

# SOMMAIRE

## **Prévention et prise en charge du risque cardiovasculaire les Hauts-de-Seine agissent**

Le communiqué de presse p. 2

## **Matinée Santé 2008**

Le programme p. 3

Les intervenants p. 6

## **Campagne de dépistage gratuit pour 250 000 personnes**

Pour qui et comment p. 8

Les facteurs de risque cardiovasculaire p. 9

Premiers constats p. 9

## **Résultats de la campagne de dépistage 2007**

Un taux de réponse important p. 10

Facteurs de risque et résultats médicaux p. 10

Représentation des facteurs de risque cardiovasculaire p. 11

Résultats médicaux par facteur de risque p. 12

Risque cardiovasculaire absolu à 10 ans p. 19

Evaluation du risque cardiovasculaire - haut, modéré et faible p. 20

Enquête de satisfaction sur la campagne de dépistage Hauts-de-Seine p. 21

Conclusion p. 22

# Prévention et prise en charge du risque cardiovasculaire

## Les Hauts-de-Seine agissent

La mortalité cardiovasculaire a fortement baissé entre 2000 et 2004 : - 15 %. Sur le long terme, depuis les années quatre-vingt, la baisse serait même de 50 %, grâce au traitement de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, du diabète et au progrès de la médecine d'urgence. Les spécialistes s'accordent pour reconnaître également les actions du dépistage et de la lutte contre le tabagisme.

En dépit de cette indéniable avancée, les décès cardiovasculaires représentent encore 29 % des décès en France, soit la **seconde cause de mortalité derrière les cancers**, et arrivent en tête chez les femmes (32 %) et les plus de 65 ans (33 %).

Ce déclin de mortalité s'accompagne d'une augmentation inverse d'accidents non mortels, cardiaques et vasculaires cérébraux et périphériques.

La prévention cardiovasculaire doit donc être renforcée, notamment par la promotion d'une nouvelle stratégie de dépistage et de traitement des sujets à « haut risque cardiovasculaire ».

La caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine, à l'initiative d'une campagne de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire sur le département depuis 2006, souhaite sensibiliser les acteurs locaux à cet enjeu de santé publique lors de la *Matinée Santé 2008* sur ***La prise en charge du risque cardiovasculaire***.

Quel est le rôle du médecin traitant dans la prévention des maladies cardiovasculaires ?  
Quel type de coordination entre médecine de ville et l'hôpital serait efficace dans la prise en charge des affections cardiovasculaires ?

Tous les résultats de la campagne de dépistage sur les Hauts-de-Seine et débats d'experts (généralistes, cardiologues, libéraux et hospitaliers, chercheurs...) le :

**Jeudi 2 octobre 2008**

Matinée Santé

***La prise en charge du risque cardiovasculaire***

Placée sous le Haut Patronage du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Centre de conférences Cœur Défense - Parvis de la Défense  
animé par Bruno Tilliette, journaliste

**Contact presse CPAM**

**Marinette BARRET : 01 78 66 11 72**

# **Le programme de la Matinée Santé 2008**

## ***La prise en charge du risque cardiovasculaire***

### **Introduction par Gérard LABRUNE, président de la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine**

La caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine se positionne en acteur de prévention du département, en partenariat avec les professionnels de santé, considérant que l'accès aux soins et à la prévention doit être offert à tous les citoyens.

L'objectif est de faire émerger une dynamique départementale de prévention en permettant aux médecins traitants de s'associer au dispositif.

Mais au-delà, cette meilleure structuration des soins de ville doit s'articuler avec les soins hospitaliers. C'est ce que la caisse a entrepris, en collaboration avec le Professeur Olivier Dubourg, chef de service à l'Hôpital Amboise Paré de Boulogne-Billancourt depuis deux ans.

Il convient à terme, d'offrir aux assurés une prise en charge qui devra intégrer la prévention, les soins et les suites telles que l'accompagnement ou l'éducation thérapeutique. L'optimisation de cette offre doit se construire autour d'une coordination des intervenants et de leur complémentarité.

### **Table ronde 1 : le rôle du médecin traitant dans la prévention du risque cardiovasculaire**

#### **Dr Vanina BONGARD, INSERM, enseignante en santé publique**

En 25 ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué en France de plus de 50 % et représente la seconde cause de mortalité derrière les cancers. Cette décroissance résulte de la diminution de la létalité et de l'incidence qui traduit une amélioration tant de la prise en charge de la phase aiguë de la maladie que des stratégies de prévention.

La réduction du risque cardiovasculaire par le contrôle des facteurs de risque a été identifiée comme une priorité de la loi de santé publique.

Les maladies cardiovasculaires sont parfaitement adaptées au dépistage et à la prévention puisqu'il s'agit de pathologies graves et fréquentes, sources d'un coût humain et financier important.

## **Dr Jean-Louis CHERABIEH, généraliste libéral**

Quel rôle pour le médecin généraliste ?

Des stratégies de prévention différenciées :

- La prévention de l'enfance à l'adolescence
- Le dépistage chez le jeune adulte
- Le dépistage de l'adulte d'environ 40 ans
- La prise en charge de la maladie cardiovasculaire et la difficulté en matière d'HTA.

## **Dr Jean-François VITOUX, cardiologue libéral**

La lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaire représente un challenge partagé par tous les acteurs de santé.

Chaque métier de la santé est concerné par le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque. Chacun doit pouvoir évoquer le problème du tabac et du surpoids. Chacun doit pouvoir conseiller un dépistage du diabète et des dyslipidémies. Chacun doit pouvoir orienter les patients vers un meilleur équilibre nutritionnel et vers une amélioration des habitudes physiques.

Ce n'est qu'à cette condition que la prise en charge globale pourra se faire par le médecin traitant, en collaboration étroite avec le cardiologue qui, lui aussi, est directement concerné par la prévention primaire des maladies cardiovasculaires et qui ne saurait se contenter de prendre en charge seulement la maladie installée.

## **Pr Olivier DUBOURG, chef du service cardiologie de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt**

La caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine, en partenariat avec le service cardiologie de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt et les biologistes du département, offre aux assurés (femmes de 55 à 70 ans et hommes de 45 à 60 ans) un dépistage gratuit des facteurs de risques accompagné de séances d'information santé : résultats et constats...

- Comment le dépistage est-il organisé ?
- Quels sont les facteurs de risques dépistés ?
- Focus sur l'apnée du sommeil et l'obésité abdominale.
- Le calcul du risque cardiovasculaire de la population dépistée.
- Le retour d'information des médecins traitants.

## **Table ronde 2 : la coordination ville-hôpital dans la prise en charge des affections cardiovasculaires**

### **Dr Gilles FREDERIC-MOREAU, médecin généraliste, réseau ASDES**

Quels intérêts d'un réseau dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ?

L'exemple du réseau ASDES-Accès aux Soins, Accès aux Droits et Education à la santé.

La nature du réseau ASDES et la population prise en charge : Le réseau a pour objet de faciliter l'accès aux soins pour les populations vulnérables afin de dépister et de prévenir au mieux l'apparition de pathologies et leurs complications.

L'action du réseau : le repérage et le suivi des maladies cardiovasculaires concernent le plus grand nombre de patients inclus dans le réseau.

## **Dr Hakim Ben AMER, chef du service cardiologie de l'hôpital Foch à Suresnes**

La trajectoire de soins ville/hôpital : comment se concrétisent les échanges entre la ville et l'hôpital ?

## **Dr Alain GUIOMARD, cardiologue, délégué départemental de la fédération française de cardiologie**

La relations ville/hôpital : un mal nécessaire ? Quelle est la problématique ? Pourquoi communiquer et quels sont les freins à la communication ? Quel est le point de vue de la fédération française de cardiologie ?

## **Dr Marc DUVOUX, médecin-conseil de l'Assurance Maladie**

L'implication du service médical de l'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine en matière de prise en charge du risque cardiovasculaire : les échanges confraternels auprès des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et des praticiens hospitaliers (médecins et internes).

## **Conclusion par Alain BOUREZ, directeur général de la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine**

Les rencontres santé lancées depuis un an doivent permettre de travailler en synergie avec les acteurs de la santé du département sur des thématiques de prévention ou de santé publique.

Il s'agit de développer une culture de prévention impliquant tous les acteurs, assurés, professionnels de santé et Assurance Maladie ; le médecin traitant apparaît naturellement comme le pivot du parcours de prévention du patient.

En 2007, la caisse s'est fortement mobilisée autour de la nutrition et la prévention de l'obésité en lançant un plan de lutte contre l'obésité.

Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire se situe dans le prolongement des opérations nutrition et de la lutte contre la sédentarité.

La conception de la prévention en matière de santé publique de la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine se situe dans une perspective globale et non parcellisée.

## Les intervenants



### **Gérard LABRUNE**

Président de la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine depuis 2001, il a été élu secrétaire général de la CFE-CGC en 2006.

Il a mené une très large partie de sa carrière professionnelle dans le secteur bancaire. Il a été secrétaire général et président national du SNB (Syndicat National de la banque).

### **Dr Vanina BONGARD**

Maître de conférences des Universités, praticien hospitalier, elle est médecin de santé publique et enseignante en santé publique et épidémiologie au CHU de Toulouse – Université Toulouse III Paul Sabatier. Elle pratique l'activité de recherche en épidémiologie cardiovasculaire (INSERM U558) et l'activité clinique de prévention des facteurs de risque de l'athérosclérose (unité de prévention de l'athérosclérose, CHU de Toulouse).



### **Pr Olivier DUBOURG**

Professeur des Universités, il est praticien hospitalier et chef de service à l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt. Il y est également responsable médical du pôle radio-cardiovasculaire.

Il est membre de nombreuses sociétés scientifiques dont la Société Française de Cardiologie en tant que président de la commission Recommandation.



### **Dr Jean Louis CHERABIEH**

Généraliste depuis 1994, il est également spécialiste en médecine interne.

Directeur du pôle santé chez Caritas Liban de 1987 à 1992, il fut praticien à l'hôpital Libanais de 1986 à 1993 et chef de service de la médecine du travail à l'hôtel Dieu de France (Liban). Il a également été président de l'Amicale de Nanterre de 2005 à 2007.



### **Dr Jean-François VITOUX**

Cardiologue libéral, il est également spécialiste en médecine interne et en médecine vasculaire. Il est d'ailleurs, dans ces domaines, expert clinicien auprès du Ministère de la santé. Il est aussi diplômé de médecine aéronautique et de cardiologie du sport.

### **Dr Alain GUIOMARD**

Ancien chef de service de cardiologie médicale à l'hôpital Foch à Suresnes, il est actuellement délégué départemental de la Fédération Française de cardiologie.



### **Dr Hakim Ben AMER**

Chef du service cardiologie de l'hôpital Foch à Suresnes, il détient un DEA de physiologie et physiopathologie cardio-circulatoire. Il est également diplômé d'électrocardiographie et de d'échographie cardiaque.



### **Dr Gilles FREDERIC-MOREAU**

Médecin généraliste installé à Nanterre depuis novembre 1989, il est, depuis 2002, membre du réseau ASDES (Accès aux Soins, Accès aux Droits et Education à la santé). Il fut, de 1985 à 1989 médecin urgentiste à domicile au sein des Urgences Médicales de Paris.



### **Dr Marc DUVOUX**

Médecin généraliste de 1974 à 1984, il est, depuis lors, médecin conseil de l'Assurance Maladie, à Nanterre depuis juin 1994.



### **Alain BOUREZ**

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004, il est directeur général de la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine. Après avoir occupé des fonctions de cadre à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés, il a été nommé directeur adjoint de la caisse primaire d'Assurance Maladie de Laval. En 1978, il intègre la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) où il a assuré des fonctions de sous-directeur, directeur adjoint et Agent comptable.

## Campagne de dépistage gratuit pour 250 000 personnes

L'un des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 est la réduction de la morbidité cardiovasculaire.

C'est dans cette optique que la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine a initié, en mai 2006, le dépistage gratuit des facteurs de risque cardiovasculaire, accompagné de séances d'information santé, en partenariat avec le service cardiologie de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt et les biologistes du département.

Cette action, placée sous l'autorité scientifique du Pr Olivier Dubourg, chef du service de cardiologie de l'hôpital Ambroise Paré, vise à sensibiliser la population aux maladies cardiovasculaires par un simple **dépistage des principaux facteurs de risque**. La plupart de ces facteurs peuvent être modifiés, soit par un traitement médicamenteux, soit plus fréquemment par un changement de comportement. Ses visées sont donc avant tout pédagogiques.

Elle est déployée, avec la coopération des municipalités, à Boulogne-Billancourt, Châtillon, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Nanterre, Le Plessis-Robinson, et Suresnes. En 2008, deux nouveaux sites ont été ouverts à Bagneux et Colombes.

### Pour qui et comment

Le dépistage est offert gratuitement aux **femmes de 55 à 70 ans et aux hommes de 45 à 60 ans, et concerne près de 250 000 personnes dans les Hauts-de-Seine**.

Il se déroule en plusieurs étapes :

- envoi d'un questionnaire d'auto-évaluation aux personnes concernées,
- envoi d'une invitation accompagnée d'un bon de prise en charge pour les dosages biologiques nécessaires au dépistage,
- réalisation du bilan sanguin dans un laboratoire qui a adhéré au dispositif, choisi par l'assuré, pris en charge par la CPAM 92,
- consultation de dépistage par un médecin vacataire de la caisse,
- séance d'information sanitaire.

À l'issue de la consultation de dépistage, les résultats sont remis au patient et, avec son accord, à son médecin traitant.

Toutes ces étapes ont débouché sur une enquête de satisfaction réalisée « à froid », entre trois à six mois après la consultation, par téléphone sur un échantillon représentatif.

## Les facteurs de risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire susceptibles d'être plus ou moins corrigés sont :

- le tabagisme,
- les dyslipidémies,
- l'hypertension artérielle,
- le diabète,
- l'obésité,
- la sédentarité,
- les syndromes d'apnée du sommeil.

On ne peut pas intervenir sur les autres facteurs que sont l'âge, le sexe, les antécédents personnels, les antécédents familiaux.

**La stratégie générale de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire est la suivante :**

- Individualiser la présence de ces facteurs de risque.
- Estimer le risque global d'accident cardiovasculaire du patient considéré en fonction de l'association éventuelle de plusieurs facteurs de risque sachant que la progression du risque est directement liée au nombre de facteurs de risque cardiovasculaire.
- Elaborer des stratégies de prévention chez les patients dont le risque cardiovasculaire est élevé.

## Premiers constats

**Près de 50 % des personnes dépistées présentent au moins 2 facteurs de risque.**

De 2006 à 2008, **7 500** assurés des Hauts-de-Seine ont bénéficié du dépistage cardiovasculaire.

Il a mis en évidence la présence de facteurs de risque importants : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémies.

Ainsi, **10 % des patients consultés, présentaient un haut risque :**

- cholestérol total  $\geq 3,2$  g/l
- LDL cholestérol  $\geq 2,4$  g/l
- Pression artérielle  $\geq 180/110$  mm Hg
- Diabète de type 1 ou 2

Près de **50 %** des personnes dépistées présentaient au moins **2** facteurs de risque dont l'obésité abdominale (38 %), les dyslipidémies (20 %), le tabac (21 %), l'hypertension artérielle (20 %), l'obésité (20 %) et le diabète (3 %).

Au terme de ce dépistage, il a été constaté que près de 2 patients sur 3 ont consulté leur médecin traitant, ce qui constitue un résultat encourageant.

## Résultats de la campagne de dépistage 2007

### Un taux de réponse important

21 % des personnes invitées au dépistage ont souhaité bénéficier d'une consultation dans ce cadre. Ainsi 3 353 assurés ont-ils été reçus lors de plus de 400 demi-journées de dépistage. Des séances individuelles d'information santé ont été proposées aux assurés et 942 d'entre eux en ont bénéficié selon leur souhait.

La question la plus fréquemment traitée au cours de ces entretiens individuels suivant le dépistage concerne les dyslipidémies.

### Facteurs de risque et résultats médicaux

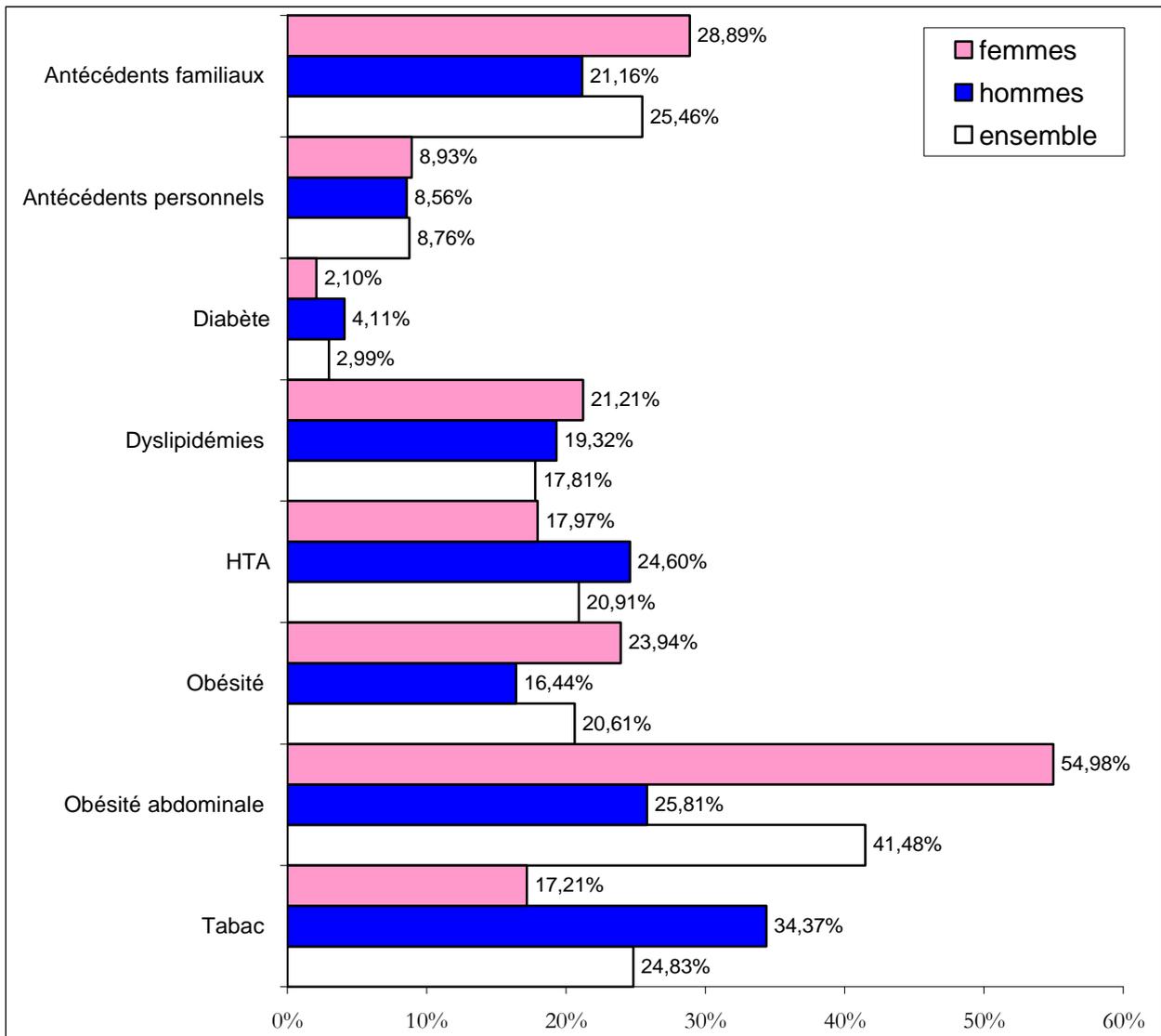
| Facteurs de risque       | Ensemble             | Hommes               | Femmes               |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Antécédents personnels * | 8,76 %<br>(5,2 %)    | 8,56 %<br>(4,5 %)    | 8,93 %<br>(5,7 %)    |
| Antécédents familiaux ** | 25,46 %<br>(23,8 %)  | 21,16 %<br>(19,5 %)  | 28,89 %<br>(27,3 %)  |
| Dyslipidémies            | 19,32 %              | 21,21 %              | 17,81 %              |
| Diabète dépisté          | 2,99 %<br>(2,9 %)    | 4,11 %<br>(3,8 %)    | 2,10 %<br>(2,2 %)    |
| HTA dépistée             | 20,91 %<br>(19,1 %)  | 24,60 %<br>(19,7 %)  | 17,97 %<br>(18,7 %)  |
| Obésité                  | 20,61 %<br>(17,0 %)  | 16,44 %<br>(12,6 %)  | 23,94 %<br>(20,5 %)  |
| Obésité abdominale       | 41,48 %<br>(34,5 %)  | 25,81 %<br>(18,59 %) | 54,98 %<br>(47,06 %) |
| Tabac                    | 24,83 %<br>(23,66 %) | 34,37 %<br>(36,28 %) | 17,21 %<br>(13,63 %) |

Chiffres entre parenthèse : résultats 2006

\* personnes qui souffrent déjà d'une maladie cardiovasculaire ou qui ont déjà eu un accident cardiaque ou vasculaire cérébral; elles présentent un risque élevé de récurrence.

\*\* personnes dont un des membres directs de la famille (père, mère, frère, sœur) est atteint de maladie cardiovasculaire : infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un frère, ou avant 65 ans chez la mère ou une sœur ; accident vasculaire cérébral chez un membre de la famille avant 45 ans.

## Représentation des facteurs de risque cardiovasculaire



Hors facteurs de risque liés aux antécédents personnels et familiaux, sur lesquels nul ne peut agir, on note des variations en fonction du sexe qui sont cependant le reflet des tranches d'âge dépistées.

Pour les femmes de l'échantillon dépisté, les facteurs de risques les plus fréquents sont les obésités et l'hypertension artérielle dont la prévalence augmente avec l'âge.

Pour les hommes, le facteur de risque le plus fréquent est le tabac, les autres facteurs de risque étant assez équitablement répartis.

| Nombre de facteurs de risque dépistés | Ensemble | Hommes  | Femmes  |
|---------------------------------------|----------|---------|---------|
| 0                                     | 27,85 %  | 32,21 % | 24,37 % |
| 1                                     | 30,39 %  | 30,66 % | 30,18 % |
| 2                                     | 22,38 %  | 19,61 % | 24,58 % |
| 3                                     | 12,08 %  | 10,38 % | 13,45 % |
| 4                                     | 5,74 %   | 5,46 %  | 5,97 %  |
| 5                                     | 1,41 %   | 1,62 %  | 1,24 %  |
| 6                                     | 0,15 %   | 0,07 %  | 0,22 %  |

**42 % des assurés présentent au moins deux facteurs de risque.**

Parmi les facteurs de risque sur lesquels on peut intervenir, le plus fréquent est l'hypertension artérielle suivie par les dyslipidémies.

Les autres facteurs de risque fréquents tels que l'obésité peuvent, comme les dyslipidémies, être modifiés par des interventions d'éducation pour la santé.

## Résultats médicaux par facteur de risque

### LE TABAGISME

|                                                                      | Ensemble                           | Hommes                             | Femmes                             |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Au moins 1 cigarette/jour</b><br>Modalité de recueil : déclaratif | <b>24,83 %</b><br><i>(23,66%)*</i> | <b>34,37 %</b><br><i>(36,28%)*</i> | <b>17,21 %</b><br><i>(13,63%)*</i> |

*\*Résultats 2006*

Selon le Professeur Dautzenberg <sup>(1)</sup>, « alors que la surveillance mensuelle de l'interdiction totale de fumer depuis le 1<sup>er</sup> février 2007 avait montré une baisse très significative de l'exposition à la fumée dans les locaux concernés mais sans effets sur la consommation de tabac et quasiment pas d'effets sur la santé, l'interdiction de fumer montre une baisse brutale – de l'ordre de 15 % en première approximation – du taux d'infarctus du myocarde et du taux d'accidents vasculaires cérébraux (...)».

Lors de la consultation de dépistage et/ou de la séance d'information en santé, les assurés concernés par ce facteur de risque sont informés qu'ils peuvent bénéficier, depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, des mesures incitatives d'accompagnement à l'arrêt du tabac de l'Assurance Maladie. Elle rembourse, pour un montant maximum de 50 € par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiques.

(1) *Bertrand Dautzenberg est professeur de pneumologie au CHU Pitié-Salpêtrière à Paris. Il fait partie de nombreux organismes de prévention du tabagisme dans les entreprises, les lycées, les hôpitaux... Il préside aussi l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT).*

## LES DYSLIPIDEMIES

Définition : modification qualitative ou quantitative d'un ou plusieurs paramètres des lipides sériques. La dyslipidémie athérogène correspond à une ou plusieurs des anomalies suivantes : hypercholestérolémie, diminution du HDL-cholestérol, augmentation du LDL-cholestérol (*Anaes, octobre 2000*).

Modalité de mesure : dosage biologique sur un sujet à jeun depuis 12 heures.

### 1 - Cholestérol total

L'hypercholestérolémie en France correspond à un taux de cholestérol total supérieur ou égal à 2 g/l.

|                             | <b>Ensemble</b>                    | <b>Hommes</b>  | <b>Femmes</b>  |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Inférieur à 2 g/l</b>    | <b>31,34 %</b><br><i>(31,02 %)</i> | <b>35,69 %</b> | <b>27,86 %</b> |
| <b>Entre 2 à 2,5 g/l</b>    | <b>48,30 %</b><br><i>(47,48 %)</i> | <b>47,07 %</b> | <b>49,27 %</b> |
| <b>Entre 2,5 à 3,19 g/l</b> | <b>19,62 %</b><br><i>(19,50 %)</i> | <b>16,70 %</b> | <b>21,95 %</b> |
| <b>Supérieur à 3,2 g/l</b>  | <b>0,75 %</b><br><i>(2 %)</i>      | <b>0,54 %</b>  | <b>0,91 %</b>  |

### 2 - Triglycérides

La limite de référence des triglycérides est inférieure à 1,50 g/l.

Prévalence des triglycérides dans la population dépistée

|                            | <b>Ensemble</b>                    | <b>Hommes</b>  | <b>Femmes</b>  |
|----------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Inférieur à 1,5 g/l</b> | <b>78,72 %</b><br><i>(81,06 %)</i> | <b>71,29 %</b> | <b>84,62 %</b> |
| <b>Entre 1,5 à 2 g/l</b>   | <b>12,32 %</b><br><i>(11,35 %)</i> | <b>15,03 %</b> | <b>10,17 %</b> |
| <b>Entre 2 à 5 g/l</b>     | <b>8,51 %</b><br><i>(7,43 %)</i>   | <b>13,07 %</b> | <b>4,90 %</b>  |
| <b>Supérieur à 5 g/l</b>   | <b>0,45 %</b><br><i>(0,16 %)</i>   | <b>0,61 %</b>  | <b>0,32 %</b>  |

### 3 - HDL cholestérol

Si la valeur du HDL cholestérol est inférieure à 0,4 g/l, c'est un facteur de risque. A contrario, c'est un facteur protecteur si sa valeur est supérieure à 0,6 g/l.

#### *Prévalence des HDL cholestérol dans la population dépistée*

|                              | <b>Ensemble</b>                    | <b>Hommes</b>  | <b>Femmes</b>  |
|------------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Inférieur à 0,40 g/l</b>  | <b>7,39 %</b><br><i>(6,55 %)</i>   | <b>12,93 %</b> | <b>2,96 %</b>  |
| <b>Entre 0,40 à 0,60 g/l</b> | <b>46,80 %</b><br><i>(41,89 %)</i> | <b>62,29 %</b> | <b>34,43 %</b> |
| <b>Supérieur à 0,60 g/l</b>  | <b>45,81 %</b><br><i>(51,56 %)</i> | <b>24,78 %</b> | <b>62,61 %</b> |

### 4 - LDL cholestérol

Il peut être mesuré par des techniques d'ultracentrifugation. En pratique courante, il ne peut être évalué actuellement que par la formule de Friedewald à partir des valeurs du cholestérol total, du HDL cholestérol et des triglycérides.

Pour être normale, la valeur doit être inférieure à 1,6 g/l.

| <b>LDL cholestérol</b>     | <b>Ensemble</b>                    | <b>Hommes</b>  | <b>Femmes</b>  |
|----------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Inférieur à 1 g/l</b>   | <b>16,87 %</b><br><i>(11,91 %)</i> | <b>17,64 %</b> | <b>16,25 %</b> |
| <b>Entre 1 à 1,3 g/l</b>   | <b>31,43 %</b><br><i>(28,54 %)</i> | <b>30,24 %</b> | <b>32,38 %</b> |
| <b>Entre 1,3 à 1,6 g/l</b> | <b>30,44 %</b><br><i>(32,45 %)</i> | <b>30,98 %</b> | <b>30,02 %</b> |
| <b>Entre 1,6 à 2,4 g/l</b> | <b>20,93 %</b><br><i>(26,14 %)</i> | <b>21,08 %</b> | <b>20,82 %</b> |
| <b>Supérieur à 2,4 g/l</b> | <b>0,33 %</b><br><i>(0,96 %)</i>   | <b>0,07 %</b>  | <b>0,54 %</b>  |

« Le risque cardiovasculaire dépend du nombre de facteurs de risque associés : il convient donc d'évaluer le risque cardiovasculaire global en dénombrant les facteurs de risque, de traiter la dyslipidémie par un régime hygiéno-diététique pendant 3 mois au minimum, qui, après ce délai, sera associé au traitement médicamenteux si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint.

La diététique, classiquement parent pauvre du traitement hypolipémiant, doit être reconsidérée comme une thérapeutique à part entière : traitement efficace et peu coûteux, constituant en prévention primaire, la première étape indispensable de la prise en charge thérapeutique d'une dyslipidémie, ses points d'impact sont multiples et ses bénéfices vont bien au-delà de l'évolution des simples chiffres biologiques.»

*(réf. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, mars 2005)*

## L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)

Selon les seuils fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé, la tension artérielle est considérée comme normale :

- si la pression artérielle systolique (PAS) est inférieure à 140 millimètres de mercure (Hg),
- et si la pression artérielle diastolique (PAD) est inférieure à 90 mmHg.

Le lien entre niveau tensionnel et risque cardiovasculaire est continu, sans effet de seuil. L'hypertension artérielle systolique apparaît plus délétère que l'hypertension artérielle diastolique.

Les grandes études épidémiologiques montrent que l'HTA est corrélée étroitement avec le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral.

En outre, pour les sujets diabétiques, la tension artérielle est considérée comme facteur de risque pour des valeurs de PAS supérieure à 130 mmHg ou de PAD supérieure à 80 mmHg.

Modalité de mesure : Avec un tensiomètre ou sphygmomanomètre

**Résultats :** 23,45 % de la population dépistée était traitée pour une hypertension artérielle. On remarque que plus de 50 % de ces sujets déjà traités pour une hypertension artérielle n'étaient pas normalisés (45 %).

Le facteur de risque *hypertension artérielle* a été dépisté chez 21 % de la population totale avec un fort écart entre les hommes et les femmes.

« Dans un contexte de forte augmentation du nombre de patients traités pour HTA, d'intensification des traitements et de prise en charge plus précoce des facteurs de risque cardiovasculaire, la mortalité cardiovasculaire a fortement baissé entre 2000 et 2004 (-15 %). Sur le long terme, depuis les années quatre-vingt, la baisse serait même de 50 %. La baisse de la mortalité cardiovasculaire rapportée en France comme dans les autres pays industrialisés depuis plusieurs décennies ne serait expliquée que partiellement (environ 50 % de l'évolution observée) par la prise en charge médicale (incluant l'augmentation du nombre de personnes traitées par médicaments), les 50 % restants provenant de changements comportementaux (alimentation, sédentarité, tabagisme, alcoolisme...) observés dans ces populations. Mais la prise en charge plus intensive du risque cardiovasculaire entraîne un coût plus élevé du traitement médicamenteux. »

(réf : Points de repère n° 10 - octobre 2007 CNAMTS - Hypertension artérielle et facteurs de risque associés: évolutions des traitements entre 2000 et 2006)

## LE DIABETE

Il se caractérise par une glycémie (taux de sucre dans le sang) supérieure à 1,26 g/l à jeun (la valeur normale étant comprise entre 0,8 et 1,10 g/l).

Le diabète multiplie globalement le risque de maladie coronaire par 2,5 à 3. Par exemple, la mortalité coronarienne est aussi élevée chez un diabétique n'ayant pas fait d'infarctus que chez un non diabétique après un infarctus du myocarde.

Modalité de mesure : Dosage biologique sur un sujet à jeun depuis 8 heures

|                             | <b>Ensemble</b> | <b>Hommes</b> | <b>Femmes</b> |
|-----------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| <b>Diabète (antécédent)</b> | <b>7,84 %</b>   | <b>6,81 %</b> | <b>8,66 %</b> |
| <b>Diabète (dépisté)</b>    | <b>2,99 %</b>   | <b>4,11 %</b> | <b>2,10 %</b> |

Il est à noter que plus de 60 % des assurés se déclarant diabétiques sont considérés comme tels le jour de la consultation.

### Prévalence du diabète dans la population dépistée

|                       | <b>Ensemble</b>                    | <b>Hommes</b>  | <b>Femmes</b>  |
|-----------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| Supérieur à 1,26 g/l  | <b>7,42 %</b><br><i>(6,55 %)</i>   | <b>8,01 %</b>  | <b>6,94 %</b>  |
| Entre 1,10 à 1,26 g/l | <b>11,69 %</b><br><i>(10,15 %)</i> | <b>14,21 %</b> | <b>9,68 %</b>  |
| Inférieur à 1,10 g/l  | <b>80,89 %</b><br><i>(83,29 %)</i> | <b>77,78 %</b> | <b>83,38 %</b> |

### Glycémie par classe d'âge et sexe de la population dépistée

|        |            | <b>Supérieure à<br/>1,26 g/l</b> | <b>Entre<br/>1,10 à 1,26 g/l</b> | <b>Inférieure<br/>à 1,10 g/l</b> |
|--------|------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Hommes | 45-54 ans  | <b>6,5 %</b>                     | <b>12,6 %</b>                    | <b>80,9 %</b>                    |
|        | 55 et plus | <b>10,4 %</b>                    | <b>17,1 %</b>                    | <b>72,5 %</b>                    |
| Femmes | 55-64 ans  | <b>6,5 %</b>                     | <b>10,3 %</b>                    | <b>83,3 %</b>                    |
|        | 65 et plus | <b>8,55 %</b>                    | <b>8,55 %</b>                    | <b>82,9 %</b>                    |

« En 2005, le taux de prévalence du diabète traité, en France métropolitaine, sur la population protégée par le régime général, était de 3,6 % ( $\pm$  0,1). Sur la population métropolitaine tous régimes, ce taux était de 3,8 %. L'augmentation annuelle moyenne, entre 2000 et 2005, était de 5,7 %, dont 0,7 point dû au vieillissement de la population.

En 2005, le taux de prévalence maximum était constaté dans la classe d'âge 70 à 79 ans, avec 17,7 % chez les hommes et 11,5 % chez les femmes. Sur les six années étudiées, le taux annuel de décès était de 2,3 % ( $\pm$  0,1), avec un âge moyen au décès de 75,2 ans. »

La loi de santé publique a pour objectif notamment d'améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète.

Aussi, dans le cadre de cette campagne, une attention plus particulière sera portée aux assurés se déclarant diabétiques mais qui présentent toujours une glycémie supérieure à 1,26 g/L le jour de la consultation de dépistage des facteurs de risque afin de les aider dans l'observance de leur traitement.

*(réf. « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? », Pratiques et Organisation des Soins, CNAMTS, vol. 38, n°1, janvier-mars 2007)*

## L'OBESITE

L'OMS a défini l'indice de masse corporelle (IMC - aussi appelé indice de Quetelet) comme standard pour évaluer les risques liés au surpoids chez l'adulte. Il a également défini des intervalles standards (maigreur, indice normal, surpoids, obésité) en se fondant sur la relation constatée statistiquement entre IMC et taux de mortalité. Cet indice est surtout utile pour mettre en évidence l'augmentation des facteurs de risque.

Modalité de calcul :  $IMC = \text{masse en kg}/(\text{taille en m})^2$

### Répartition de la population dépistée selon l'IMC

|                          | <b>Interprétation</b> | <b>Ensemble</b>             | <b>Hommes</b>               | <b>Femmes</b>               |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Inférieur à 18,5</b>  | maigreur              | 1,76 %<br><i>(1,92 %)</i>   | 1,21 %<br><i>(0,72 %)</i>   | 2,21 %<br><i>(2,87 %)</i>   |
| <b>Entre 18,51 et 25</b> | corpulence normale    | 39,22 %<br><i>(45,88 %)</i> | 36,25 %<br><i>(42,42 %)</i> | 41,58 %<br><i>(48,64 %)</i> |
| <b>Entre 25,01 et 30</b> | surpoids              | 38,41 %<br><i>(35,25 %)</i> | 46,09 %<br><i>(44,22 %)</i> | 32,28 %<br><i>(28,12 %)</i> |
| <b>Entre 30,01 et 35</b> | obésité modérée       | 15,20 %<br><i>(12,39 %)</i> | 13,88 %<br><i>(10,83 %)</i> | 16,25 %<br><i>(13,63 %)</i> |
| <b>Entre 35,01 et 40</b> | obésité sévère        | 4,10 %<br><i>(3,52 %)</i>   | 2,22 %<br><i>(1,08 %)</i>   | 5,59 %<br><i>(5,45 %)</i>   |
| <b>Supérieur à 40</b>    | obésité morbide       | 1,32 %<br><i>(1,04 %)</i>   | 0,34 %<br><i>(0,72 %)</i>   | 2,1 %<br><i>(1,29 %)</i>    |

« La loi de santé publique prévoit de réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes, en passant de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS). Cet objectif est identique à l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Il repose sur la description de l'évolution des fréquences du surpoids et de l'obésité, qui constituent, ensemble, la surcharge pondérale. Celle-ci correspond à un excès de masse grasse associé à un risque accru de morbidité et de mortalité. La surcharge pondérale est définie, selon les références de l'OMS, par un Indice de Masse Corporelle [IMC : poids (kg)/taille (m<sup>2</sup>)] supérieur ou égal à 25, le surpoids correspondant à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30. En 2003, d'après l'enquête ObEpi, 42 % des adultes étaient en surcharge pondérale dont 11,3 % obèses. »

*(réf L'état de santé de la population en France 2006 - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique Ministère de la santé)*

## L'OBESITE ABDOMINALE

L'obésité abdominale correspond à une accumulation de graisse au niveau du tissu adipeux abdominal et des organes viscéraux (foie, intestins, pancréas).

L'obésité abdominale peut être le témoin d'un syndrome métabolique (l'hypercholestérolémie, l'insulinorésistance, l'hypertension artérielle...).

En fonction du tour de taille, on parle d'obésité abdominale si, pour un homme, le tour de taille est supérieur à 102 cm et supérieur à 88 cm pour une femme.

| Tour de taille            | Hommes                             | Femmes                             |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>h&gt;102 - f&gt;88</b> | <b>25,81 %</b><br><i>(18,59 %)</i> | <b>54,98 %</b><br><i>(47,06 %)</i> |

Cet indicateur paraît, à certains, dorénavant plus légitime que l'IMC car il permet de mesurer la proportion de masse grasseuse corporelle et semble être un facteur de risque plus fiable.

## Risque cardiovasculaire absolu à 10 ans

Le calcul du risque cardiovasculaire absolu à 10 ans est effectué selon la formule de Framingham adaptée à la population française. C'est le pourcentage de risque pour un sujet de faire un accident coronarien dans les 10 ans.

| Risque absolu à 10 ans    | Ensemble                           | Hommes                             | Femmes                             |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Inférieur à 10 %</b>   | <b>91,66 %</b><br><i>(93,05 %)</i> | <b>85,85 %</b><br><i>(87,55 %)</i> | <b>96,29 %</b><br><i>(97,42 %)</i> |
| <b>Entre 10 % et 20 %</b> | <b>7,92 %</b><br><i>(6,95 %)</i>   | <b>13,54 %</b><br><i>(12,45 %)</i> | <b>3,44 %</b><br><i>(2,58 %)</i>   |
| <b>Supérieur à 20 %</b>   | <b>0,42 %</b><br><i>(0 %)</i>      | <b>0,61 %</b><br><i>(0 %)</i>      | <b>0,27 %</b><br><i>(0 %)</i>      |

On note une forte disparité entre les hommes et les femmes, comme en 2006.

Il convient toutefois de signaler que 14 assurés présentent un risque absolu à 10 ans supérieur à 20 %, alors qu' en 2006, aucun dépisté n'avait dépassé ce seuil.

## Evaluation du risque cardiovasculaire - haut, modéré et faible

### a) Un haut risque cardiovasculaire est défini par :

un risque absolu à 10 ans supérieur à 20 %, ou un niveau élevé d'un seul de ces facteurs de risque

- Cholestérol total  $\geq 3,2$  g/l
- LDL Cholestérol  $\geq 2,4$  g/l
- Pression artérielle  $\geq 180/110$  mmHg
- Diabète de type 1 ou 2 avec microalbuminurie

### b) Un risque cardiovasculaire modéré est défini par :

un risque absolu à 10 ans entre 10 et 20 % ou un autre facteur :

- Pression artérielle comprise entre 140/90 mmHg et 180/110 mmHg
- Glycémie comprise entre 1,10 g/l et 1,26 g/l
- Dyslipidémie modérée

### c) Un risque cardiovasculaire faible est défini par :

un risque absolu à 10 ans inférieur à 10 %

| <b>Evaluation du risque cardiovasculaire</b> | <b>Ensemble</b>            | <b>Hommes</b> | <b>Femmes</b> |
|----------------------------------------------|----------------------------|---------------|---------------|
| Haut risque                                  | <b>9 %</b><br>(14,23 %)    | <b>9,5 %</b>  | <b>8,6 %</b>  |
| Risque modéré                                | <b>31,9 %</b><br>(29,26 %) | <b>34,5 %</b> | <b>29,8 %</b> |
| Faible risque                                | <b>59,1%</b><br>(56,51%)   | <b>56 %</b>   | <b>61,6 %</b> |

**Plus de 40 % des assurés dépistés présentent un risque non négligeable.**

### Les 300 assurés à haut risque

#### **169 étaient connus**

- 155 pour un diabète
- 11 pour une hypertension artérielle
- 3 pour un diabète et une hypertension artérielle

#### **131 ont été dépistés et classés à haut risque**

- 82 pour une suspicion de diabète
- 15 pour une suspicion d'hypertension
- 15 pour un cholestérol total
- 7 pour un indice de Framingham supérieur à 20 accompagné d'une suspicion de diabète
- 5 pour un cholestérol total  $>3,2$  g/l lié avec un LDL-c  $>2,4$  g/l
- 4 pour un indice de Framingham supérieur à 20 %
- 2 pour un LDL-c  $>2,4$  g/l
- 1 pour un indice de Framingham supérieur à 20 accompagné d'une suspicion de diabète et d'une hypertension.

## Enquête de satisfaction sur la campagne de dépistage Hauts-de-Seine

Près de 20 % des assurés ont été interrogés par téléphone (après tirage au sort) pour répondre à un questionnaire de satisfaction. L'échantillonnage est représentatif de la population dépistée.

### Après votre participation au dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, vous êtes :

|                          |        |          |
|--------------------------|--------|----------|
| Très satisfait           | 26,8 % | (26 %)   |
| Satisfait                | 63,7 % | (65,3 %) |
| Mécontent                | 7,5 %  | (7,9 %)  |
| Très mécontent           | 1 %    | (0,4 %)  |
| Ne souhaite pas répondre | 1 %    | (0,4 %)  |

Plus de 90 % des personnes interrogées se déclarent satisfaites de ce dépistage. Les personnes mécontentes le sont principalement en raison de l'absence d'un électrocardiogramme.

### À la suite de ce dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, avez-vous consulté votre médecin traitant ?

|                             |        |          |
|-----------------------------|--------|----------|
| oui                         | 59,8 % | (56,5 %) |
| non                         | 38,3 % | (42,1 %) |
| ne se souvient pas          | 1 %    | (0,4 %)  |
| ne souhaite pas répondre    | 0,5 %  | (0,4 %)  |
| n'a pas de médecin traitant | 0,3 %  | (0,8 %)  |

Ce chiffre est en augmentation constante depuis le début de l'année puisqu'il a évolué de 56 % au cours du premier trimestre pour atteindre 65 % au cours du 4<sup>e</sup> trimestre 2007.

### Avez-vous appliqué les conseils délivrés par le médecin dépisteur ?

|                          |        |        |
|--------------------------|--------|--------|
| oui                      | 81,4 % | 81,1 % |
| non                      | 15,6 % | 14,2 % |
| ne se souvient pas       | 1,7 %  | 1,4 %  |
| ne souhaite pas répondre | 1,3 %  | 3,3 %  |

Les chiffres sont encore très constants par rapport à 2006.

## Conclusion

**Les résultats très satisfaisants de la campagne de dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire encouragent la caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine et l'hôpital Ambroise Paré, en association avec les biologistes du département, à poursuivre leur collaboration au service de la population du département.**

**C'est la raison pour laquelle, il est prévu de développer les sites de dépistage, afin de couvrir l'ensemble des Hauts-de-Seine en adaptant si besoin le protocole de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques.**

### En terme d'impact

Le taux de réponse très important semble résulter d'une part du thème retenu et d'autre part de la forme attractive utilisée pour le questionnaire.

### En terme médical

La découverte de nombreux facteurs de risque liés à l'HTA, au diabète, ou aux dyslipidémies conforte la légitimité de la campagne.

### En terme de satisfaction client

Le taux de satisfaction client, supérieur à 90 %, démontre que la campagne apporte des informations concrètes aux assurés.

Le retour d'information au médecin traitant est particulièrement important et peut permettre à celui-ci d'expliquer l'importance du suivi d'un traitement.