



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS
AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

MALADIE CORONARIENNE

Actualisation septembre 2010

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1.	Avertissement.....	4
2.	Critères médicaux d'admission en vigueur (Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale - 2002)	5
3.	Liste des actes et prestations de la maladie coronarienne	8
4.	Liste des actes et prestations « contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire	14

Actualisation des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Avertissement

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, a créé la Haute Autorité de Santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R.161-71 du code de la sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré et, l'article L324-1 du même code qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe, entre le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, la Haute Autorité de Santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut-être limitée ou supprimée, en application du 3° de l'article L.322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour la maladie coronarienne cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. Elle doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, en sachant que certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

2. Critères médicaux d'admission en vigueur (Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale - 2002)

L'athérosclérose représente la cause habituelle sinon exclusive (maladies de "système", maladies de Kawasaki, Takayashu...) de la maladie coronaire.

Malgré les progrès thérapeutiques récents, la maladie artérielle coronaire reste une affection grave dont les complications aiguës en rapport avec une "déstabilisation" de plaque sont en partie imprévisibles. De ce fait, toute ischémie myocardique segmentaire, symptomatique et objectivement documentée, est justifiable de l'exonération du ticket modérateur.

DIAGNOSTIC

1 - Expression clinique

La maladie coronaire chronique inclut non seulement les patients souffrant d'angine de poitrine "stable", qui nécessitent un traitement symptomatique de l'ischémie myocardique et des mesures de prévention secondaire, mais aussi les coronariens déjà revascularisés par angioplastie ou par pontage chez lesquels les mêmes mesures de prévention secondaire doivent être mises en œuvre de façon indéfinie.

Les syndromes d'insuffisance coronaire aiguë sont la conséquence de la fissuration et/ou l'ulcération de la plaque athéroscléreuse compliquées de thrombose et d'occlusion coronaire partielle ou totale. Ces complications ne sont pas obligatoirement liées au degré de sténose pré-existante.

Les éventualités cliniques sont très diverses :

- Infarctus du myocarde transmural avec onde Q et net accroissement enzymatique (dont la cinétique dépend de la réalisation d'une revascularisation précoce).*
- Syndrome de menace, angor "de novo", angor instable, ...*
- Infarctus dits rudimentaires ou non transmuraux, sans onde Q, avec seulement symptômes cliniques, modifications électrocardiographiques de la repolarisation, élévation enzymatique généralement modérée :*
 - élévation enzymatique de cytolyse myocardique, CPK > 1,5 fois la limite supérieure de la normale, accroissement du pourcentage de CPK MB.*
 - élévation des troponines I et T... de nouveaux marqueurs étant en évaluation.*

2 - Preuve de l'ischémie

De façon générale, il convient d'exiger, associée aux arguments cliniques en faveur d'une ischémie :

- Une preuve objective de cette ischémie ; cependant, chez des sujets à haut risque – âge, autre facteur de risque de la maladie coronaire – et ayant des douleurs typiques, les arguments cliniques peuvent être suffisants.*
- Un antécédent d'infarctus du myocarde transmural (authentifié par des ondes Q) ou rudimentaire (seulement affirmé sur l'accroissement suffisant et transitoire des enzymes).*
- Des modifications per-critiques spécifiques de la repolarisation électro-cardiographique.*
- Enfin :*
 - une épreuve d'effort et/ou une injection intraveineuse de dipyridamole couplée ou non à une scintigraphie myocardique de perfusion,*
 - voir la constatation d'au moins une lésion coronaire "significativement" sténosante au cours de la coronarographie.*

La sensibilité et la spécificité de ces 3 dernières techniques autorisent à porter, dans quelques cas, le diagnostic d'ischémie myocardique cliniquement silencieuse.

TRAITEMENT

Dans le cas des syndromes coronaires aigus, le traitement comporte d'abord une phase hospitalière de repos et de soins intensifs et une prise en charge spécifique de l'épisode aigu. Lors de cette phase, il est nécessaire que la structure d'accueil soit apte à assurer le traitement de complications éventuelles (troubles du rythme, insuffisance cardiaque...) et surtout la reperfusion précoce (thrombolyse, angioplastie...).

Secondairement, les indications thérapeutiques rejoignent celles de la maladie coronaire chronique, après une période éventuelle de réadaptation, soit ambulatoire, soit dans une structure de convalescence spécialisée.

Dans tous les cas, il faut d'abord s'efforcer d'obtenir une prise en charge attentive et globale des facteurs de risque de la maladie artérielle et réaliser des mesures actives de prévention secondaire qui doivent être poursuivies indéfiniment. Ces mesures doivent notamment inclure l'arrêt de l'intoxication tabagique (et toutes les mesures qui peuvent y aider), le contrôle de pression artérielle, la prise en charge d'un éventuel diabète (facteur

notablement aggravant), le traitement des dyslipidémies athérogènes par les modifications diététiques mais aussi, chaque fois que nécessaire, par les traitements médicamenteux en utilisant préférentiellement les classes thérapeutiques et les molécules ayant fait la preuve de leur efficacité sur la prévention de la morbi-mortalité coronaire au cours d'essais cliniques contrôlés. Les mesures comportementales individuelles (modifications diététiques, activité physique régulière...) sont, dans la très grande majorité des cas, utiles.

Outre les dérivés nitrés, notamment à la demande, le traitement médicamenteux est constitué par les anti-agrégants plaquettaires, les bêtabloquants chaque fois que possible, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion notamment en cas d'insuffisance cardiaque. Pour tous ces médicaments, la preuve de leur efficacité en terme de morbi-mortalité artérielle est avérée. Les inhibiteurs du calcium peuvent être utilisés soit comme traitement anti-angineux adjuvant des bêtabloquants, soit, pour certains d'entre eux, en cas de contre indication aux bêtabloquants. En outre, le malade doit être bien prévenu de ne jamais interrompre son traitement médical brutalement sans avis médical et de toutes les manifestations susceptibles d'annoncer une poussée d'insuffisance coronaire aiguë justifiant un recours médical immédiat.

La prévention secondaire n'inclut pas un traitement systématique anxiolytique ou "tranquillisant" dont l'efficacité au long cours n'a pas été démontrée.

La maladie coronaire étant une maladie chronique et potentiellement évolutive, la révision de l'exonération du ticket modérateur n'est pas nécessaire, hormis le cas d'une remise en cause diagnostique.

3. Liste des actes et prestations de la maladie coronarienne

3.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients Tous les 3 mois si les facteurs de risque sont contrôlés
Cardiologue	Tous les patients Bilan initial puis 1 fois par an Plus souvent si aggravation ou nouvelle symptomatologie cardio-vasculaire, ou modification du traitement
Équipe spécialisée hospitalière	Investigation d'un angor devenant instable
Centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions	Aide au sevrage tabagique En cas d'échec du sevrage
Diététicien	Obésité (prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation. Prise en charge possible dans le cadre de structures hospitalières ou d'un réseau)
Chirurgien cardiaque	Nécessité de pontage

L'**éducation thérapeutique** constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient ayant une maladie coronarienne : intelligibilité de sa maladie et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- Une information, qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats.

- Une aide à l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, associée si besoin à un accompagnement spécialisé.
- Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.
- En cas d'excès de poids, une recherche de réduction pondérale, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il existe une stéatose associée.

Ces actions d'éducation thérapeutique requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des patients ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

Le recours aux associations de patients agréées est systématiquement proposé, le choix devant en rester au patient. Ces associations peuvent participer activement à l'éducation thérapeutique en informant, orientant, aidant, soutenant le patient et ses proches.

3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Hémogramme	Bilan initial et/ou aggravation d'un angor existant
Glycémie à jeun	En cas de diabète, se référer au guide de l'ALD 8
Surveillance biologique des traitements nécessités par la pathologie coronarienne, en respect de l'AMM Kaliémie, créatininémie	Patients traités en surveillance du traitement par IEC

3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Bilan initial puis tous les ans
Épreuve d'effort	Bilan initial puis tous les ans Proposée aux : - patients atteints d'angor stable, capables d'effectuer un test d'effort - patients diabétiques cumulant plus de 2 facteurs de risque CV (dépistage d'une ischémie myocardique silencieuse)
Holter ECG	Bilan initial Recherche de troubles du rythme et de signes d'ischémie myocardique.
Scintigraphie de perfusion	Proposée aux patients suivants : - patients incapables d'effectuer un ECG d'effort, ou chez lesquels le niveau d'effort atteint est insuffisant à la conclusion - patients dont l'ECG d'effort est ininterprétable (bloc de branche gauche, pace maker, hypertrophie ventriculaire gauche, préexcitation, traitement digitalique, arythmie complète/fibrillation auriculaire) - patients qui au décours de l'épreuve d'effort gardent une probabilité de maladie coronarienne intermédiaire - patients diabétiques cumulant plus de 2 facteurs de risque CV (dépistage d'une ischémie myocardique silencieuse) - À visée pronostique chez certains patients en complément du test d'effort

Actes	Situations particulières
Échocardiographie de stress	Proposée aux patients <ul style="list-style-type: none"> - incapables d'effectuer un ECG d'effort, - chez lesquels l'ECG d'effort est ininterprétable, - patients diabétiques cumulant plus de 2 facteurs de risque CV (dépistage d'une ischémie myocardique silencieuse) - À visée pronostique chez certains patients en complément du test d'effort
Échocardiographie	Bilan initial Ce n'est pas un examen diagnostique Il permet d'évaluer la fonction ventriculaire gauche et la cinétique segmentaire si elles n'ont pas été évaluées par ailleurs.
Coronarographie	<ul style="list-style-type: none"> - en première intention aux patients à haut risque clinique, dès qu'un épisode de déstabilisation est suspecté et ce d'autant qu'il existe des modifications électriques, - aux patients considérés comme à haut risque après un ECG d'effort, - aux patients à risque intermédiaire à l'ECG d'effort, à haut risque ou à risque intermédiaire après une échocardiographie de stress ou une scintigraphie myocardique d'effort ou après stress pharmacologique, - aux patients souffrant d'un angor d'effort invalidant.
Réadaptation cardiaque	Certains patients aux stades les plus sévères

3.4 Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques ¹	Situations particulières
<p>Traitements réduisant les événements cardio-vasculaires graves et la mortalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bêtabloquants dans le post-infarctus - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ayant l'AMM dans le post-infarctus - Anti-agrégants plaquettaires : <ul style="list-style-type: none"> o Acide acétylsalicylique, o ou clopidogrel en cas d'intolérance à l'acide acétylsalicylique o ou association acide acétylsalicylique – clopidogrel dans les suites d'un syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST. - ou association acide acétylsalicylique -prasugrel dans les suites d'un syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST traité par une intervention coronaire percutanée primaire ou retardée. 	<p>Traitement à vie pour l'ensemble des classes médicamenteuses à l'exception du clopidogrel (*).</p> <p>(prescription hors AMM)</p> <p>Le traitement par clopidogrel dans les suites d'une angioplastie avec pose de stent chez les patients angineux chroniques stables (hors post-SCA) est une prescription hors-AMM.</p> <p>Durée de traitement par prasugrel de 12 mois. Le prasugrel ne doit pas être prescrit chez les patients de 75 ans et plus et/ou de moins de 60 kg en raison d'un risque hémorragique accru</p>

¹ Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

Traitements pharmacologiques ¹	Situations particulières
<ul style="list-style-type: none"> - Statine 	<p>En prévention secondaire, un traitement par statine est proposé en cas de maladie coronarienne avérée pour atteindre une concentration plasmatique de LDL-C < 1g/l.</p>
<p>Traitements réduisant les symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trinitrine - inhibiteurs calciques ou dérivés nitrés à libération prolongée, notamment en cas de contre-indication aux bêtabloquants ou en cas d'inefficacité de ces derniers - autres anti-angineux dont les indications ont été validées par une AMM. 	

(*) Durée de traitement par clopidogrel variable selon le type de syndrome coronarien aigu :

- avec surélévation du segment ST :
 - avec thrombolyse ou sans revascularisation : 1 mois ;
 - avec pose de *stent* conventionnel ou pontage : 1 à 3 mois ;
 - avec pose de *stent* actif : au moins 12 mois.
- sans surélévation du segment ST :
 - avec pose de *stent* actif : au moins 12 mois ;
 - tous les autres cas : 12 mois.

4. Liste des actes et prestations « contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire »

4.1. Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients
Cardiologue	
Endocrinologue	
Centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions	Aide au sevrage tabagique En cas d'échec du sevrage
Diététicien	Obésité Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation (prise en charge possible dans le cadre de structures hospitalières ou d'un réseau)

L'**éducation thérapeutique** constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient ayant une maladie cardiovasculaire : intelligibilité de sa maladie et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- Une information, qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats.
- L'arrêt de la consommation d'alcool est recommandé.
- L'arrêt de la consommation de tabac est recommandé (ou sa diminution si arrêt complet non obtenu), associé si besoin à un accompagnement du sevrage
- En cas d'excès de poids, une réduction pondérale doit être recherchée, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie.

Ces actions d'éducation thérapeutique requièrent le concours de différents professionnels de santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des patients ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

4.2. Biologie

Examens	Situations particulières
Glycémie à jeun	Bilan initial Suivi
Microalbuminurie	Chez le diabétique
Créatininémie et calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockroft et Gault)	Bilan initial Suivi
Exploration d'une anomalie lipidique (CT, HDL-C, LDL-C, TG)	Bilan initial Suivi
Suivi biologique des traitements pharmacologiques, en respect de l'AMM : Kaliémie Créatininémie Dosage des transaminases Dosage des CPK	Patients traités En début de traitement par statine En cas d'apparition de symptômes musculaires inexplicables

4.3. Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Traitement de l'hypertension artérielle
Centre de réadaptation cardiaque	Certains patients aux stades les plus sévères

4.4. Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques ²	Situations particulières
<p>Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement antihypertenseur - Traitement hypolipémiant : <ul style="list-style-type: none"> o statines, o fibrates, o résines, o inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol o acide nicotinique. - Traitement antidiabétique - Aide au sevrage tabagique, dont éventuels recours aux : <p>Substituts nicotiniques,</p> <p>ou</p> <p>Aide médicamenteuse au sevrage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - varénicline - bupropion LP - Antiagrégant plaquettaire : acide acétylsalicylique 	<p>Se référer à la LAP de l'ALD 8 Diabète</p> <p>Prise en charge à caractère forfaitaire prévue par la législation</p> <p>Prise en charge à caractère forfaitaire prévue par la législation</p> <p>Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation</p>

² Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

HAS

Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr