévère à J4 de son SCA. Durant le suivi à 6 mois des patients dans notre étude, nous avons également observé une morbidité importante dans le post-SCA avec une récurrence ischémique pour 5 patients, un AVC et/ou AIT pour 4 patients et une insuffisance cardiaque pour 5 patients. Cette constatation est mise en évidence dans les registres MONICA de l'IDM et des décès coronaires enregistrés dans les populations de la communauté urbaine de Lille, les départements du Bas Rhin et de la Haute Garonne (9). Il est décrit un taux de létalité coronaire à 28 jours, plus élevé à Lille que dans les deux autres régions et les signes cliniques (OAP, arrêt cardiaque, choc cardiogénique) ainsi que les signes électrocardiographiques de gravité des SCA enregistrés sont deux à trois fois plus fréquents à Lille qu'à Strasbourg et Toulouse (6).

Cette gravité de la maladie coronaire dans la région du Nord-Pas-de-Calais peut être expliquée par un **profil CV à haut risque de la population**. En effet, nous observons que parmi les 52 patients inclus dans notre étude, 32 patients (61,5%) étaient porteurs de trois FDR ou plus. La majorité des patients étaient donc à haut risque CV et nous notons que 16 patients (30,8%) présentaient un antécédent de MCV avérée avant l'étude. Ces résultats correspondent au gradient Nord-Sud de FDR CV démontré par la mesure des FDR CV par le projet MONICA

de 1994-1997 (9) et a été confirmé par l'étude MONA LISA réalisé de 2005 à 2007 dans la continuité de ces trois registres de population des cardiopathies ischémiques (17). Nous notons également, que certains FDR modifiables sont prédominants dans notre région. Ainsi, parmi les 52 patients inclus, 32 patients (61,5%) présentent une surcharge pondérale dont 17 patients obèses (32,7%). Ainsi, 50% des femmes de notre échantillon présentent une obésité. Le tabagisme est également très présent, 17 patients (32,7%) ont une intoxication tabagique avant leur SCA dont 15 hommes. Ces constatations sont confirmées par l'étude MONA LISA relatant d'une part une très importante prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la région Lilloise en rapport aux deux autres régions avec un taux de 88% d'hommes et de 54% de femmes, et d'autre part un tabagisme plus fréquent notamment chez les hommes représentant un taux de 22%. L'enquête épidémiologique nationale Obépi, révèle en 2012 que la région Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée par l'obésité avec une prévalence de 21,3% (18).

1.2. Un profil de patients coronariens plus jeunes avec des facteurs de risque modifiables bien déterminés est décrit

1.2.1. L'émergence de la pathologie coronarienne chez les sujets jeunes et les femmes

La moyenne d'âge des patients dans notre étude est jeune (57 ans), et nous observons que 6 patients ont moins de 40 ans dont deux femmes (34 et 36 ans). Ainsi, il semblerait que la pathologie coronarienne affecterait une **population plus jeune** qu'auparavant et notamment la **femme** jeune. Ces données sont décrites dans les registres des populations issues du projet MONICA des patients hospitalisés pour un IDM sur la période de 2000 à 2008 (19). En

effet, si une diminution de 7,4% du nombre global de patients hospitalisés pour IDM est constatée, celle-ci résulte d'une augmentation pour les patients de moins de 65 ans (+ 3,6%) et d'une diminution du nombre de patients plus âgés (-13,6%). D'une manière plus précise, les taux standardisés sur l'âge montrent une diminution significative homogène pour les hommes (-22,7%) et les femmes (-23,7%) après 65 ans, mais une diminution moindre chez les hommes de moins de 65 ans (-10,2%) et une augmentation préoccupante chez les femmes entre 35 et 54 ans (+6,7%). Ces données sont en accord avec les registres de population en France de l'IDM et des décès coronaires enregistrés de 2000 à 2007 révélant une baisse de l'incidence et de la mortalité de l'IDM des personnes de plus 55 ans qui s'avère quasi-inexistante chez les sujets jeunes et tout particulièrement les femmes (6).

1.2.2. L'émergence de nouveaux facteurs de risque cardiovasculaire

L'influence de certains FDR CV pourrait expliquer l'évolution du « profil des patients coronariens ». En effet, certains FDR prédisposants sont prédominants dans notre étude. Ils concernent essentiellement la surcharge pondérale (61,5% des patients) et plus particulièrement l'**obésité** affectant 32,7% des patients et 50 % des femmes incluses. La sédentarité est un élément majeur, présente dans 80,8 % des cas. L'enquête épidémiologique nationale Obépi, réalisée depuis 1997 confirme ces données révélant une augmentation importante de la prévalence de l'obésité ces dix dernières années (10,1% en 2000 et 15% en 2012), dont la prévalence est plus élevée chez les femmes (15,7% vs hommes 14,3%) (18). Par ailleurs, l'étude MONA LISA de 2005 à 2007 appuie cette évolution préoccupante révélant la présence d'une obésité chez 20,6% des hommes et 20,8% des femmes, et estimant ainsi une surcharge pondérale chez 67,1% des hommes et 50 % des femmes de 35 à 74 ans (17).

La dyslipidémie et l'HTA sont très présentes au sein de notre échantillon (51,9% et 44,2%) et le **tabagisme** reste préoccupant (32,7%) ; d'ailleurs les deux plus jeunes patientes présentent une intoxication tabagique lors de leur SCA. Le **diabète** est en proportion moindre dans notre étude mais reste inquiétant (19,2%). En effet, les données du bulletin épidémiologique de 2011 révèle une augmentation en France du tabagisme particulièrement chez les femmes de 45 à 64 ans entre 2000 et 2010 (20) et de la prévalence du diabète de manière parallèle à la prévalence de l'obésité entre 2000 et 2009 (21). Nous observons également dans notre étude une intoxication alcoolique sévère déclarée pour 6 patients.

Ainsi, il existe une progression importante de 3 FDR en France : l'obésité, le tabagisme et le diabète (19).

L'ensemble de ces constatations est confirmé par l'étude INTERHEART qui a mis en évidence les principaux FDR modifiables dans 52 pays. En effet, il est décrit une relation entre la survenue de l'IDM et le tabagisme, l'HTA, le diabète, l'obésité et essentiellement le rapport tour de taille/tour de hanche, les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation d'alcool, le taux d'apolipoprotéines, et les facteurs psychosociaux (7). Ces différents facteurs correspondent essentiellement à des habitudes de vie « délétères » dont la prise en charge est importante. Devant l'ensemble de ces résultats de notre étude appuyés par les données épidémiologiques actuelles, il était intéressant d'étudier l'évolution de la « correction » de ces FDR CV nous permettant ainsi d'évaluer la prévention secondaire mise en œuvre par les MG dans le suivi post-SCA.

1.3. L'évolution de la « correction » des facteurs de risque et des connaissances des patients relatives à la pathologie coronarienne et à leur traitement est limitée durant le suivi post-SCA

L'analyse aux trois temps de notre étude, révèle que les FDR CV sont peu « corrigés » à 6 mois du suivi.

En effet, si l'on observe dans notre étude une évolution significative favorable concernant la pratique d'une activité physique régulière et la réduction de la consommation d'alcool tout au long du suivi post-SCA des patients, la majorité des FDR CV modifiables sont persistants à 6 mois de ce suivi. Il s'agit essentiellement de l'**intoxication tabagique** dont le sevrage est insuffisant (58,8% des patients fumeurs) avec des rechutes observées au fil du temps et une proportion de fumeurs de 14% à 6 mois du SCA. De plus, la **correction du bilan glucidique** est faible, avec un déséquilibre du diabète quasi-constant chez les patients diabétiques durant le suivi (un seul patient équilibrée à 6 mois avec une HbA1c <7%). Enfin, malgré les déclarations des patients concernant les modifications de leurs habitudes alimentaires (70% des patients à T3), la **correction de l'IMC** est elle aussi quasi-inexistante dans notre étude (avec un seul patient en surpoids ayant obtenu un IMC < 25 kg/m² à T3). Ainsi, nous constatons qu'à 6 mois 26% des patients présentent une surcharge pondérale (IMC : 25-30 kg/m²), et 32 % des patients une obésité (IMC > 30 kg/m²). Ces résultats confortent ainsi la préoccupation importante concernant ces 3 FDR, d'évolution croissante en France (19).

La pression artérielle et le **déséquilibre lipidique** semblent mieux contrôlés avec une amélioration significative pour la correction du bilan lipidique entre 3 et 6 mois du suivi post-SCA. Ainsi, à 6 mois du suivi, l'HTA est équilibrée chez 91,3% des patients hypertendus et le bilan lipidique est conforme aux recommandations chez 85,2% des patients dyslipidémiques. Mais, nous soulignons que cette évolution favorable dans la correction du bilan lipidique est

probablement surestimée en raison de l'insuffisance dans la prescription du bilan sanguin durant le suivi.

Nos résultats reflètent les données des études EUROASPIRE I, II, et III réalisées respectivement en 1995-1996, 1999-2000, et 2006-2007, et étudiant la présence des FDR CV à 6 mois d'un SCA dans une population de patients issus de plusieurs pays européens différents. Ainsi, il apparaît dans l'étude EUROASPIRE II, menée dans 15 pays européens, que les FDR CV semblent peu contrôlés après 6 mois d'un SCA révélant dans ses résultats une proportion élevée de patients : tabagiques (21%), obèses (31%), présentant une HTA non contrôlée (50%), un déséquilibre lipidique (58%) et un déséquilibre glucidique chez les patients diabétiques (87%) (22). Nous constatons que les proportions des patients tabagiques, obèses et présentant un diabète déséquilibré dans notre étude sont semblables à celles de l'étude EUROASPIRE II. Une comparaison des trois études montre une stabilité dans le temps en ce qui concerne les FDR CV à 6 mois, en particulier en ce qui concerne les trois FDR CV que sont l'intoxication tabagique, l'obésité et le diabète en augmentation croissante (23). La pression artérielle dont la proportion d'HTA non contrôlée est similaire dans les 3 études. Une diminution de la proportion de patients dyslipidémiques est observée au cours de ces trois études confortant ainsi nos résultats relatifs au contrôle du bilan lipidique, malgré un taux encore trop important de patients présentant un déséquilibre lipidique non conforme aux recommandations.

Si l'on constate dans notre étude une évolution significative entre 1 et 6 mois du suivi post-SCA des **connaissances** des patients relatives à la **gestion de la crise** en cas de douleur thoracique (DT) et les modalités d'utilisation des dérivés nitrés en autotest, une diminution attendue du taux de réhospitalisations ou de réadmissions pour DT n'est pas constatée (12 réadmissions à 6 mois pour 5 récurrences). En effet, l'amélioration des connaissances des patients concernant l'autogestion réduit le recours aux urgences pour les exacerbations douloureuses non contrôlées (24). Nous observons également qu'en pratique ces connaissances ne sont pas

systématiquement appliquées ; seuls 2 patients ont eu recours « au 15 » parmi les 5 récidives de SCA constatées lors du suivi, alors que les recommandations européennes et américaines ont clarifié la situation et souligné le rôle indispensable des SAMU-SMUR (VAN DE WERF et al., 2008) dans les prises en charge pour améliorer le pronostic vital en situation d'urgence (25). Le temps de décision du patient est généralement la période la plus critique pour ce dernier (MC GINN et al., 2005) (26). En effet, une partie du retard à la prise en charge survient avant le premier contact médical et est souvent imputable au patient lui-même. Repérer les signes d'alerte et « appeler un service de secours » sont jugés prioritaire à acquérir et le recours au SAMU est associé à une prise en charge optimale des SCA et un recours précoce aux procédures de revascularisation (LAPANDRY 2004) (LAPANDRY et al. 2005). La méconnaissance des symptômes, du rôle du SAMU contribue au retard de prise en charge observée en France (27). Enfin, les connaissances des patients concernant leur FDR CV, la pathologie coronarienne et leur traitement BASI ne sont pas améliorées au cours du suivi. Ce niveau limité des connaissances pourrait être expliqué par un manque d'information ou de communication du MG dans le suivi post-SCA tel en témoigne l'enquête REACT réalisée dans 5 pays Européens (28). De plus, des études sur la réceptivité des patients à l'égard des recommandations médicales ont confirmé cet écart entre la perception des patients par les médecins et les réelles attentes des patients (SAUVAGEAU et al., 2008) (29).

L'ensemble de ces résultats **confortent nos hypothèses** concernant une amélioration nécessaire de l'équilibre alimentaire et le constat d'une **prévention secondaire insuffisante** dans le suivi post-SCA comme en témoigne cette faible évolution dans la « correction » des FDR CV et les connaissances limitées des patients concernant leur maladie et leur traitement. Devant cette prévention secondaire insuffisante, une étude de l'adhésion et l'application des recommandations de l'HAS concernant le suivi post-SCA des patients est donc souhaitable.

1.4. L'application des recommandations de l'HAS concernant le suivi post-SCA peut être améliorée

Les stratégies de prise en charge des FDR CV et les examens complémentaires recommandés dans le suivi post-SCA sont décrits dans le guide des affections de longue durée « Maladie Coronarienne » (12) et les Indicateurs de Pratique Clinique Infarctus du Myocarde « Des 1ers signes au suivi à 1 an » (15). Les informations recommandées par l'HAS devant être délivrées par le MG dans le suivi post-SCA sont issues des indicateurs de pratique clinique de l'HAS (15).

1.4.1. Certaines informations recommandées sont insuffisamment délivrées ou « mal » perçues par les patients- Approche de l'éducation thérapeutique

Les informations recommandées par l'HAS devant être délivrées par le MG durant le suivi post-SCA sont résumées dans l'Annexe 3.

Malgré une différence des effectifs des patients (n=52) et des MG (n=30) inclus dans l'étude, ne permettant pas un appariement et une comparaison des réponses, nous observons une différence dans les déclarations des patients et leurs MG concernant certaines informations délivrées lors du suivi post-SCA ; il s'agit du **sevrage tabagique** et la **CAT en cas de DT**.

En effet :

- Tous les MG déclarent avoir informé leurs patients tabagiques concernant le sevrage durant l'étude, alors que 2 patients non sevrés déclarent ne pas avoir reçu d'information de leurs MG à T2
- Tous les MG déclarent également avoir informé leurs patients concernant la CAT en cas de DT alors que seuls 73,1% des patients interrogés à T1 déclarent avoir reçu cette information de leurs MG.

Ainsi, nous pouvons confirmer ce décalage de perception dans la communication des MG avec leurs patients, expliquant cette différence dans les déclarations des patients et de leurs MG (28-29).

Par ailleurs, seuls les MG ont été interrogés sur la **recherche de la DT et de l'utilisation du dérivé nitré en autotest** lors du suivi de leurs patients à T1 et T3 ; celles-ci sont recommandées lors de chaque consultation du suivi. Si à T1, tous les MG ont effectué cette recherche lors de la consultation de leurs patients, il apparaît à T3 une réduction de cette démarche avec une recherche de DT par 96,3% des MG et de l'utilisation du dérivé nitré par 85,2% d'entre eux.

D'autres informations importantes recommandées dans le suivi post-SCA des patients sont délivrées de manière insuffisante d'après les déclarations des patients et également des MG. Il s'agit essentiellement de l'information concernant la **pratique d'une activité physique régulière** aux trois temps de l'étude (recommandée lors de la 1^{ère} consultation puis à 3 et 6 mois du suivi) et l'information concernant **l'équilibre alimentaire** recommandée au cours de la 1^{ère} année du suivi, est également limitée.

Par ailleurs, nous avons questionné les MG sur des informations non recommandées par l'HAS qui auraient été éventuellement délivrées lors du suivi de leurs patients. Il s'agit de la signification des FDR CV, et l'information concernant les modalités d'utilisation du dérivé nitré en cas de crise douloureuse. Si l'information concernant les FDR CV semble adaptée (tous les

MG à T2 et 92,6% à T3), les connaissances des patients semblent quant à elles limitées (tableau VI) mettant de nouveau en évidence un décalage de la perception entre les patients et leurs MG. Ce décalage dans la perception de l'information conduit à une réflexion sur la **relation médecin-malade**. En effet, si certains critères communs et consensuels entre les médecins et les patients sont décrits par des essais comparatifs randomisés et constituent des critères de bonne qualité de la relation médecin malade (relation de confiance basée sur les compétences professionnelles, capacité d'écoute empathique, explications, réassurance, conseils...), des critères plus spécifiques établissant des écarts de perception existent (gestion du temps, disponibilité, la relation « consumériste »...) (30). Ces critères problématiques, notamment dans la délivrance de l'information par le MG, conduisent à une adaptation des pratiques permettant d'augmenter la réceptivité du patient. Ainsi, les **pratiques éducatives** pourraient constituer une solution adaptée à ce problème. En effet, l'éducation thérapeutique (ETP) est une approche « centrée sur le patient », faisant de celui-ci un partenaire de soins aboutissant ainsi à une autonomisation et une modification du comportement du patient face à sa santé. L'ETP pourrait être totalement intégrée à la médecine générale notamment dans la prévention (31).

Par ailleurs, les patients sont peu informés par leurs MG concernant les modalités d'utilisation du dérivé nitré en autotest (80% des MG à T1 et 44,4% à T3) expliquant une insuffisance des connaissances des patients lors de leurs questionnements (tableau VII). Nous avons posé ces questions, car il semblerait que la connaissance de la maladie et du traitement par les patients améliorerait leurs comportements face à leur maladie et donc leur prise en charge durant leur suivi et même en situation d'urgence (32).

Cette constatation amène de nouveau sur l'approche de l'**ETP** du patient qui représente « le chaînon manquant des cibles thérapeutiques du SCA et de l'athérosclérose » (KELLER et al.) (33). Ce concept mis en avant initialement par les recommandations du groupe Europe de

l'OMS en juin 1998 (34), puis repris par le guide méthodologique de l'HAS et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en juin 2007 insiste sur la valeur thérapeutique d'une démarche éducative auprès des patients atteints de maladies chroniques (35). L'ETP fait donc appel à un plan de suivi structuré, évolutif, centré sur le patient, avec notamment des activités organisées, un suivi psycho-social, permettant au patient une acquisition des compétences lui permettant de devenir un acteur de sa santé et un partenaire de soins. De ce fait, ce nouveau « rôle » du patient amène à une évolution de la **relation médecin-malade** pouvant également expliquer l'insuffisance d'information observée dans notre étude. Ainsi, dans le cas de situation de « crise », l'anticipation du patient et son adaptation de comportement nécessite des connaissances requises de sa maladie ainsi que la reconnaissance des signes d'alerte évocateurs qui ne s'improvisent pas mais peuvent s'apprendre. De plus, ceci demeure important dans le suivi de la pathologie coronarienne, où un éventuel retard à la prise en charge en cas récurrence pourrait être induit à des comportements inappropriés du patient (et une absence de recours au « 15 ») souvent par un manque d'autogestion et de reconnaissance de la gravité de la crise (36-37).

1.4.2. Les stratégies de prise en charge recommandées sont partiellement appliquées

Les stratégies de prise en charge recommandées par l'HAS dans le suivi post-SCA et la prise en charge des FDR CV sont résumées dans l'annexe 1.

Si la prise en charge du **sevrage tabagique** semble adaptée durant le suivi post-SCA des patients fumeurs avec la prescription de substituts nicotiques pour 5 patients à T2 et déclarée à la fois par les patients et leurs MG, aucun MG n'a réalisé le test de Fagerström recommandé

par l'HAS. De plus, une insuffisance dans certaines prises en charge est observée (tableau IV), elle concerne :

- **la prescription du bilan lipidique** recommandé à 3 et 6 mois du suivi ; nous constatons une prescription limitée d'après les déclarations des patients et des MG
- **la prescription du bilan glucidique des patients non diabétiques** par une glycémie veineuse à jeun recommandé à 3 et 6 mois du suivi reste faible
- **La prescription de l'HbA1c chez les patients diabétiques** recommandée à 3 mois puis tous les 3 mois est peu appliquée. Nous constatons une différence importante entre les déclarations des patients (n=52) et des MG (n=30) qui ne peut être expliquée par leurs proportions différentes dans l'étude. Cette différence peut être expliquée par une non réalisation des patients du bilan prescrit par leurs MG.

Cette insuffisance dans la prescription du bilan lipidique et glucidique pourrait être concordante aux résultats de l'étude MONA LISA (17). En effet, l'étude constate une insuffisance de traitement des dyslipidémies pour 37% des patients ayant un antécédent de maladie CV et également une insuffisance de résultats avec 27,7% de patients à haut risque CV atteignant les objectifs conformes aux recommandations ($LDLc < 1 \text{ g/l}$) mettant en évidence la nécessité de dépistage et du traitement des dyslipidémies chez ces patients. Il en est de même pour le diabète où la prise en charge est peu satisfaisante avec une proportion encore trop importante de diabétiques déséquilibrés (40%). Ainsi, si la prescription du bilan de contrôle est limitée, une insuffisance de traitement peut être constatée.

La mesure de la pression artérielle (PA) telle qu'elle est recommandée à chaque consultation semble être appliquée à l'exception d'un patient et tous les MG inclus déclarent mesurer la PA de leurs patients au cours du suivi. Cette constatation semble être en accord avec l'étude MONA LISA qui décrit une nette amélioration du contrôle des patients hypertendus traités (17).

La prise en charge de l'activité physique régulière, demeure insuffisante mais l'information des MG lorsqu'elle est délivrée est adaptée et conforme préconisant une marche de 30 minutes par jour tel qu'il est recommandé par l'HAS.

Par ailleurs, **le suivi pondéral et de l'équilibre alimentaire** n'est pas satisfaisant. En effet, si l'HAS recommande un suivi diététique au cours de l'année suivant le SCA, nous observons une insuffisance dans l'information délivrée concernant l'équilibre alimentaire déclarée par les patients (tableau V) et les MG tout au long du suivi. Mais le questionnement de notre étude se terminant à 6 mois du suivi post-SCA ne permet pas de présager des suites à un an, cette prise en charge pouvant se poursuivre et être réalisée a posteriori. Ce suivi diététique sous-entend la réalisation d'une consultation spécialisée qui n'a jamais été réalisé en ambulatoire. La pesée systématique avec calcul de l'IMC est trop peu réalisée surtout à 3 mois du suivi (tableau IV) sachant que celle-ci est recommandée 3 fois dans l'année suivant le SCA. Il en est de même pour la **mesure du Périmètre abdominal** qui n'a été pratiquée par aucun MG. Ce dernier élément est important, car il existe une forte relation décrite par l'étude INTERHEART entre l'augmentation du rapport tour de taille/tour de hanche et le risque d'IDM (7).

1.4.3. La prescription des examens complémentaires recommandés initiée par le médecin généraliste est très limitée

Les examens complémentaires recommandés dans le suivi post-SCA sont résumés dans l'Annexe 2.

Le contrôle du bilan lipidique et glucidique recommandé à 3 et 6 mois du suivi et décrit dans les stratégies de prise en charge des FDR CV recommandées, est insuffisamment prescrit. Le

bilan de surveillance du traitement par statine et IEC recommandé conformément à leurs autorisations de mise sur le marché (AMM) est également trop peu prescrit (tableau IX).

Par ailleurs, certains examens recommandés par l’HAS sont conditionnés et généralement prescrits par le cardiologue, il s’agit :

- de la **réalisation d’une épreuve d’effort** dans les 3 à 6 mois suivant le SCA
- de la **réalisation d’une échographie cardiaque** avec mesure de la fraction d’éjection du ventricule gauche (FEVG) dans l’année du SCA
- de la **consultation de suivi avec le cardiologue** dans l’année suivant le SCA

Ainsi, leur prescription n’est pas dépendante du MG. Par ailleurs, nous observons une évolution significative dans la prescription des examens complémentaires réalisés (échographie cardiaque, épreuve d’effort, et doppler des membres inférieurs ou des troncs supra aortique) et la consultation de suivi avec le cardiologue entre 3 et 6 mois du suivi. Mais cette évolution n’est pas imputable au MG car ce suivi est essentiellement assuré par le cardiologue.

En revanche, la recherche d’atteinte polyvasculaire réalisée dans le suivi post-SCA n’est pas systématiquement réalisée par le MG de manière précoce dans le suivi, celle-ci étant recherchée cliniquement par tous les MG à T3 du suivi. Cependant, les recommandations décrivent plus particulièrement la **réalisation d’un IPS** par le MG de manière systématique en complément de la clinique dans la première année du SCA à la recherche d’une AOMI (et non la réalisation systématique en 1^{ère} intention d’un doppler des MI). Cette mesure de l’IPS n’a été réalisée par aucun MG. En effet, les recommandations européennes de 2012 concernant la prévention CV considèrent que la mesure de l’IPS à la cheville doit être réalisée pour l’évaluation du risque CV du patient asymptomatique à risque modéré (recommandation IIa⁸, niveau de preuve B⁹) (16). De plus, l’IPS est la méthode d’exploration la plus simple et répandue pour le diagnostic

⁸ Classe IIa : Le rapport de la preuve/opinion est en faveur de l’utilité/efficacité

⁹ Niveau de preuve B : données issues d’une seule étude clinique randomisée ou de grandes études non randomisées

d'AOMI et contribue aussi à identifier une proportion importante de patients asymptomatiques mais déjà à haut risque CV (38). Enfin Ljimer et al. ont estimé que la sensibilité et la spécificité de l'IPS à 0.9 pour détecter une sténose artérielle significative est respectivement de 79% et 96% démontrant sa fiabilité (39).

1.4.4. Le suivi du traitement BASI est satisfaisant

La prévention secondaire dans le suivi post-SCA intègre le suivi et l'observance du traitement BASI. Ainsi, les indicateurs de pratique clinique de l'HAS prennent en compte le suivi des différentes classes médicamenteuses du traitement BASI et détaillent l'importance de la poursuite de la prescription de ce traitement après la sortie du patient de l'hôpital, la réalisation du bilan sanguin de surveillance des IEC et des statines, le suivi de son observance et la surveillance de la survenue d'éventuels effets secondaires par le MG (15).

Mis à part la prescription du bilan de surveillance du traitement décrit dans les examens complémentaires recommandés, le suivi du traitement BASI par le MG est correctement appliqué dans notre étude.

Ainsi, les patients sont majoritairement observants à leur traitement à l'exception de 3 patients (6 %). Ces trois patients présentaient un suivi irrégulier avec leur MG. L'inobservance thérapeutique est très préoccupante au décours du SCA, surtout au cours de la première année où le risque de récurrence ou de resténose de stent est accru. Ainsi, le suivi du traitement BASI est un élément majeur du suivi post-SCA. Cette observance pourrait être améliorée par les pratiques éducatives qui ont fait preuve de leurs efficacités dans de nombreuses maladies chroniques, pour lesquelles il semblerait que 50% des patients ne prendraient pas « correctement » leur traitement acceptant difficilement le statut de « malade » (32). Par ailleurs, l'ensemble des médicaments du traitement a été reconduit après la sortie des patients de

l'hôpital par tous les MG. Durant le suivi, les médicaments ont également tous été poursuivis sauf le traitement par IEC pour 2 patients en raison d'effets secondaires gênants (toux) et le traitement par statine pour un patient. La prescription du traitement BASI est supérieure aux données de l'étude EUROASPIRE III, où la prescription des bêta-bloquants (80%), des IEC (71%) et des statines (78%) semble limitée (40). Cette constatation a été également décrite par une étude réalisée en 2008 étudiant la prescription à 3 mois d'un SCA de ces trois classes médicamenteuses (41). Celle-ci serait notamment insuffisante pour les sujets de plus 80 ans et chez les femmes dont le traitement par statines serait moins prescrit.

Lors du questionnement à T3, 26 MG (96,3%) déclarent appliquer les recommandations de l'HAS dans le suivi post-SCA de leurs patients. L'objectif de notre étude était l'évaluation de l'adhésion et l'application des recommandations de l'HAS dans le suivi post-SCA.

Ainsi, nous avons pu démontrer que l'application de ces recommandations par les MG reste limitée avec notamment :

- une délivrance insuffisante des informations recommandées dans le suivi post-SCA d'une manière générale,
- une mise en œuvre améliorable des stratégies de prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA mettant en évidence certaines stratégies recommandées non pratiquées par les MG (test de Fagerström, mesure du périmètre abdominal),
- une faible prescription des examens complémentaires recommandés notamment le contrôle du bilan lipidique et glucidique (éléments majeurs du suivi post-SCA) et l'absence de mesure de l'IPS dans le dépistage d'AOMI (examen pronostique).

Cette insuffisance dans l'application de ces recommandations, peut être expliquée par une mauvaise compliance des patients, notamment dans la réalisation des examens prescrits, et compliquant ainsi globalement leur prise en charge avec le MG. De plus, nous avons suspecté

une différence de perception entre les MG et les patients dans la délivrance de certaines informations révélant une difficulté de communication dans le suivi et la prise en charge des FDR CV. Ainsi, ces derniers éléments amènent à s'interroger sur les pratiques éducatives des patients dans la prise en charge de la maladie coronarienne visant à améliorer les connaissances des patients vis à vis de leur maladie et leur traitement favorisant ainsi une meilleure compliance et une meilleure « correction » de leurs FDR CV.

1.5. Tous les patients devraient réaliser une réadaptation cardiaque dans le post-SCA

Dans notre étude, de nombreux patients n'ont pas bénéficié d'une réadaptation cardiaque (RC) après leur SCA : 24 patients (47,1%) à T2 et 20 patients (40%) à T3. Pourtant, il est établi que la RC après un SCA est une recommandation de classe I¹⁰ par l'ESC, l'American Heart Association (AHA) et l'American College of Cardiology (42-43). Ce constat est en accord avec les recommandations de 2012 de l'ESC concernant la réalisation de la RC dans le post SCA qui établissent que **tous les patients** devraient participer à un programme de réhabilitation cardiaque améliorant leur pronostic par la modification des habitudes de vie et une plus grande adhésion au traitement (Recommandation IIa, Niveau de Preuve B) (16).

La réadaptation fonctionnelle est respectivement 1.5 et 3 fois moins prescrite à Toulouse et Lille, qu'à Strasbourg (VAN DE WERF et al., 2008) (25), (BASSAND et al. 2007) (44). Face à un accès limité de nos patients en RC, nous avons supposé la présence de **caractéristiques** spécifiques liés aux **patients**, aux différents **FDR CV**, ou relatives à **des critères de gravité** pouvant influencer l'admission en RC. Cette hypothèse n'a pas été confirmée. Deux études Canadiennes ont montré l'intérêt d'une **proposition systématique** d'une RC à tous les patients après un SCA par une demande automatique à partir du dossier informatisé des patients en

¹⁰ Classe I : Preuve et/ou accord général qu'un traitement ou une procédure sont bénéfiques, utiles, efficaces.

comparaison avec la méthode habituelle de recrutement en RC déterminée par une proposition du cardiologue aux patients avant leur sortie d'hospitalisation. La première étude réalisée en 2007, montre que cette méthode d' « **aiguillage automatique informatisé** » permet de multiplier par deux le nombre d'admissions en RC par rapport à la « méthode habituelle » et réduit considérablement le temps d'attente d'admission dans les centres (45). La deuxième étude met en évidence que la méthode d'admission systématique informatisé a permis une augmentation significative de l'admission des patients en centre de RC dont les conditions socio-économiques étaient défavorables ou présentant un plus grand nombre de FDR, et ceux présentant une obésité en comparaison avec la méthode habituelle de recrutement (46). En effet, il existe certains **obstacles** à la mise en place d'une RC dans le suivi post-SCA, le plus souvent liés aux **patients** eux-mêmes, et dépendants notamment de nombreux **facteurs psychosociaux**. Ainsi, un revenu social plus élevé, un syndrome anxieux, et des capacités plus importantes d'autogestion des patients seraient significativement prédictifs de la réalisation d'une réadaptation cardiaque à 6 mois (47). De plus, il semblerait que la RC est moins proposée aux **personnes âgées**, ou présentant des **comorbidités**. En revanche, les personnes ayant présenté un SCA avec élévation du segment ST ou ayant bénéficié d'un pontage chirurgical ou d'une angioplastie coronarienne percutanée auraient plus de probabilités de réaliser une RC (48). Pour certains auteurs, l'**éloignement géographique** d'un centre de RC, le **sexe féminin**, l'**âge** avancé et les **comorbidités**, le **bas niveau socio-économique** et l'**origine ethnique** (race noire) seraient donc des obstacles à l'admission en RC (49).

Dans notre étude, parmi les patients n'ayant pas réalisé une RC à T3, 16 patients déclarent que celle-ci ne leur a pas été proposée, et 4 avaient exprimé un refus de cette prise en charge. D'autres types d'**obstacles** à la réalisation d'une RC existent notamment ceux liés aux **médecins et aux systèmes de santé**; il s'agit notamment des différences observées entre les pratiques professionnelles et les problèmes de communication ou de coordination entre les

professionnels de santé et les différents centres de RC (50). Les médecins évoquent également la distance géographique et leurs perceptions concernant la **motivation** du patient comme des obstacles à la proposition de la RC aux patients (51). C'est actuellement le problème de la Région du Nord-Pas-de-Calais, dont la fréquence de l'usage de la RC est faible car les centres sont trop peu nombreux et leurs capacités d'accueil sont limitées pour couvrir l'ensemble des patients concernés (6). Dans notre étude, les femmes sont moins souvent admises (3 patientes sur 12 ont pu en bénéficier). Ce phénomène a été souligné dans de récentes recommandations de l'ESC décrivant le problème d'**admission des femmes** en centre RC après un SCA et visant à améliorer leur recrutement (16). Une récente étude Américaine démontre que les médecins proposent moins la réalisation d'une RC aux femmes (52). La méthode de proposition par « aiguillage automatique informatisé » améliorerait significativement le nombre d'admissions de femmes en RC après un SCA, dont l'accès n'est pas optimal (53).

Ainsi, les données de la littérature sont favorables à une proposition systématique d'orientation des patients en RC après un SCA, celle-ci étant trop faiblement réalisée (environ 1/3 des patients) malgré ses avantages dans l'amélioration de la morbi-mortalité (54).

1.6. La réadaptation cardiaque offre de nombreux bénéfices

La RC permet « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent par leurs propres effets préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté » (OMS, Genève 1993) (55-56). Cette définition sous-entend la présence de bénéfices attendus de la RC.

L'ESC considère la RC comme une prise en charge rentable après un SCA, car elle améliore le pronostic des patients, diminue les hospitalisations itératives et réduit les dépenses de santé de santé tout en prolongeant l'espérance de vie (16).

Il est donc intéressant d'étudier les bénéfices de la RC, qui pourrait ainsi améliorer la prévention secondaire dans le suivi post-SCA.

1.6.1. La réadaptation cardiaque favorise la correction des facteurs de risque cardiovasculaire et modifie les habitudes de vie

Parmi les patients de notre étude ayant réalisé une RC, 80% d'entre eux ont déclaré que cette prise en charge avait permis la correction de certains de leurs FDR CV. Deux études récentes ont décrit que la RC favorise les modifications du mode de vie des patients et la correction de leurs FDR CV diminuant ainsi l'évolution de de la maladie coronarienne et la mortalité post-SCA (57-58).

De plus, nous avons montré une différence significative dans l'amélioration de 2 FDR CV distincts : la **correction du bilan lipidique à 3 mois** et le **sevrage tabagique à 6 mois**. Une étude pilote de l'HAS réalisée en Bretagne en 2010 (programme éducoeur) décrit les bénéfices de la RC à un an du suivi sur la correction du bilan lipidique (cholestérol total), du sevrage tabagique, de l'IMC (obésité), du contrôle de la PA, et la réalisation d'activité suffisante (59). Ceci a également été confirmé par une étude évaluant les FDR modifiables à 6 mois du suivi post-SCA après la réalisation d'une RC, comme c'est le cas dans notre étude. Celle-ci démontre notamment les bénéfices de la RC pour atteindre les objectifs européens concernant le LDL cholestérol (< 1g/l) pour 76% des patients et le sevrage tabagique pour 82 % des patients (60). De plus, les méta-analyses de plusieurs essais randomisés ont également révélé les effets de la RC chez les patients coronariens sur la réduction du cholestérol total et des triglycérides (61).

Dans notre étude, il existe une différence significative chez les patients ayant réalisé une RC pour **la pratique de l'activité physique régulière** et la **modification des habitudes de vie à 3 et 6 mois** du suivi. Les patients ayant bénéficié de cette prise en charge ont également exprimé lors du questionnement une amélioration de la fonction cardiaque à l'effort (augmentation de leur capacité) et une réassurance dans les actes de la vie quotidienne. Les effets de la pratique d'une activité physique régulière dans le post-SCA ont été démontrés sur la fonction endothéliale (vasodilatation) permettant une augmentation significative de la tolérance à l'effort (62). Une étude Néerlandaise a mis en évidence l'efficacité des différents exercices pratiqués durant les phases de la RC (entraînement en endurance et en résistance dynamique, entraînement respiratoire) et la poursuite d'une activité physique après la réadaptation confirmant ainsi les données de notre étude (63). Enfin, en 2009 une revue de la littérature examinant les données d'études observationnelles, révèle les bienfaits de l'entraînement physique et plus particulièrement de la condition cardiorespiratoire à l'effort en prévention secondaire, soulignant de nouveau l'importance de la réalisation d'une RC dans le post-SCA (64).

Les recommandations de l'AHA et de l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation (AACPR) ont reconnu que tous les programmes de RC devaient comporter les composantes spécifiques de la prévention secondaire visant à réduire le risque CV des patients, en favorisant les modifications de leurs habitudes de vie par des comportements « sains » permettant de réduire l'invalidité et la morbidité des patients atteints de MCV (65).

1.6.2. La réadaptation cardiaque conditionne les stratégies de prise en charge des facteurs de risque

La prescription du **bilan sanguin lipidique** et **glucidique** recommandée ainsi que la prescription du **bilan de surveillance du traitement** par le MG sont significativement supérieures dans notre étude à **3** et **6 mois** du suivi chez les patients ayant réalisé une RC. Nous pouvons ainsi supposer que la RC favorise l'application des stratégies de prise en charge recommandées concernant la correction des FDR CV dans le suivi post-SCA.

Il existe également une différence significative dans la prescription d'exams complémentaires de surveillance. En effet, nous constatons plus fréquemment la réalisation au sein du centre d'une épreuve d'effort, d'une échographie cardiaque, ou de doppler des membres inférieurs ou des troncs supra-aortiques selon le niveau de risque du patient (risque CV global, diabète, insuffisance cardiaque).

Ces constatations d'une meilleure prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA des patients vont dans le sens de l'AHA et de l'AACPR au sujet des centres de RC qui préconisent la gestion des FDR CV (déséquilibre lipidique, PA, poids, diabète, tabagisme), le développement des conseils nutritionnels et concernant l'entraînement physique ainsi que la prise en charge psychosociale (65). Une étude italienne décrit également la nécessité de la prise en charge multidisciplinaire globale des patients en RC, soulignant tel qu'il est établi dans les recommandations de 2007 les composantes essentielles des stratégies mises en œuvre dans le suivi post-SCA (66).

1.6.3. La réadaptation cardiaque améliore la compréhension de la maladie et du traitement des patients qui favoriserait leur comportement en situation de crise et l'observance du traitement BASI

La RC améliore les **connaissances des patients** concernant la **pathologie coronarienne** et **le traitement BASI**. En effet, aux deux temps de l'étude, nous observons une différence significative pour les patients ayant réalisé une réadaptation cardiaque avec :

- A 3 mois, une meilleure connaissance de la signification des FDR CV
- et à 6 mois une amélioration de la compréhension de la pathologie coronarienne, c'est-à-dire son caractère chronique, ses risques et complications éventuelles.

Cette acquisition des **compétences** observée chez les patients admis en RC est consécutive à des **séances d'ETP** réalisée durant le séjour en rééducation. Si l'ETP est bien définie (67) et a fait preuve de son efficacité pour certaines pathologies chroniques telles que l'asthme, le diabète ou encore l'insuffisance cardiaque (35), les programmes d'ETP concernant la maladie coronarienne (MC) pourtant considérée comme une maladie chronique d'évolution progressive (athérosclérose) et entrecoupée d'éventuelles crises (événements aigus) ne sont pas encore totalement consensualisés. De nombreux articles ont étudié son efficacité sur la morbi-mortalité des patients coronariens (STROMBERG, 2001 et 2005) (68-69), mais il existe peu d'études décrivant le contenu de la formation des patients en centre de RC.

Certaines équipes mettent en évidence une approche globale du patient avec une analyse de ses motivations (REDMAN, 2001) (70) ainsi qu'une évaluation de son niveau de connaissance (ARTININAN et al., 2002) (71). Ainsi, **l'ETP du patient** est intégrée aux objectifs de la RC, décrits dans les recommandations de 2007 de l'AHA et AACPR (65). Même si les programmes d'ETP peuvent différer selon les centres de RC, les recommandations du Groupe Réadaptation Sport (GERS) recommandent la réalisation **d'ateliers cliniques** intégrés dans la prise en

charge, concernant notamment le cœur et son fonctionnement, les FDR CV, la pathologie coronarienne, les signes d'alerte et les médicaments (72). Ainsi, l'objectif de ces **pratiques éducatives** est d'apprendre aux patients à reconnaître les signes d'alerte en cas de crise et plus précisément les symptômes de sa maladie coronarienne à partir de sa propre expérience, les éventuels signes de complications (insuffisance cardiaque), et de réaliser un enseignement ciblé sur les FDR CV, la diététique et la pratique d'une activité physique quotidienne. En effet, ces objectifs d'enseignements visent à induire une modification des habitudes de vie du patient en lui faisant comprendre la possibilité de **récidive** et le caractère **chronique** de sa pathologie (32). Cette amélioration des connaissances des patients suppose ainsi une meilleure compliance dans la « correction » de leurs FDR CV et une meilleure gestion de leur maladie et de leur comportement en cas de crise (73-74). L'ETP semble donc importante dans la capacité d'**autogestion** du patient en situation de « crise » supposant au préalable une acquisition de **compétences** concernant sa maladie (75-76). Cependant, nous n'avons pas mis en évidence d'amélioration significative des comportements des patients en cas de récurrence de SCA ou de recrudescence douloureuse dans notre étude.

Si nous observons à 6 mois du suivi, une différence significative concernant les connaissances des patients ayant réalisé une RC sur **le rôle du traitement BASI**, nous n'avons pas mis en évidence de différence sur la connaissance de l'ensemble des molécules constituant le traitement BASI et encore moins sur l'observance de leur traitement. En effet, le traitement BASI, fait l'objet des séances d'ETP en RC, par l'apprentissage de l'importance et le mécanisme d'action des médicaments afin d'améliorer son observance (77). Cependant, cette éducation n'est pas toujours suffisante. En effet, dans le cadre de maladies chroniques, l'observance peut être limitée du fait d'une contrainte du traitement et un processus de déni de la maladie (78). L'observance a sans doute une origine plurifactorielle et complexe que nous ne développerons pas ici.

1.6.4. La réadaptation cardiaque améliore la qualité de vie et pourrait diminuer la morbi-mortalité

Il existe dans notre étude une amélioration de la **qualité de vie** des patients ayant réalisé une RC au cours de leur suivi. Cependant, nous n'avons pu observer (comme nous l'attendions), une réduction de la morbidité en particulier une diminution des récurrences, des réhospitalisations et des complications. Une récente étude pilote a mis en évidence que la RC à 5 mois du suivi des patients favoriserait une meilleure capacité physique et une plus grande vitalité, une diminution de la douleur physique et émotionnelle, et un bien-être physique et mental conduisant ainsi à une amélioration de leur qualité de vie (79). Trois études pilotes en France, menées par le programme infarctus de l'HAS (13), ont été conduites par un suivi ambulatoire régulier au sein d'un centre de RC. Ces études montrent après un an de suivi une nette amélioration du pronostic cardiovasculaire, de la qualité de vie avec une modification de l'hygiène de vie et une réduction des récurrences, des complications et des décès (59-80-81).

Une étude publiée en 2011 concernant l'impact de la réalisation d'une RC après une angioplastie coronaire, a montré que la réalisation d'une RC après une angioplastie coronaire dans les suites d'un SCA est associée à une diminution significative de la mortalité (82). Enfin, le nombre de séances réalisées en RC pourrait également avoir un impact notable sur cette réduction de la mortalité et de récurrences (dans les 4 ans). Cette étude publiée en 2010 décrit une réduction significative de la mortalité et du taux de récurrences ischémiques pour les patients ayant réalisé 36 séances traduisant une réduction proportionnelle au nombre de séances (83). Notre étude ayant pour objectif le suivi à court terme et se terminant à 6 mois, nous pouvons supposer que le temps de suivi n'était pas suffisant pour mettre en évidence une diminution de la morbi-mortalité.

2. Limites de l'étude

2.1. Biais de résultats

L'étude est préliminaire et observationnelle, elle présente une approximation possible de certains résultats car elle est basée sur les déclarations des patients. En effet, les patients ont pu :

- Présenter une méconnaissance de certains paramètres lors du questionnement : nous retiendrons essentiellement des paramètres biologiques tels que le taux de HDL cholestérol au bilan sanguin, même si les patients étaient invités à avoir à leur disposition l'ensemble des résultats des examens réalisés afin de faciliter la réalisation du questionnaire
- Ne pas être concernés par certains FDR étudiés entraînant ainsi une difficulté dans les réponses demandées ou une exclusion de ces patients pour certaines questions
- Présenter une incompréhension pour certaines questions responsable également d'une difficulté dans leurs réponses

Le nombre de participants inclus était réduit et composé :

- D'un faible échantillon de patients limitant la réalisation de certains tests statistiques et entraînant une non-exhaustivité des résultats en raison du nombre conséquent de SCA admis sur la période d'inclusion. En effet, il existe un nombre réduit de patients qui ont accepté de participer à l'étude ; ceci peut être expliqué par la courte durée d'hospitalisation et le contexte d'urgence peu propice à une explication approfondie de l'étude rendant ainsi difficile l'inclusion des patients d'autant que le moniteur de l'étude n'était pas lui-même sur place pour réaliser ces inclusions

- D'un échantillon très limité de MG, peu représentatif de la population générale et rendant impossible une analyse statistique et surtout l'impossibilité d'apparier les patients et leurs MG

Cependant, malgré ces limites, les résultats recueillis auprès des patients sont valides et représentatifs de la population générale, malgré le faible effectif de participants. En effet, ces résultats sont en accord avec les données épidémiologiques et les caractéristiques démographiques de la région Nord-Pas-de-Calais.

2.2. Mode de recueil des résultats

L'étude étant qualitative, elle présente des limites propres à ce type d'étude. En effet, les résultats ont été recueillis par des entretiens téléphoniques semi-dirigés avec des questions ouvertes laissant une interprétation à l'enquêteur en fonction des réponses données par les participants.

Les questionnaires étaient basés uniquement sur les indicateurs de référence du suivi recommandé par l'HAS. Nous aurions pu inclure les données des recommandations européennes, mais l'étude étant prospective, nous soulignons que la publication des dernières directives était ultérieure au commencement de notre étude.

2.3. Biais de recrutement

Les patients ont été inclus sur un seul site de recrutement (USIC CHRUL), l'étude étant monocentrique. Cependant, le suivi post-SCA des patients, a été réalisé en ambulatoire par les MG et les cardiologues en différents lieux (cabinets, maison médicale, centre de RC) en fonction de la localisation géographique des participants et des habitudes des praticiens.

2.4. Effets Collatéraux

La réalisation des entretiens téléphoniques semi-dirigés à 3 temps du suivi post-SCA pouvait influencer :

- La pratique des MG dans ce suivi, par le rappel des recommandations lors de la réalisation des questionnaires
- Le comportement des patients quant à la correction de leurs FDR CV par les appels réguliers pouvant entraîner une certaine motivation.

Le recueil des résultats était réalisé en direct par contact téléphonique avec les patients. Ainsi, certains patients ont interrogés l'enquêteur au décours des entretiens téléphoniques, concernant le plus souvent certaines questions posées lors de l'entretien (utilisation du dérivé nitré en autotest, douleur thoracique ressentie) rendant difficile à l'enquêteur de ne pas répondre, même s'il a été rappelé aux patients que ces entretiens rentraient dans le cadre d'une étude et que ces questions devaient être posées à leurs MG.

3. Perspectives d'avenir des pratiques éducatives dans la prévention secondaire

Notre étude révèle que la **prévention secondaire** est insuffisante dans le suivi post-SCA confirmant les données actuelles épidémiologiques.

Il est établi que la RC améliore la « **correction** » des **FDR CV** des patients, et favorise la modification de leurs **habitudes de vie** par une acquisition de connaissances concernant la maladie coronarienne et leur traitement. Cette constatation est le reflet de la réalisation d'une **ETP** du patient en RC. En effet, il est établi depuis une dizaine d'années qu'il convient de développer l'ETP des patients coronariens (84) afin d'améliorer considérablement le **pronostic CV** des patients.

En effet, l'ETP influence les comportements du patient face à sa maladie et son traitement, et serait la seule approche efficace améliorant ainsi l'**observance thérapeutique** dans le cadre d'une maladie chronique (85). De plus, les récentes recommandations européennes de l'ESC de 2012, concernant la prévention des MCV décrivent l'intérêt de la participation des patients à des programmes d'ETP pour les sensibiliser à la nécessité de la gestion des FDR, le maintien de la condition physique, ou les familiariser à l'autogestion de leur traitement (notamment les anticoagulants) (recommandation IIa, B) (16).

Ainsi, l'ETP apparaît primordiale dans la prise en charge du patient après un SCA visant à améliorer la prévention secondaire dans le suivi. Cependant, l'ETP ne peut être développée au sein des centres de RC, d'une part parce qu'un certain nombre de patients n'y ont pas accès, et d'autre part parce que l'efficacité de l'ETP du patient est reconnue si elle s'inscrit dans un suivi sur le long terme impliquant un **relais** de prise en charge par le MG à l'issue de la réalisation de la RC. En effet, sans le suivi de l'ETP, les patients, en retournant à la « vraie vie » à l'issue du séjour en RC, reprennent leurs mauvaises habitudes et les effets de l'ETP disparaissent

rapidement (86). De plus, afin que les patients prennent conscience du caractère chronique de leur maladie, l'ETP devrait être **initiée** par les MG très précocement à leur sortie d'hospitalisation, où ils seraient plus réceptifs à recevoir ces explications (32). En effet, les durées d'hospitalisation de plus en plus courtes des patients après un SCA et la rapidité de l'intervention par angioplastie percutanée, donne souvent au patient l'illusion complète d'une guérison définitive de la maladie coronarienne. Ceci peut être responsable notamment d'une inobservance thérapeutique et d'une diminution de sa compliance aux soins sur le long terme. Nous observons également dans notre étude que les patients les plus satisfaits de leur suivi concernant notamment la prise en charge de leurs FDR CV étaient ceux ayant bénéficié d'une RC, démontrant ainsi l'intérêt de l'ETP dans la **compliance** du patient face aux mesures mises en œuvre. De plus, lorsque les patients ont été interrogés sur leurs attentes concernant leur suivi post-SCA, leurs déclarations rejoignaient des champs propres à l'ETP tels que l'écoute, l'empathie, la compréhension du MG, la prise en compte de leurs difficultés et leur environnement socio-économique et culturel, la participation dans la prise de décision. Les perceptions des patients quant à leur suivi révèlent ainsi un avis favorable des patients à l'ETP.

Les perspectives d'avenir seraient ainsi de développer l'ETP de la pathologie coronarienne, par des **formations** spécifiques au MG et la création de **réseaux** comme il est le cas du réseau Educoeur en Bretagne et qui a fait preuve de son efficacité (87). Les MG interrogés dans notre étude ont évoqué leurs difficultés dans la réalisation d'une ETP dans le suivi post-SCA en médecine ambulatoire de ville, d'une part par l'isolement en cabinet et le manque de temps et de moyens suffisants pour développer une ETP de leurs patients.

Ainsi, les solutions avancées par les MG afin de développer les pratiques éducatives dans la prise en charge de leurs patients coronariens sont :

- une meilleure **coordination avec les centres de RC** avec la possibilité de réadmission de leurs patients si nécessaire (et pas uniquement en cas de récurrences ou de complications) mais également la réalisation de consultations de suivi à distance du stage (essentiellement la 1^{ère} année après le SCA)
- ainsi que la création de **maison de santé pluridisciplinaire** orientée vers l'ETP de la pathologie coronarienne (déjà existantes pour certaines pathologies comme le diabète).
- Ils ont également souligné la nécessité du remboursement par la sécurité sociale des **consultations diététiques** ambulatoires des patients coronariens (essentiellement s'ils n'ont pas eu accès à la RC) ou des patients à risque CV, du fait de la prévalence actuelle de l'obésité et d'une alimentation déséquilibrée ayant un rôle majeur dans le développement de l'athérosclérose.

Peu de MG ont évoqué la **nécessité de formation à l'ETP** et l'utilité d'**outils pédagogiques** améliorant le suivi de leurs patients. Pourtant, des formations à l'ETP seraient nécessaires afin de réaliser un suivi éducatif prolongé et efficace, et les formations des MG à l'ETP de la pathologie coronarienne sont encore trop peu présentes en France, notamment dans la région Nord-Pas-de-Calais.

- Concernant les outils pédagogiques, certains ont fait preuve de leur efficacité, notamment le **projet PEGASE** développé en France pour aider les médecins et le personnel paramédical à dispenser l'ETP chez les patients à haut risque CV (88). Cet outil, a montré une amélioration sur le profil lipidique des patients et la qualité de vie à 6 mois.
- La création de **maison de santé pluridisciplinaire** évoquée par les MG rejoint les objectifs des réseaux de soins où l'ETP du patient coronarien fait appel à **plusieurs**

acteurs : cardiologue, infirmier, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, éducateur physique, éventuellement tabacologue et médecin du travail. De plus, les réseaux de soins devraient orienter et développer la pratique de l'ETP par les **trois grands partenaires** agissant de manière coordonnée dans la prise en charge du patient coronarien : le **SAMU, le cardiologue et le MG** (89).

- Concernant l'amélioration de la coordination des centres de RC avec les MG, celle-ci est décrite par l'étude REMADHE qui a démontré l'intérêt de la réalisation de sessions répétées d'ETP tous les 6 mois en terme de réhospitalisations ou de qualité de vie (90). Ainsi, il serait intéressant de développer des **sessions de rattrapage** chez les patients à haut risque CV ou à faible compliance par coordination des MG et des cardiologues avec les centres de RC (86).

Enfin, le développement du « coaching téléphonique » ou de la télémédecine (instaurés pour certaines pathologies chroniques comme le diabète) pourrait être un complément aux soins primaires au décours d'une hospitalisation pour SCA. En effet, si le coaching semble modestement efficace dans le suivi post-SCA à court terme, il améliorerait le changement des comportements et la modification des habitudes de vie sur le long terme (91). De plus, cette relation de coaching avec le patient pourrait être réalisée à partir d'un centre de RC après un bilan d'évaluation permettant une personnalisation de l'entraînement et la recherche de contre-indication à l'exercice. Cette forme de RC guidée par la télémédecine consisterait à un algorithme de suivi par courriels (internet) et impliquerait outre le centre de RC, le patient, le médecin traitant et le cardiologue libéral qui pourraient relayer les conseils d'entraînement (92).

Ainsi, une ETP et un travail coordonné « en équipe » de tous les acteurs de la prise en charge du patient coronarien, pourrait améliorer la prévention secondaire dans le suivi post-SCA.

CONCLUSION

La maladie coronarienne est la deuxième cause de mortalité en France et affecte particulièrement la région du Nord-Pas-de-Calais. Il est établi que les SCA sont corrélés à la présence de FDR CV bien définis. Parmi ces facteurs, on distingue les FDR modifiables dont la prise en charge est l'objectif principal de la prévention secondaire dans le suivi post-SCA. Cependant si la mortalité et l'incidence des SCA ont considérablement diminué ces dix dernières années, la prévention secondaire reste largement insuffisante.

Notre étude a montré que « la correction » des FDR CV dans le suivi post-SCA des patients est très « limitée ». Trois FDR sont prépondérants, il s'agit de l'obésité, du tabagisme et du diabète. De plus, un nouveau profil de patients coronariens semble apparaître, il s'agit de patients plus jeunes, en particulier les femmes (< 40 ans) qui adoptent les conduites à risque des hommes (tabac) (93) et des habitudes de vie « délétères » responsables de la majorité des SCA (94-95). Ainsi, nous constatons à 6 mois du suivi que peu de patients ont modifié leurs habitudes de vie révélant une prise en charge insuffisante de leurs FDR modifiables. La survenue d'évènements CV et de complications observées tout au long de l'étude est probablement liée à la persistance de ces FDR. L'application des recommandations (bien codifiées) de l'HAS dans la prévention secondaire du suivi post-SCA des patients par les MG reste relativement limitée. Ceci pourrait s'expliquer par un manque de compliance des patients aux soins et un décalage de perception et de communication entre les patients et les MG concernant le suivi post-SCA.

La RC après un SCA est recommandée, celle-ci ayant fait preuve de son efficacité en terme de diminution de la morbi-mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des patients au cours

des premières années. Il semblerait que les bénéfices observés chez les patients ayant réalisé une RC durant leur suivi, sont étroitement liés à la prise en charge multidisciplinaire réalisée lors de séances d'éducation thérapeutique durant leur séjour. Notre étude a montré de nombreux bénéfices de la RC notamment :

- la correction des FDR modifiables des patients
- l'acquisition de connaissances concernant leur maladie et leur traitement,
- ainsi qu'une meilleure prescription des examens complémentaires recommandés
- Et en définitive une amélioration de la qualité de vie des patients.

Cependant, nous avons pu constater qu'un certain nombre de patients n'ont pas accès à cette prise en charge.

L'ETP du patient apparaît donc primordiale dans le suivi post-SCA, et améliorerait la prévention secondaire du patient coronarien. Cependant, les pratiques éducatives restent peu pratiquées par les MG, par manque de formation, de temps ou de moyens et l'isolement en cabinet de ville. Il convient de développer l'ETP de la pathologie coronarienne, afin d'améliorer le suivi des patients sur le long terme, qu'ils aient ou non réalisé une réadaptation cardiaque au décours de leur SCA. La création de réseaux, une meilleure coordination des centres de réadaptation cardiaque et le développement de la télémédecine seraient des perspectives d'avenir permettant la réalisation de cette ETP du patient coronarien entre partenaires MG, cardiologues et patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. The joint European Society Cardiology/ American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined- A consensus document of the Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee for the redefinition of Myocardial infarction. *Eur Heart J*, 2000 ; 21 : 1502-13 ; *Am Coll cardiol* 2000 ; 36 : 959-69.
2. Thygesen K, Alpert S J, Jaffe S A, Simoons M.L, Chaitman B R. and H. D. White : the Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Third Universal definition of Myocardial infarction. *European Heart Journal*, 2012 ; 33, 2551–2567.
3. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, De Feyter PJ, Specchia G, Ruzyllo W; Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2002 Dec ; 23(23) : 1809-40.
4. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, De Bacquer D, Ducimetière P, Jousilahti P, Keil U, Njølstad I, Oganov RG, Thomsen T, Tunstall-Pedoe H, Tverdal A, Wedel H, Whincup P, Wilhelmsen L, Graham IM; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*, 2003 ; 24(11) : 987-1003.
5. OMS Maladies Cardiovasculaires Aide Mémoire Mars 20013
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/> [consulté le 07/08/2013]
6. Ducimetière P, Bloch J, Gagnière B. Des Registres de l'infarctus du myocarde ...aux registres de l'insuffisance coronaire aigue. *Bull Epidémiol Hebd* 2011 ; 40-41 :413-14.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng, L'INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004 ; 364(9438) : 937-52.
8. Montaye M, Ducimetière P, Ruidavets JB, Arveiler D, Dallongeville J, Bingham A, Ferrières J, Aline Wagner A, Amouyel P. Le gradient Nord-Sud de la morbidité et de la mortalité coronaires en France : données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002. *Bull Epidémiol Hebd*, 2006 ; 8-9 : 62-4.
9. Les registres des cardiopathies ischémiques. Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des 3 registres MONICA-France. Fédération Française de Cardiologie, 1998.

10. Cotel D, Dallongeville J, Wagner A, Ruidavets JB, Arveiler D, Ferrières J, Bingham A, Marécaux N, Ducimetière P, Amouyel P. The North-East-South gradient of coronary heart disease mortality and case fatality rates in France is consistent with a similar gradient in risk factor clusters. Eur J Epidemiol, 2000 ; 16(4) : 317-22.
11. Syndromes Coronariens Aigus, infarctus du myocarde : Modalités de prise en charge. HAS ; Mai 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infarctus_myocarde_medecin.pdf
[consulté le 03/09/2013].
12. Guide des affections de longue durée. La maladie Coronarienne. HAS ; Mars 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_maladie_coronarienne_version_web_.pdf
[consulté le 03/09/2013].
13. Ensemble Améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde-Programme Infarctus 2008-2013. HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736856/fr/infarctus-du-myocarde-idm-programme-pilote-2008-2013 [consulté le 03/09/2013].
14. Ensemble Améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde-Bilan 2009- Etape 3 suivi post-infarctus après la sortie de l'hôpital.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/etape3_vf.pdf [consulté le 03/09/2013].
15. Indicateurs de pratique clinique (IDM) « Des 1ers signes du suivi à 1an » HAS ; Mars 2012. Une méthode pour l'amélioration de la qualité du parcours de soins du patient.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/04_indicateurs_idm_actualisation_2012_vf.pdf [consulté le 03/09/2013].
16. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte Op Reimer JM W, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701.
17. Amouyel P. Etude MONA LISA Monitoring Nation du Risque Artériel.

http://www.pasteur-lille.fr/fr/recherche/u744/résultat/dossier_presse_monalisa.pdf

[consulté le 28/08/2013].

18. Le Goff C, Eschwege E, Charles MA, Besdevant A, Moisan C, Bonnelye G, Touboul C, Goulhamousen N, Crine A. ObEpi Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2012. http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf

[consulté le 03/09/2013].

19. De Peretti C, Chin1 F, Tuppin P, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France :tendances 2002-2008. Bulletin Epidémiologique 2012 ; (41).

20. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Bull Epidemiol, 2011 ; 20-21 : 230-3.

21. Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bull Epidemiol Hebd 2010 ; 42-43 : 425-31.

22. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. Eur Heart J, 2001 Apr ; 22(7):554-72.

23. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet, 2009 Mar 14;373(9667):929-40.

24. Assez N, Goldstein P, Marchand C, Gagnayre R. Quelles compétences des patients coronariens sont attendues par les urgentistes lors d'une prise en charge par le Smur : opinions et exposé de leurs conditions de mise en œuvre lors d'une enquête par questionnaires auprès de 58 « experts » préhospitaliers. Journal Europeen des Urgences, 2009 ; 22 (2) : 44-54.

25. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. ESC Committe for Practice Guidelines (CPG) Management of acute Myocardial infarction in patients presenting with persistent ST segment elevation : The Task Force on the Management of ST segment elevation Acute Myocardial infarction on the European Society of Cardiology. Eur Heart J, 2008 ; 29 (23) : 2909-45.

26. Mc Ginn AP, Rosamond WD, Goff DC Jr, Taylor HA, Milos JS, Chambless L. Trends in prehospital delaytime and use of emergency Medical services for Acute Myocardial

infarction : experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J* 2005 ; 150 (3) : 392-400.

27. Lanpandry C, Lapenche T, Lambert Y, Sauval P, Zurek M, Fosse S. Prise en charge préhospitalières des syndromes coronariens aigus ST + en Ile de France. *Le Registre E-Must. Arch Mal Cœur Vaiss*, 2005 ; 98 : 1137-42.

28. Hobbs ED, Erhardt I. Acceptance of guidelines recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries : the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) Survey. *Fam Pract*, 2002 ; 19 :596-604.

29. Sauvageau C, Groulx S, Pelletier A, Ouakki M, Dubé E. Les médecins discutent- ils des habitudes de vie avec leurs patients? *Can J Public Health*, 2008 ; 99(1) : 31- 35.

30. Moreau A, Dedienne M-C, Hauzanneau P, Labarière J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du focus group. *La revue du praticien-Médecine générale-* 2004 ; Tome 18 :674-675.

31. Genolini JP, Roca R, Rolland I, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soins ? *Sciences Sociales et santé*, 2011 ; Vol 29 (3) : 80-121.

32. Corone S, Fischbach M. Pratiques éducatives en Cardiologie. Education thérapeutique en réadaptation cardiaque. Education thérapeutique : symptômes et traitements. Ch IV : 68-78

33. Keller PF, Golay A, Lerch R, Mach F. Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu: l'éducation thérapeutique. *Kardiovaskuläre Medizin*, 2008 ; 11: 5-6.

34. World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the fields of prevention chronic diseases. 1998. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/79219/E93680.pdf [consulté le 03/09/2013].

35. Haute Autorité de santé, Institut National de Prévention et Education pour la Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique. Juin 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - guide version finale 2 pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf) [consulté le 03/09/2013].

36. Labrunée M, Gremeaux V, Sanguinol F, Golay A, Pathak A. Therapeutic education in cardiovascular disease. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 2012 ; Vol 4 (4) : 209-309.

37. Juillière Y, Jourdain P, Suty-Seltn C, Béard T, Berder V, Maître B, Trochu JN, Drouet E, Pace B, Mulak G, Danchin N. Therapeutic patient education and all-cause mortality with chronic heart failure : A propensity analysis. *International Journal of Cardiology*, 2013 ; Vol 168 (1) : 388-395.
38. Aboyans V, Abraham P, Beregi J-P, Delesalle M.-A, Delsart P, Emmerich J, Ferrini M, Gamondes D, Le Faucheur A, Le Hello C, Messas E, Mounier-Vehier C, Sevestre M.-A, Stephan D, Kownator S au nom du groupe vasculaire de la Société Française de Cardiologie. Exploration de la circulation artérielle. *EMC-Cardiologie*. 2011 :1-30 [article11-600-A-11].
39. Lijmer JG, Hunink MG, VandenDungen JJ, Loonstra J, Smit AJ. ROC analysis of non invasive tests for peripheral arterial disease. *Ultrasound Med Biol* 1996 ; 22 : 391.
40. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. EUROASPIRE III Study group. EUROASPIRE III : a survey on the lifestyle, risk factors and use cardioprotective drug therapies in coronary from 22 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2009 ; vol.16 (2) : 121-137.
41. Lee HY, Cooke CE, Robertson TA. Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge. *J Manag Care Pharm*, 2008 ; 14 (3) : 271-80.
42. Wenger NK, Currents status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol*, 2008 ; 51 (17) :1619-31.
43. Smith SC, Feldman TE, Hishfeld JW JR et al. ACC/AHA/SCAI 2005 Guidelines Update for Percutaneous Coronary Intervention. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee of Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention. American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc. *Circulation*, 2006 ; 113 :156-175.
44. Bassand JP, Hamm WC, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, Fox KAA, Hasdai D, Magnus Ohman E, Wallentin Lars, Wijns W. Guidelines for the diagnostic and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force of Diagnostic and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2007 ; 28 (13) : 1598-1660.
45. Grace SL, Scholey P, Suskin N, Arthur HM, Brooks D, Jaglal S, Abramson BL, Stewart DE. A prospective comparison of cardiac rehabilitation enrollment following automatic versus usual referral. *J Rehabil Med*, 2007 ; 39(3) : 239-245.

46. Grace SL, Leung YW, Reid R, Oh P, Wu G, Alter DA, CRCARE Investigators. The role of systematic inpatient cardiac rehabilitation referral in increasing equitable access and utilization. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2012 ; 32 (1) : 41-7.
47. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation II : referral and participation. *Gen Hosp Psychiatry*, 2002 ; 24(3) : 127-34.
48. Brown TM, Hernandez AF, Bittner V, Cannon CP, Ellrodt G, Liang L, Peterson ED, Pina IL, Safford MM, Fonarow GC, On Behalf of the American Heart Association Get With The Guidelines Investigators. Predictors of Cardiac Rehabilitation Referral in Coronary Artery Disease Patients : Findings from the American Heart Association's Get With te Guidelines Program. *J Am Coll Cardio*, 2009 ; 54(6) : 515-521.
49. Suaya JA, Shepard DS, Normand SL T, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After Myocardial Infarction of Coronary Bypass Surgery. *Circulation*, 2007 ; 116 :1653-1662.
50. Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Jaglal S, Abramson BL, Scholey P, Suskin N, Arthur H, Stewart DE. Referral to and discharge from cardiac rehabilitation : key informant views on continuity of care. *J Eval Pract*, 2006 ; 12 (2) :15-63.
51. Grace SL, Evindar A, Abramson BL, Stewart DE. Physician management preferences for cardiac patients : factors affecting referral to cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol*, 2004 ; 20(11) : 1101-7.
52. Beckstead JW, Pezzo MV, Beckie TM, Shahraki F, Kentner AC, Grace SL. Physician's Tacit and Stated Policies for Determining Patient Benefit and Referral to Cardiac Rehabilitation. *Med Decis Making*, 2013 [pubmed]
53. Gravely S, Anand SS, Stewart DE, Grace SL ; on behalf of the CRCARE Investigators. Effect of referral strategies on access to cardiac rehabilitation among women. *Eur J Cardiol*, 2013[pubmed].
54. Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E, Davidson P. Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs : a critical literature review. *Prog Cardiovasc Nurs*, 2002 ; 17 (1) : 8-17.
55. The rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report on a seminar Noordwijk aan zee. Copenhagen, World health Organization Regional Office for Europe, 1969. [http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO PHIE 24 \(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_24_(part1).pdf) [consulté le 03/09/2013]
56. Rehabilitation of cardiovascular disease with special emphasis in developing countries. World health Organization, Geneve, 1993. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 831.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_831.pdf) [consulté le 28/08/2013]

57. Briffa T, Chow CK, Clark AM, Redfern J. Improving outcomes after acute coronary syndrome with rehabilitation and secondary prevention. *Clin Ther*, 2013 ; 35(8) :1076-81.
58. Williams MA, Ades PA, Hamm LF, Keteyian SJ, LaFontaine TP, Roitman JL, Squires RW. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation : an update. *Am Heart J*, 2006 ; 152 (5) : 835-41.
59. Denolle T, Dib M, Revault d'Allonnes F, Nicolas S, Richard A, Maillard J, Bourdet S, Marivain A, Auguste V, Bouvet C, Pichon G. Efficacité de l'éducation thérapeutique, diététique, et physique en prévention secondaire chez les patients coronariens : Programme EDUCOEUR. Symposium HAS-BMJ, 2010.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_gp265.pdf
[consulté le 03/09/2013]
60. Pavy B, Tisseau A, Caillon M. Le patient coronarien six mois après la réadaptation cardiaque : recherche sur l'évaluation de la réadaptation (étude RER). *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, Vol 60(5) : 252-58.
61. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, Thompson DR, Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004 ; 116 (10) : 682-92.
62. Vona M, Rossi A, Capodaglio P, Rizzo S, Servi P, De Marchi M, Cobelli F. Impact of physical training and detraining on endothelium-dependent vasodilatation in patients with recent acute myocardial infarction. *Am Heart J*, 2004 ; 147 (6) : 1039-46.
63. Achttien RJ, Staal JB, Van der Voort S, Kemps HM, Koers H, Jongert MW, Hendriks EJ ; on behalf of the Practice Recommendations Development Group. Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease : a practice guideline. *Neth Heart J*, 2013 [pubmed]
64. Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clin Proc*, 2009 ; 54 (4) : 373-83.
65. Belady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JA, Franklin B, Sanderson B, Southard D ; American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee ; Council on Clinical Cardiology ; Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity and Metabolism ; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core Components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs : 2007 update : a scientific statement from the

American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology ; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism ; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007 ; 27 (3) : 121-9.

66. Corra U, Piepoli MF, Carré F, Heuschmann P, Hoffmann U, Verschuren M, Halcox J ; Documents Reviewers, Giannuzzi P, Saner H, Wood D, Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler AD, Schmid JP ; European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines ; EACPR. Secondary prevention through cardiac rehabilitation : physical activity counselling and exercise training : key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*, 2010 ; 31 (16) : 1967-74.

67. Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *Actualité et dossier en santé publique*, 2001, 36 : 113.

68. Stromberg A, Mertensson J, Fridlund B. Nurse led heart failure clinic in Sweden. *Eur Heart J*, 2001 ; 3 (1) : 139-44.

69. Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005 ; 7 : 363-70.

70 : Redman B. *The practice of patient education* St Louis. Mosby edc ; 2001.

71. Artinian NT, Magnan M, Christian W. What do patient know about their heart failure. *Applied Nursing Res*, 2002 ; 15 (4) : 200-8.

72. Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère C, Carré F, Aeberhard P, Argouach C, Borgne A, Consoli S, Corone S, Fischbach M, Fourcade L, Lecerf JM, Mounier-Vehier C, Paillard F, Pierre B, Swynghedauw B, Theodose Y, Thomas D, Claudot F, Cohen-Solal A, Douard H, Marcadet D. Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la Société Française de Cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire de l'adulte Version 3.

<http://www.sfcardio.fr/groupe/groupe/exercice-readaptation-sport/> [consulté le 03/09/2013]

73. Assez N, Marchand C, Goldstein P, Gagnayre R. La méthode du panel « d'experts » préhospitaliers pour dégager un consensus sur les compétences que les « patients coronariens » pourraient mettre en œuvre en situation d'urgence. *Archives of cardiovascular Diseases* 102-special issue, 2009 ; A192, R 348.

74. Assez N, « Caractérisation des compétences décisionnelles à mobiliser par les patients cardiovasculaires lors d'une crise par une méthode DELPHI réalisée dans le Nord-Pas- de Calais » Contribution à la détermination des conditions d'acquisition et de mobilisation des compétences du patient. Thèse d'Université PARIS 13.
75. Gagnayre R, d'Ivernois J-F. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. Rubriques Etudes. Actualité et Dossier en Santé Publique, 2005 ; 52 : 69-72.
76. D'Ivernois J-F, Gagnayre R et les membres du groupe de travail de l'IPCCEM. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. Educ ther patient/Ther Patient Educ, 2011 ; 32 : S201-S205.
77. Corone S, Fischbach M. Les pratiques éducatives en cardiologie. Education thérapeutique en réadaptation cardiaque. Education thérapeutique: symptômes et traitement Ch IV : 80-82.
78. Lacroix A, Jacquement S, Assal JP. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Ed. Vigot, 1998.
79. Weberg M, Hjermsstad MJ, Hilmarsen CW, Oldervoll L. Inpatient cardiac rehabilitation changes in self-reported health related quality of life-a pilot study. Ann Phys Rehabil Med, 2013 ; 56 (5) : 342-55.
80. Janody D. Prise en charge du post-infarctus du myocarde. Clinique St André groupe Courlancy, Reims. Expérience Clinique HAS, 2009. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModulexitiLEE/types/fileDocument/doxuri.jsp?id=c_865303 [consulté le 28/08/2013].
81. Baudet M, Hericotte P, Daugareil C. Amélioration du pronostic des SCA par la modification de l'hygiène de vie dans les Landes. Expérience Clinique HAS. Ann Cardio Angeiol, 2006 ; 5 :192-98.
82. Goel K, Lennon RJ, Tilbury T, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. Circulation, 2011 ; 123 : 2344-2352.
83. Hammil BG, Curtis LH, Schulman KA, Whellan DJ. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term of mortality and myocardial infarction among elderly medicare beneficiaries. Circulation, 2010 ; 121(1) : 63-70.
84. Durack I, Gagnayre R, Bruckert E. Développer l'éducation thérapeutique des patients à risque cardiovasculaire. Sang Thrombose Vaisseaux, 2000 ; Vol 12 (5) mini-revues.
85. Mach F, Vogt P. L'importance de l'éducation thérapeutique en cardiologie. Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 1299-1300.

86. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases : state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*, 2012 ; 55 (5) : 332-41.
87. Denolle T, Dib M, Revault d'Allones F. La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique. Haut Conseil de la Santé Publique. *Activité et dossier en santé publique*, 2008 ; 63 : 69-70.
88. Ferrières J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian A, Benkritly A, Bruckert E. Education thérapeutique et patient à haut risque : une nouvelle approche en cardiologie. *Ann Card Angeiol*, 2006 ; 55 (1) : 27-31.
89. Assez N, Aboukais W, Lemanski C, Sebilleau Q, Rouyer F, Adriansen C, Wiel E, Goldstein P. Urgences Coronaires, rôle des réseaux dans l'organisation des soins.
<http://reanesth.chu-bordeaux.fr/Formation-continue/Cours-europ%C3%A9ens-du-grand-Sud-Ouest/Cours-Europ%C3%A9ens-du-Grand-Sud-Ouest-Ann%C3%A9e-2011/Textes/Goldstein-Urgences-coronaires/> [consulté le 03/09/2013]
90. Brocchi EA, Cruz F, Guimaraes G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients : the REMADHE trial. *Circ Heart Fail*, 2008 ; 1 : 115-24.
91. Holmes-Rovner M, Stommel M, Corser WD, Olomu A, Holtrop JS, Siddiqi A, Dunn SL. Does outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for acute coronary syndrome ? *J Gen Intern Med*, 2008 ; 23 (9) : 1464-70.
92. Belin A. Pratiques éducatives en Cardiologie. Education thérapeutique du patient en ville. *Education thérapeutique et télémédecine*. Ch V : 177-83.
93. Szymanski C, Manzo-Silberman. Causes, analyses de la sous-évaluation des syndromes coronariens aigus et des disparités en France chez les femmes : Registre CASSANDRE. Actualité sur les grands essais cliniques (II). XXII èmes Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie, Paris, 2012.
<http://m.theheart.org/fr/article/1340211.do> [consulté le 03/09/2013]
94. Berger JS, Elliot L, Gallup D, Roe M, Granger CB, Armstrong PW, Simes RJ, White HD, Van de Werf F, Topol EJ, Hochman JS, Newby LK, Harrington RA, Califf RM, Becker RC, Douglas PS. Sex Differences in mortality following Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2009 ; 302 : 874-82.
95. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, Newby LK, Pina IL, Roger VL, Shaw LJ, Zhao D, Beckie TM, Bushnell C, D'Amiento J, Kris-Etherton

PM, Fang J, Ganiats TG, Gomes AS, Gracia CR, Haan CK, Jackson EA, Judelson DR, Kelepouris E, Lavie CJ, Moore A, Nussmeier NA, Ofili E, Oparil S, Ouyang P, Pinn VW, Sherif K, Smith SC, Jr, Sopko G, Chandra-Strobos N, Urbina EM, Vaccarino V, Wenger NK. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in women- 2011 Update. A guideline from the American Heart Association. *Circulation*, 2011, 123 (11) : 1243-1262.

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA :

Indicateurs de Pratique Clinique Infarctus du Myocarde « Des 1ers signes au suivi à 1 an » Mars 2012 et Guide des Affections de longue durée « Maladie Coronarienne » Mars 2007

L'HAS recommande concernant la prise en charge des FDR CV par le MG dans le suivi post-SCA :

- Une aide du sevrage tabagique au décours du SCA avec prescription d'un arrêt du tabac et une prescription appropriée de substituts nicotiques, puis un suivi du tabagisme actif en post-SCA durant la 1^{ère} année
- Le suivi de la Pression artérielle tout au long du suivi post-SCA avec un objectif de PA <140-90 mmHg (130-80 chez le diabétique)
- Le suivi de l'équilibre du diabète par une HbA1c lors de la 1^{ère} consultation avec demande d'un avis diabétologique en cas d'hyperglycémie sévère (glycémie > 10 mmol/l ou HbA1c \geq 8%) puis la prescription d'une HbA1c tous les 3 mois
- La prescription d'un bilan lipidique et glucidique pour tous les patients à 3 et 6 mois du suivi
- Le suivi du poids avec sa mesure (calcul de l'IMC) et la mesure du périmètre abdominal durant la première année du suivi et 3 fois dans l'année ainsi qu'un suivi diététique au moins une fois dans l'année post-infarctus. Ce suivi diététique comprend également les conseils nutritionnels recommandés en prévention secondaire (notamment le régime hypolipémiant et riche en oméga 3) ainsi que le suivi de la consommation d'alcool.
- Le suivi de l'activité physique régulière avec information lors de la 1^{ère} consultation et évaluation de la pratique à 3 et 6 mois après la sortie préconisant un exercice physique modéré de 30 minutes par jour.

Annexe 2 : Examens complémentaires recommandés dans le suivi post-SCA

Indicateurs de Pratique Clinique Infarctus du Myocarde « Des 1ers signes au suivi à 1 an » Mars 2012 et Guide des Affections de longue durée « Maladie Coronarienne » Mars 2007

Les examens recommandés par l’HAS dans le suivi post-SCA par le MG sont :

- La réalisation d’un bilan sanguin lipidique et glucidique systématique à 3 et 6 mois du suivi par un contrôle du LDL cholestérol et la glycémie veineuse à jeun (puis 1 fois/an) ; ce bilan comprend l’HbA1c chez les diabétiques
- La réalisation d’une surveillance biologique de certains médicaments du traitement BASI en respect de l’Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : les IEC par la kaliémie et la créatininémie, et les statines par le dosage des transaminases en début de traitement et les CPK en cas de douleurs musculaires inexplicables
- La réalisation d’un ECG d’effort dans les 3 à 6 mois suivant le SCA (une échographie de stress ou une scintigraphie de perfusion est préconisée si le patient est incapable de réaliser une épreuve d’effort ou ayant un ECG d’effort ininterprétable électriquement)
- La réalisation d’une échographie cardiaque avec évaluation de la Fraction d’éjection du Ventricule Gauche (FEVG) à un an du suivi
- La réalisation d’un Index de Pression Systolique (IPS) à la recherche d’une artériopathie des membres inférieurs dans la première année
- La réalisation d’une consultation avec le cardiologue à un an du suivi avec correspondance du MG avec celui-ci

Les recommandations soulignent également la recherche de l’atteinte des organes cibles et de maladies vasculaires par l’interrogatoire et l’examen clinique (sans prescription systématique d’une échographie doppler des troncs supra-aortiques par exemple).

Annexe 3 : Informations recommandées par l’HAS au cours du suivi post-SCA

Indicateurs de Pratique Clinique Infarctus du Myocarde « Des 1ers signes au suivi à 1 an » Mars 2012

Il est recommandé par l’HAS qu’une information soit délivrée aux patients par le MG dans le suivi post –SCA concernant :

- le sevrage tabagique lors de la 1^{ère} consultation puis au cours de la 1^{ère} année du suivi
- le recours au « 15 » en cas de crise et les signes évocateurs de récurrence lors de la 1^{ère} consultation. La recherche d’une douleur thoracique et de l’utilisation de dérivé nitré est préconisée lors de la 1^{ère} consultation et tout au long du suivi
- la nécessité d’une activité physique régulière lors de la 1^{ère} consultation post-SCA, puis à 3 et 6 mois après la sortie avec évaluation de celle-ci
- le suivi du poids et l’alimentation équilibrée au cours de la première année du suivi post-SCA

Annexe 4 : Lettre d'information et de non opposition des patients dans le cadre d'une recherche non interventionnelle

Titre de la Recherche : « Place de la réadaptation cardiaque et de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en médecine générale ».

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

Madame, Monsieur,

A l'issue de votre prise en charge dans le service de soins intensifs du CHRU de Lille pour syndrome coronarien aigu, il vous a été proposé de participer à une recherche non interventionnelle dont l'objet est de décrire le suivi éducatif et la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaire des patients après syndrome coronarien aigu par le médecin généraliste.

Cette recherche se déroule dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par Melle LUCCHESI Anne-Marie, Interne en médecine générale, et sous la direction du Dr Nathalie ASSEZ, Praticien Hospitalier au SAMU Régional du CHRU de Lille.

Cette étude a lieu avec l'accord du Professeur KACET chef du Pôle Cardiovasculaire et Pulmonaire et du Dr LAMBLIN Responsable de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologique du CHRU de Lille.

L'étude consiste en votre participation et à celle de votre médecin traitant à des entretiens téléphoniques afin de recueillir vos perceptions, les données du suivi éducatif et de la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires durant le déroulement de l'étude.

Si vous acceptez de participer à l'étude vous serez contacté ainsi que votre médecin traitant après prise de rendez-vous téléphonique pour réaliser trois entretiens téléphoniques destinés au recueil des données.

Les entretiens sont d'une durée maximum de vingt minutes et comportent environ quinze questions et seront réalisés à un, trois et six mois après votre sortie d'hospitalisation.

Le recueil de données durant le déroulement de l'étude ne modifie pas votre prise en charge. Aucun examen supplémentaire ne sera réalisé sur vous. Vous autorisez seulement l'utilisation des données collectées dans le cadre d'une recherche médicale à l'initiative du CHRU de Lille.

Les données seront anonymisées et ne permettront en aucun cas de vous identifier.

Vous n'encourez aucun risque à consentir à l'utilisation de vos données. Vos données médicales seront gardées confidentielles.

Votre participation est libre, votre éventuel refus de participation, ne modifiera pas votre prise en charge.

N'hésitez pas à poser toutes les questions nécessaires, comme par exemple les objectifs poursuivis, l'intérêt scientifique de la démarche, le lieu de conservation des données.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données collectées.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de ces données.

Merci de vous adresser au coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI Anne-Marie (portable 06-84-15-03-66) mail : annemarie.lucchesi.med@gmail.com ou Dr Nathalie ASSEZ mail nathalie.assez@chru-lille.fr, responsables de la conservation de vos données.

Ce document est établi en trois exemplaires, dont un vous sera remis, l'autre conservé dans votre dossier médical et un pour le coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI.

- J'accepte de participer à l'étude
- Je n'accepte pas de participer à l'étude.

- signature du patient

- Le :

- Nom et qualité de la personne ayant délivré l'information

- Le :

- Signature :

Coordonnées du patient :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Annexe 5 : Lettre d'information et de non opposition des médecins généralistes dans le cadre d'une recherche non interventionnelle

Titre de la Recherche : « Place de la réadaptation cardiaque et de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en médecine générale ».

Nom et Prénom du Médecin Généraliste :

Nom du Patient inclus dans l'étude :

Madame, Monsieur,

A l'issue de la prise en charge de votre patient dans le service de soins intensifs du CHRU de Lille pour syndrome coronarien aigu, il lui a été proposé de participer à une recherche non interventionnelle dont l'objet est de décrire le suivi éducatif et la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaire des patients après syndrome coronarien aigu par le médecin généraliste. Celui-ci a donné son accord écrit pour participer à l'étude. A la suite de l'inclusion de votre patient à cette étude, vous avez été contacté de manière à vous informer de l'étude en cours et de vous proposer de participer avec votre patient à cette recherche non interventionnelle.

Cette recherche se déroule dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par Melle LUCCHESI Anne-Marie, Interne en médecine générale, et sous la direction du Dr Nathalie ASSEZ, Praticien Hospitalier au SAMU Régional du CHRU de Lille.

Cette étude a lieu avec l'accord du Professeur KACET chef du Pôle Cardiovasculaire et Pulmonaire et du Dr LAMBLIN Responsable de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologique du CHRU de Lille.

L'étude consiste en votre participation et à celle de votre patient à des entretiens téléphoniques afin de recueillir vos perceptions, les données du suivi éducatif et de la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires durant le déroulement de l'étude.

Si vous acceptez de participer à l'étude vous serez contacté ainsi que votre patient après prise de rendez-vous téléphonique pour réaliser trois entretiens téléphoniques destinés au recueil des données.

Les entretiens sont d'une durée maximum de vingt minutes et comportent environ quinze questions et seront réalisés à un, trois et six mois après la sortie d'hospitalisation de votre patient.

Le recueil de données durant le déroulement de l'étude ne modifie pas la prise en charge de votre patient. Aucun examen supplémentaire ne sera réalisé sur votre patient. Vous autorisez seulement l'utilisation des données collectées dans le cadre d'une recherche médicale à l'initiative du CHRU de Lille.

Les données seront anonymisées et ne permettront en aucun cas de vous identifier.

Vous n'encourez aucun risque à consentir à l'utilisation des vos données. Les données médicales de votre patient seront gardées confidentielles.

Votre participation est libre, votre éventuel refus de participation, ne modifiera pas la prise en charge de votre patient. En cas de refus de participation de votre part, seul votre patient ayant été inclus dans l'étude sera suivi tout au long de la recherche.

N'hésitez pas à poser toutes les questions nécessaires, comme par exemple les objectifs poursuivis, l'intérêt scientifique de la démarche, le lieu de conservation des données en contactant le coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données collectées.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de ces données.

Merci de vous adresser au coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI Anne-Marie (portable 06-84-15-03-66) mail : annemarie.lucchesi.med@gmail.com ou Dr Nathalie ASSEZ mail nathalie.assez@chru-lille.fr, responsables de la conservation de vos données.

Ce document est établi en trois exemplaires, dont un vous est destiné après réception et deux à renvoyer par courrier postal au coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI à l'aide de l'enveloppe affranchie prévue à cet effet, afin que les deux exemplaires restants soient pour l'un conservé dans le dossier médical de votre patient et l'autre pour le coordinateur de l'étude Melle LUCCHESI.

- J'accepte de participer à l'étude
- Je n'accepte pas de participer à l'étude.

- signature du médecin généraliste

- Le :

- Nom et qualité de la personne ayant délivré l'information

- Le :

- Signature :

Veillez joindre un numéro de téléphone pour lequel vous souhaitez être contacté durant l'étude :

Coordonnées Téléphoniques :.....

Annexe 6 : Déclaration CNIL



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

DIRECTION GENERALE

DELEGATION DU SYSTEME D'INFORMATION

N/Réf. 071-03-13 – GD/VB.-

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

Alexis GRZES
Directeur
Délégation du Système
d'Information

Guillaume DERAEDT
Responsable Sécurité du
Système d'Information

Secrétariat
Tél. 03.20.44.47.77
Fax : 03.20.44.58.59

Je soussigné, Monsieur Guillaume DERAEDT, en qualité de Correspondant Informatique et Liberté du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille atteste que l'application ayant pour finalité « **Evaluation de l'éducation thérapeutique des patients après un syndrome coronarien aigu en médecine générale** », mise en œuvre en 2012, a bien été déclarée par Anne Marie et Nathalie Lucchesi et Assez. Elle est intégrée dans le registre de déclaration normale auprès du Correspondant Informatique et Liberté du CHRU de Lille.

Objectifs du traitement :

Etude prospective sur le suivi éducatif des patients après un syndrome coronarien aigu : Mise en œuvre du suivi éducatif des patients par leurs médecins généralistes en ambulatoire dans la région du Nord-Pas de Calais

Fonctions de l'application :

Création d'une base excel pour réalisation des statistiques de l'étude sous SPSS

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Déclaration enregistrée sous la référence 5/24/2012 4:39:29 PM

Fait à LILLE, le 05/03/2013.



Guillaume Deraedt
CHRU de Lille
Responsable de la sécurité du Système
d'Information
Correspondant Informatique et Liberté
Tel: 03 20 44 41 00



Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Délégation du Système d'Information
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage – rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

Annexe 7 : Illustration de l'Entretien téléphonique semi-dirigé à 6 mois du suivi auprès des patients

1) Connaissez-vous vos facteurs de risque cardiovasculaire ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui, énumérez-les : 1 réponse possible

1. Connait bien ses facteurs de risque cardiovasculaire
2. Connait ses principaux facteurs de risque cardiovasculaire
3. Connait partiellement ses facteurs de risque cardiovasculaire
4. Ne connaît pas ses facteurs de risque cardiovasculaire

2) Avez-vous modifié certaines de vos habitudes de vie depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Pas de modifications nécessaires /pas de facteurs de risque modifiables

Si OUI :

Lesquelles? 1 à 4 réponses possibles

1. Arrêt tabac
2. Perte de poids/Equilibre alimentaire
3. Sevrage d'une intoxication alcoolique
4. Pratique d'une activité physique régulière

Et quelles sont celles qui restent à modifier? 1 à 4 réponses possibles

1. Arrêt tabac
2. Perte de poids/Equilibre alimentaire
3. Sevrage d'une intoxication alcoolique
4. Pratique d'une activité physique régulière
5. Aucune

Etes-vous motivé à poursuivre vos efforts et maintenir et continuer ces modifications d'habitude de vie ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Si NON :

Pourquoi? 1 à 3 réponses possibles

1. Refus /manque de motivation
2. Dépression
3. Echecs des modifications
4. Aide insuffisante
5. Autres

Quelles difficultés avez-vous rencontré quant à la modification de vos habitudes de vie? 1 à 3 réponses possibles

1. Habitudes anciennes difficiles à modifier/problèmes personnels entravant les modifications
2. Beaucoup de contraintes/Peu de résultats malgré les efforts fournis, découragement
3. Besoin aide psychologique, soutien/Aide insuffisante
4. Autres

3) Avez-vous eu recours à des associations de patients ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui, sur les conseils de qui ? 1 ou plusieurs réponses possibles

1. Médecin traitant
2. Cardiologue
3. En réadaptation cardiaque
4. Personnels paramédicaux/ Entourage / Famille/ Internet

4) Que savez-vous à propos de votre maladie coronarienne (caractère chronique) ?

Expliquez 1 réponse possible

1. Connait sa pathologie coronarienne
2. Connait partiellement sa pathologie coronarienne
3. Ne connaît pas sa pathologie coronarienne

Connaissez-vous les risques de votre pathologie ? 1 réponse possible

1. Connait les risques de sa pathologie
2. Connait partiellement les risques de sa pathologie
3. Ne connaît pas les risques de sa pathologie

Et connaissez-vous les complications possibles ? 1 réponse possible

1. Connait les complications possibles de sa pathologie
2. Connait partiellement les complications possibles de sa pathologie
3. Ne connaît pas les complications de sa pathologie

5) Etes-vous satisfait avec votre médecin traitant depuis votre sortie d'hôpital ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Oui et suivi apporté essentiellement en réadaptation cardiaque

Si non pourquoi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Manque de temps lors des consultations
2. Pas de propositions proposées adaptées aux besoins et désirs du patient/Impression de ne pas participer aux soins
3. Suivi contraignant/Echec des mesures thérapeutiques mises en œuvre
4. Suivi inutile, refus du patient d'adhérer aux mesures mises en œuvre

Si oui quels bénéfices avez-vous reçu grâce à ce suivi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Amélioration de la compréhension de la maladie et de votre traitement
2. Impression de participer aux soins et être acteur de sa santé/Autonomisation dans les soins avec implication de votre part
3. Correction de certains de vos facteurs de risque cardiovasculaire
4. Amélioration de votre qualité de vie
5. Pas de bénéfices du suivi

6) L'aide qui vous a été apportée quant aux modifications de vos habitudes de vie était-elle en rapport avec vos attentes ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Pas de facteurs de risque modifiable dépendant du patient

Si non pourquoi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Environnement du malade non pris en compte
2. Non compréhension de certaines mesures à appliquer ni de leurs intérêts/
Non adhésion du patient à ce suivi
3. Absence de résultats malgré les efforts fournis
4. Solutions proposées inadaptées au patient

Et quelles étaient vos attentes ? 1 à 5 réponses possibles

1. Ecoute du médecin et adaptation des mesures face à ses désirs, ses besoins, ses craintes et ses difficultés et son environnement/ Soutien du médecin
2. Participation aux soins comme acteur de sa santé/Implication du patient dans la prise décisionnelle
3. Acquisition de compétences sur la connaissance de la maladie et du traitement
4. Correction des facteurs de risque cardiovasculaire
5. Aucune attente souhaitée car suivi ne semblant pas nécessaire

7) Fumez-vous depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Vous ne fumiez pas avant le SCA

Si OUI :

Pourquoi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Manque de motivation/ Refus
2. Echec du sevrage malgré efforts fournis/Rechute après arrêt
3. Stress, situation professionnelle ou personnelle difficile
4. Soutien insuffisant apporté par le médecin et le suivi

Et avez-vous essayé d'arrêter ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Quelle aide votre médecin vous a –t-il proposé pour votre sevrage tabagique? 1 à 5 réponses possibles

1. Patch/substituts nicotinique/Médicaments (bupropion : zyban ou varénicline : champix)/ anxiolytiques/ Médecine alternative (hypnose, acupuncture, homéopathie....)
2. Consultation tabacologue/Consultation psychologue
3. Association de patients
4. Information orale
5. Consultations d'éducation thérapeutique, entretien motivationnel en centre de réseau de soin ou réadaptation cardiaque

Si NON :

Etes-vous sevré depuis votre SCA ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Et si oui comment vous êtes-vous sevré ? 1 à 4 réponses possibles

1. En centre de réadaptation cardiaque
2. Votre propre motivation /Par peur de récurrence d'un SCA et information sur les risques de l'intoxication tabagique
3. Suivi régulier de votre médecin à ce sujet par consultations dédiées
4. Patches/ substituts nicotiniques/Médicaments (bupropion : zyban ou varénicline : champix)/ anxiolytiques
5. Consultation Psychologue /Consultation Tabacologue/ médecine alternative

Et si oui êtes-vous motivé à poursuivre votre sevrage tabagique sur le long terme (à vie) ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

8) Avez-vous de l'Hypertension artérielle ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Quelle était la valeur de votre tension artérielle lors de votre dernière consultation avec votre médecin ? 1 réponse possible

1. >180-110 mmHg : HTA sévère
2. >160-100 mmHg : HTA modérée
3. >140-90 mmHg ou >130-80 mmHg chez le diabétique : HTA légère
4. <140-90 mmHg ou <130-80 mmHg chez le diabétique : TA Normale
5. TA non mesurée par le médecin traitant

En cas d'HTA les chiffres tensionnels sont selon vous depuis votre hospitalisation : 1 réponse possible

1. Stables et contrôlés, ils n'ont jamais été élevés sous traitement
2. Améliorés, ils étaient élevés auparavant (avant l'hospitalisation) mais non dans les valeurs cibles
3. Améliorés, ils étaient élevés auparavant (avant l'hospitalisation) et dans les valeurs cibles
4. Toujours trop élevés ou variables sous traitement (HTA non contrôlée)

En cas d'HTA avez-vous un traitement ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui lequel ? 1 réponse possible

1. Connait son traitement
2. Connait partiellement son traitement
3. Ne connaît pas son traitement

9) Avez-vous une dyslipidémie ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si OUI :

Avez-vous amélioré votre bilan lipidique depuis votre SCA ? 1 réponse possible

1. Oui Et objectifs atteints (LDL c < 1 g / l)

2. Non / Objectifs non atteints (LDL c > 1 g / l)

3. Bilan non réalisé

Et avez-vous reçu un traitement ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Si NON :

Avez-vous reçu un traitement ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Un bilan lipidique vous a-t-il été prescrit ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Et si oui le bilan obtenu était-il dans les valeurs attendues ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

En cas de traitement quel est celui-ci (dans tous les cas)? 1 réponse possible

1. Connait son traitement

2. Connait partiellement son traitement

3. Ne connaît pas son traitement

10) Etes-vous diabétique ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Si OUI :

Etes- vous sous insuline au long cours ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Quel est votre traitement? 1 réponse possible

1. Connait son traitement

2. Connait partiellement son traitement

3. Ne connaît pas son traitement

4. Pas de traitement prescrit / Règles hygiéno-diététiques

Et votre diabète est-il équilibré ? 1 réponse possible

1. Oui

2. Non

Quelle était la valeur de votre dernière hémoglobine glyquée? 1 réponse possible

1. >7,5 %
2. [7-7.5%]
3. < 7%
4. Bilan Hémoglobine glyquée non réalisé

Et savez-vous comment sait-on que le diabète est équilibré ? 1 à 3 réponses possibles

1. Hémoglobine glyquée tous les 3 mois
2. Carnet de glycémies capillaires pluriquotidiennes
3. Glycémie veineuse à jeun
4. Ne sait pas

Si NON :

Un bilan sanguin vous a-t-il été prescrit (glycémie à jeun) ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Et si oui aviez-vous une glycémie normale? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

11) Etes-vous en surpoids ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. N'était pas en surpoids avant le SCA

Et quel est votre poids actuel-taille (calcul manuel IMC)? 1 réponse possible

1. < 25 : normal
2. 25-30 : surpoids
3. > 30 obésité

Avez-vous perdu du poids ? 1 réponse possible (perte de poids depuis le début.....)

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Avez-vous une alimentation équilibrée depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

3. Pas de déséquilibre alimentaire avant le SCA

Qu'avez-vous modifié ou comment sont constitués vos apports alimentaires en cas de surpoids ou déséquilibre alimentaire? 1 à 4 réponses possibles

1. Diminution des apports caloriques quotidiens/ Acquisition d'un régime type « méditerranéen »
2. Diminution - faible apport des acides gras saturés et mono-insaturés/ Préférence pour les acides gras poly-insaturés
3. Diminution - faible apport des apports glucidiques/Préférence pour les aliments à index glycémique bas / Diminution des sodas, des boissons sucrées/ Arrêt des boissons alcoolisées ou diminution des boissons alcoolisées (< 2 à 3 verres par semaine)
4. Augmentation des boissons hydriques (1L par jour)/Apport en sel diminué
5. Pas de modifications réalisées ou non nécessaires

En cas de modification du régime alimentaire êtes-vous motivé à poursuivre cette alimentation sur le long terme (à vie)? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

En cas d'absence de modification du régime alimentaire quelles sont les raisons ? 1 à 4 réponses possibles

1. Manque de motivation/ Contrainte importante du régime/ mode de vie incompatible avec régime (profession)/ Difficulté financière (coût)
2. Peu de résultats malgré les efforts fournis, découragement
3. Manque de suivi et soutien du médecin dans cette démarche
4. Refus aide extérieure psychologique ou spécifique (diététique, nutritionniste)
5. Pas de modification nécessaire du régime

Quelle aide avez-vous bénéficié afin de parvenir à un équilibre alimentaire en cas de surpoids ou déséquilibre? 1 à 4 réponses possibles

1. Information orale
2. Consultation d'éducation en centre de réseau de soins, en réadaptation cardiaque
3. Consultation nutritionniste/ Diététicien
4. Enquête alimentaire par le médecin traitant et prescription d'un régime avec suivi régulier
5. Aucune aide proposée

12) Pratiquez-vous une activité physique régulière depuis notre dernier entretien? 1 réponse possible

1. Oui (laquelle)
2. Non

Si OUI :

Depuis quand la pratiquez-vous ? 1 réponse possible

1. Avant le SCA
2. Depuis le SCA

Par quels moyens êtes-vous arrivé à modifier vos habitudes sédentaires en cas de pratique depuis votre hospitalisation ? 1 à 4 réponses possibles

1. En centre de réadaptation cardiaque
2. Conseils de votre médecin traitant dans cette démarche
3. Associations de patients /Associations sportive par la ville
4. Votre propre motivation /par peur de récurrence de SCA

A quelle fréquence la pratiquez-vous ? 1 réponse possible

1. < 3 fois / semaine
2. \geq 3 fois/ semaine
3. Occasionnellement

Etes-vous motivé à poursuivre ces changements sur le long terme (à vie) ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Si NON :

Pourquoi ? 1 à 5 réponses possibles

1. Refus/ manque de motivation, temps (raisons professionnelles ou familiales)
2. Comorbidités / événement de santé récent entravant la pratique sportive
3. Fatigue, incapacité à l'effort
4. Aide insuffisante
5. Refus aide extérieure consultations en réadaptation/réseau de soins

Quelle aide votre médecin vous a-t-il proposé afin de pratiquer cette activité? 1 à 4 réponses possibles

1. Conseils (marche 30 min, avec le chien, vélo appartement....)
2. Association de patients
3. Associations sportives avec la ville
4. Centre de réadaptation cardiaque
5. Pas d'aide proposée

13) Consommez-vous de l'alcool depuis notre dernier entretien?

1. Oui
2. Non
3. Vous n'en consommez pas ou peu avant le SCA

Si OUI :

Combien de verres par semaine ? 1 réponse possible

1. > 21 verres par semaine ou 3 verres par jour chez l'homme ou > 14 verres par semaine ou 2 verres par jour chez la femme
2. < 21 verres par semaine ou 3 verres par jour chez l'homme ou < 14 verres par semaine ou 2 verres par jour chez la femme
3. Occasionnellement

Et avez-vous diminué votre consommation ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Quelle aide vous a été proposée par votre médecin pour votre sevrage ? 1

1. Information orale
2. Consultation addictologue/Consultation psychologue/ Consultation centre de réseau de soins
3. Consultations dédiées au sevrage avec votre médecin traitant
4. Associations de patients
5. Médicaments (benzodiazépine, médicaments diminuant l'appétence à l'alcool : acamprosate : aotal, naltrexone : revia)

Si NON

Vous êtes-vous sevré depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui par quels moyens avez-vous arrêté ? 1 à 4 réponses possibles

1. Médicaments (benzodiazépine, médicaments diminuant l'appétence à l'alcool : acamprosate : aotal, naltrexone : revia)
2. Consultation addictologue/Consultation psychologue/ Consultation centre de réseau de soins
3. Consultations dédiées au sevrage avec votre médecin traitant
4. En centre de réadaptation cardiaque
5. Votre propre motivation par information des risques et peur de récurrence de SCA

Etes-vous motivé pour poursuivre vos efforts sur le long terme (à vie) ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

14) Prenez-vous votre traitement prescrit après votre hospitalisation ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si OUI :

Pouvez-vous m'énumérer les médicaments ? 1 réponse possible

1. Connait son traitement
2. Connait partiellement son traitement
3. Ne connaît pas son traitement

Prenez-vous vos médicaments tous les jours ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Les prenez-vous aux mêmes heures ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Vous est-il arrivé d'en oublier en vacances ou en week end ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Est-ce une contrainte pour vous ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Tolérez-vous bien vos médicaments ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si NON :

Pourquoi ? 1 à 3 réponses possibles

1. Refus/Traitement contraignant/sentiment d'inutilité
2. Oublis réguliers
3. Mauvaise tolérance, effets secondaires

Avez-vous présenté des effets secondaires du traitement (dans tous les cas) ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Et si oui quels effets secondaires avez-vous présenté ? expliquez

1. Effets secondaires des anti-agrégants plaquettaires
2. Effets secondaire du Beta bloquant
3. Effets secondaires de l'IEC
4. Effets secondaires des statines

Et avez-vous poursuivi votre traitement ou a-t-il été arrêté par votre médecin ou vous-même? 1 à 4 réponses possibles

1. Arrêt par votre médecin du médicament incriminé dans les effets secondaires
2. Arrêt par vous même du médicament responsable de vos effets secondaires
3. Arrêt par vous même de tout votre traitement
4. Diminution du dosage du médicament responsable de vos effets secondaires ou remplacement par un autre
5. Poursuite de votre traitement

Un bilan sanguin vous a-t-il été prescrit pour la surveillance de votre traitement ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui lequel ? 1 à 2 réponses possibles

1. Surveillance des statines
2. Surveillance de l'IEC
3. Ne sait pas

15) Le traitement instauré à votre sortie d'hôpital est important et ne doit pas être interrompu, mais quels médicaments sont indispensables et ne doivent jamais être arrêtés sans l'avis du cardiologue? 1 à 3 réponses possibles

1. Aspirine
2. Plavix ou efient
3. Bêta bloquant
4. Ne sait pas / autres

Savez-vous pourquoi ? Quelle est leur utilité? Expliquez 1 à 2 réponse possible

1. Connait l'utilité des anti-agrégants
2. Connait l'utilité des Bêta-Bloquants
3. Ne connaît pas l'utilité des deux classes thérapeutiques

16) Avez-vous pris votre spray de dérivés nitrés depuis notre dernier entretien ? 1

réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Natispray non prescrit

Si OUI :

Dans quelle situation ? 1 réponse possible

1. Douleur Thoracique
2. Autres propositions

Et comment bien de fois ? 1 réponse possible

1. 1 fois
2. > 3 fois
3. De nombreuses fois/ utilisation intempestive

Et dans quel contexte ? 1 à 3 réponses possibles

1. Contexte anxieux
2. Marche, effort physique / au travail/ en post prandial
3. Repos/La nuit

Quelles sont les conditions d'utilisation des dérivés nitrés ? 1 réponse possible

1. Connait les conditions d'utilisation
2. Connait partiellement les conditions d'utilisation
3. Ne connaît pas les conditions d'utilisation
4. Natispray non prescrit

17) Avez-vous eu des douleurs thoraciques depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui qu'avez-vous fait ? 1 à 3 réponses possibles

1. Appel 15
2. Consultation médecin traitant
3. Consultation USIC ou aux urgences médicales
4. Prise de dérivés nitrés spray sublingual 1 à 2 bouffées au repos
5. Rien

Avez-vous été réhospitalisé dans ce cas ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

18) Expliquez-moi ce qu'il faut faire en cas de douleur thoracique 1 réponse possible

1. Sait ce qu'il faut faire
2. Sait partiellement ce qu'il faut faire
3. Ne sait pas ce qu'il faut faire

19) Avez-vous fait un bilan sanguin récemment ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui, savez-vous ce que comportait le bilan sanguin (hormis le bilan de surveillance du traitement) ? 1 à 3 réponses possibles

1. Bilan lipidique (HDLc, LDLc, CT, TG)
2. Glycémie à jeun/Hémoglobine glyquée
3. Fonction rénale/Protéinurie, microalbuminurie
4. Ne sait pas / autres

Et dans ce cas Savez-vous quels étaient les résultats ? 1 à 4 réponses possibles

1. Dyslipidémie avec LDLc augmenté au delà des objectifs fixés / HypoHDLémie
2. Hypertriglycéridémie
3. Déséquilibre diabète/ diabète débutant
4. Insuffisance rénale / atteinte rénale débutante
5. Bilan normal

20) A quelle fréquence voyez-vous votre médecin traitant depuis votre sortie d'hôpital ? 1 réponse possible

1. Tous les mois (voire moins si nécessaire)
2. Tous les 2 mois
3. Tous les 3 mois
4. > 3 mois
5. Suivi irrégulier

21) Avez-vous vu votre cardiologue depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

22) Avez-vous réalisé des examens complémentaires (hormis le bilan sanguin) depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Examens prévus non encore réalisés

Si oui lesquels ? 1 à 3 réponses possibles

1. Examens en rapport avec pronostic cardiovasculaire : Holter tensionnel (si HTA sévère), recherche atteintes polyvasculaires : echo-doppler troncs supra-aortiques, echo-doppler membres inférieurs, TDM thoraco-abdominal injecté : anévrisme aorte)
2. Examens en rapport avec complications du SCA : Holter ECG (trouble du rythme), Echographie cardiaque (insuffisance cardiaque, valvulopathie)
3. Examens de surveillance, risque de récurrence : Epreuve d'effort, Coronarographie (scintigraphie myocardique, IRM cardiaque)

Dans ce cas qui a demandé ces examens? 1 réponse possible

1. Médecin traitant
2. Cardiologue
3. En centre de réadaptation cardiaque
4. Autres

23) Avez-vous réalisé une réadaptation cardiaque ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non
3. Réadaptation prévue non encore réalisée

Si oui quels ont été pour vous les bénéfices ? 1 à 4 réponses possibles

1. Correction d'un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires : Sevrage tabagique, équilibre alimentaire, perte de poids, sevrage de l'intoxication alcoolique, pratique d'une activité physique
2. Amélioration de la fonction cardiaque à l'effort/ réassurance sur la pratique d'une activité sportive/ réassurance pour les actes de la vie quotidienne
3. Compréhension de la maladie/ Compréhension du traitement BASI
4. Amélioration de la qualité de vie
5. Pas de bénéfices de la réadaptation cardiaque

Si non pour quelles raisons ? 1 à 3 réponses possibles

1. Isolement géographique, éloignement du centre, manque de places
2. Refus, Manque de motivation
3. Raisons professionnelles, familiales
4. Réadaptation cardiaque non proposée

Qui a proposé la réadaptation cardiaque ? 1 réponse possible

1. Cardiologue
2. Médecin traitant

24) Avez-vous l'impression d'être diminué dans votre vie quotidienne depuis votre syndrome coronarien aigu ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si OUI :

Pourquoi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Incapacité/ fatigue/ dyspnée
2. Peur d'une récurrence de SCA, anxiété /Dépression
3. Autres

Si NON :

Vous sentez-vous comme avant votre hospitalisation ou au contraire en meilleur état général par les modifications de vos habitudes de vie ? 1 réponse possible

1. Pas de changement depuis votre hospitalisation
2. Meilleure qualité de vie depuis votre hospitalisation

25) Avez-vous repris votre activité professionnelle (travailleurs) ou les mêmes activités dans votre vie quotidienne comme avant votre hospitalisation ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si non pourquoi ? 1 à 4 réponses possibles

1. Incapacité/ Travail inadapté
2. Peur de récurrence de SCA/Manque de motivation /Dépression
3. Attente de décision de médecine travail

26) Etes-vous insuffisant cardiaque depuis votre SCA ? (FEVG à l'ETT)

1. Oui
2. Non

27) Avez-vous été réhospitalisé depuis notre dernier entretien ? 1 réponse possible

1. Oui
2. Non

Si oui pourquoi ? 1 à 3 réponses possibles

1. Récidive ischémique SCA
2. Coronarographie de complément programmée
3. Atteintes vasculaires : AVC/ AIT, AOMI, Anévrisme de l'aorte
4. Complications du SCA : Insuffisance cardiaque / OAP, Valvulopathie, Trouble du rythme
5. Autres (HTA, déséquilibre diabète...)

RESUME

Contexte : La maladie coronarienne est la deuxième cause de mortalité en France. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) dont certains sont modifiables, sont responsables de la survenue de la majorité des Syndromes Coronariens Aigus (SCA). En dépit d'une diminution considérable de la mortalité et l'incidence des SCA ces dix dernières années, la prévention secondaire reste largement insuffisante.

Méthodes : Cette étude prospective observationnelle menée sur 11 mois a inclus 52 patients admis pour SCA en Unité de Soins Intensifs Cardiologique du CHRU de Lille et 30 de leurs médecins généralistes (MG) afin d'étudier le suivi post-SCA des patients. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens téléphoniques semi-dirigés réalisés auprès des patients et des médecins à un mois (T1), 3 (T2) et 6 mois (T3). Des statistiques comparatives ont été réalisées aux trois temps de l'étude (test de Cochran, test de Mc Nemar). La place de la réadaptation cardiaque (RC) dans ce suivi a été étudiée par des statistiques croisées (test de Khi-Deux de Pearson ou test exact de Fisher).

Résultats : Une évolution de la pratique de l'activité physique régulière est observée tout au long du suivi ($p=0,03$). Il existe une amélioration de la correction du bilan lipidique entre 3 et 6 mois ($p=0,00$). Un nombre important d'évènements CV (5 récurrences de SCA, 4 AVC et/ou AIT et un arrêt cardiaque) ainsi que de complications (5 insuffisants cardiaques) est constaté. La réalisation d'une RC présente de nombreux bénéfices : modifier les habitudes de vie ($p=0,04$ à 3 mois vs $p=0,00$ à 6 mois) avec notamment le sevrage tabagique à 6 mois ($p=0,01$) et la pratique d'une activité physique régulière à 3 mois ($p=0,00$) et à 6 mois ($p=0,03$), une amélioration des stratégies de prise en charge recommandées par l'HAS comme la prescription du bilan de contrôle lipidique et glucidique ($p=0,00$ à 3 mois vs $p=0,03$ à 6 mois) et une amélioration de la qualité de vie des patients à 6 mois du suivi ($p=0,02$).

Conclusions : La prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA des patients est insuffisante. La prévention secondaire après un SCA pourrait être améliorée par le développement de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en ambulatoire, avec une meilleure coordination entre MG, cardiologue et un partenariat avec les patients eux-mêmes.

SUMMARY

Background: Coronary heart disease is the second leading cause of death in France. The cardiovascular risk factors (CV RF) some of which are modifiable, are responsible for the occurrence of the majority of Acute Coronary Syndromes (ACS). Despite a significant decrease in mortality and the incidence of ACS over the past decade, secondary prevention remains largely insufficient.

Methods: This prospective observational study over 11 months included 52 patients admitted for ACS in Cardiology Intensive care Unit of Lille's University Hospital and 30 of their general practitioners (GPs) to study the follow-up treatment of post-ACS patients. Data were collected using semi-structured telephone interviews with patients and physicians one month (T1), 3 (T2) and 6 months (T3) after the ACS. Comparative statistics were performed for the three phases of the study (Cochran test, Mc Nemar test). The place of cardiac rehabilitation (CR) in this follow-up was studied by cross-statistics (chi-square test of Pearson Two or Fisher's exact test).

Results: A change in the practice of regular physical activity is observed throughout the follow-up ($p = 0,03$). There is an improvement of the results of lipids blood screening between 3 and 6 months ($p = 0,00$). Numerous cardio-vascular events (5 recurrences SCA, 4 stroke and / or TIA and one cardiac arrest) and complications (5 heart failure) are found. Achieving a CR has many benefits: change daily life habits ($p = 0,04$ at 3 months vs $p = 0,00$ to 6 months) including smoking cessation at 6 months ($p = 0,01$) and the practice of regular physical activity at 3 months ($p = 0,00$) and 6 months ($p = 0,03$), improved the management strategies recommended by the HAS such as prescription of lipid and glucose blood screenings ($p = 0,00$ to 3 months vs. $p = 0,03$ at 6 months) and improved the life's quality of patients at 6 months follow-up ($p = 0,02$).

Conclusions: The control of CV RF after ACS is insufficient. Secondary prevention for coronary patients after ACS could be improved by developing a therapeutic education in ambulatory, with better coordination between PGs, cardiologist and a partnership with the patients themselves.

NOM : LUCCHESI

PRENOM : ANNE-MARIE

Date de soutenance : 9 Octobre 2013

Titre de la Thèse : Place de la réadaptation cardiaque et de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en médecine générale.

Etude prospective du suivi post-syndrome coronarien aigu à 6 mois de 52 patients inclus et 30 médecins généralistes.

Thèse-Médecine-Lille 2013

Cadre de Classement : Médecine Générale

Mots clés : syndrome coronarien aigu, médecin généraliste, prévention secondaire, facteurs de risque cardiovasculaire, réadaptation cardiaque, éducation thérapeutique

Résumé

Contexte : La maladie coronarienne est la deuxième cause de mortalité en France. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) dont certains sont modifiables, sont responsables de la survenue de la majorité des Syndromes Coronariens Aigus (SCA). En dépit d'une diminution considérable de la mortalité et l'incidence des SCA ces dix dernières années, la prévention secondaire reste largement insuffisante.

Méthodes : Cette étude prospective observationnelle menée sur 11 mois a inclus 52 patients admis pour SCA en Unité de Soins Intensifs Cardiologique du CHRU de Lille et 30 de leurs médecins généralistes (MG) afin d'étudier le suivi post-SCA des patients. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens téléphoniques semi-dirigés réalisés auprès des patients et des médecins à un mois (T1), 3 (T2) et 6 mois (T3). Des statistiques comparatives ont été réalisées aux trois temps de l'étude (test de Cochran, test de Mc Nemar). La place de la réadaptation cardiaque (RC) dans ce suivi a été étudiée par des statistiques croisées (test de Khi-Deux de Pearson ou test exact de Fisher).

Résultats : Une évolution de la pratique d'une activité physique régulière est observée tout au long du suivi ($p=0,03$). Il existe une amélioration de la correction du bilan lipidique entre 3 et 6 mois ($p=0,00$). Un nombre important d'évènements CV (5 récurrences de SCA, 4 AVC et/ou AIT et un arrêt cardiaque) ainsi que de complications (5 insuffisants cardiaques) est constaté. La réalisation d'une RC présente de nombreux bénéfices : modifier les habitudes de vie ($p=0,04$ à 3 mois vs $p=0,00$ à 6 mois) avec notamment le sevrage tabagique à 6 mois ($p=0,01$) et la pratique d'une activité physique régulière à 3 mois ($p=0,00$) et à 6 mois ($p=0,03$), une amélioration des stratégies de prise en charge recommandées par l'HAS comme la prescription du bilan de contrôle lipidique et glucidique ($p=0,00$ à 3 mois vs $p=0,03$ à 6 mois) et une amélioration de la qualité de vie des patients à 6 mois du suivi ($p=0,02$).

Conclusions : La prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA des patients est insuffisante. La prévention secondaire après un SCA pourrait être améliorée par le développement de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en ambulatoire, avec une meilleure coordination entre MG, cardiologue et un partenariat avec les patients eux-mêmes.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Salem KACET

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Nicolas LAMBLIN

Monsieur le Professeur Hervé HUBERT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie ASSEZ