



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Index de pression systolique et médecine de ville : motivation, formation, mesure et valorisation de l'acte. Enquête auprès d'un échantillon de 165 médecins généralistes d'Île-de-France[☆]



Ankle brachial index: Motivations, training, and practices among 165 general practitioners in Île-de-France

D. Meyer^{a,*}, J.-M. Bureau^b, D. Vu Tri^c

^a Service de chirurgie vasculaire, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

^b Service de rééducation vasculaire, hôpital Corentin-Celton, 92133 Issy-les-Moulineaux, France

^c Service de rééducation et d'appareillage, institut Robert-Merle-d'Aubigné, 94460 Valenton, France

Reçu le 20 juin 2013 ; accepté le 26 octobre 2013

MOTS CLÉS

Index de pression systolique ;
Artériopathie des membres inférieurs ;
Maladies cardiovasculaires ;
Médecine générale ;
Recommandations HAS

Résumé L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est sous-diagnostiquée alors qu'elle est un marqueur de risque de mortalité cardiovasculaire élevé. L'index de pression systolique (IPS) est une mesure simple, fiable et recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) permettant de dépister et d'évaluer la sévérité de l'AOMI. Les médecins généralistes sont trop peu nombreux à l'utiliser.

Objectif. – L'étude vise à identifier les freins et les motivations à l'utilisation de l'IPS en médecine générale.

Méthode. – Étude représentative, descriptive, transversale auprès de 165 médecins généralistes installés en Île-de-France interrogés selon la méthode des quotas stratifiés.

Résultats. – Pour 1 praticien sur 5, l'IPS n'est pas un indicateur pertinent, or une opinion favorable prédétermine son adoption (OR : 4,9 [IC 95% : 4,2–5,7]). Seuls 42% (IC 95% : 34–49%) des praticiens savent que l'IPS est recommandé par la HAS, information essentielle à son acceptation (OR : 3,7 [IC 95% : 3,2–4,2]). La formation renforce cette acceptation (OR : 5,0 [IC 95% : 4,4–5,6]) et la formation universitaire apporte une meilleure compréhension de l'IPS (OR :

[☆] Étude présentée lors du 47^e congrès du Collège français de pathologie vasculaire, Paris, le 21 mars 2013.

* Auteur correspondante.

Adresse e-mail : delphineg2@gmail.com (D. Meyer).

2,8 [IC 95% : 2,3–3,4]). Le temps consacré à l'IPS est le principal frein (OR : 0,6 [IC 95% : 0,6–0,7]). Un kit doppler-réglette de calcul (OR : 11,8 [IC 95% : 8,9–15,6]), un coût de matériel n'excédant pas 300 euros (OR : 3,4 [IC 99% : 3,0–3,9]), une cotation cumulable avec la consultation (OR : 2,6 [IC 95% : 2,3–3,0]) et l'intégration au dispositif d'évaluation conventionnel (OR : 2,6 [IC 95% : 2,3–2,9]) motiveraient davantage de praticiens. Sept praticiens sur 10 approuvent l'intérêt de l'IPS pour l'observance thérapeutique, mais l'IPS reste sous-exploité pour les patients symptomatiques (OR : 0,4 [IC 95% : 0,3–0,4]).

Conclusion. – Une meilleure information, formation, ainsi qu'une revalorisation de l'acte favoriseraient davantage l'utilisation de l'IPS en médecine de ville.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ankle brachial index;
Peripheral arterial
disease;
Cardiovascular
diseases;
General practice;
HAS guidelines

Summary Peripheral arterial disease (PAD) is under-diagnosed despite its predictive value for cardiovascular mortality. The ankle brachial index (ABI), a simple reliable measure recommended by the French health authorities to detect and evaluate the severity of PAD, is used by too few general practitioners (GPs).

Objective. – This study aimed at identifying motivations and barriers for using ABI in general practice.

Method. – A representative, descriptive, cross-sectional survey was conducted amongst 165 GPs practicing in Île-de-France who were interviewed using stratified quotas.

Results. – Although 1 out of 5 GPs considered ABI to be an irrelevant indicator, most had a favorable opinion about its use (OR : 4.9 [CI 95% : 4.2–5.7]). Only 42% (CI 95% : 34%–49%) of GPs knew ABI was recommended by the health authorities. This information had a critical impact on the acceptance of ABI relevancy (OR : 3.7 [CI 95% : 3.2–4.2]). Training reinforced acceptance (OR : 5.0 [CI 95% : 4.4–5.6]) and pre-residency education provided a better understanding of ABI (OR : 2.8 [CI 95% : 2.3–3.4]). Time needed to measure ABI was the main barrier (OR : 0.6 [CI 95% : 0.6–0.7]). A Doppler-calculation kit (OR : 11.8 [CI 95% : 8.9–15.6]), equipment cost \leq 300 Euros (OR : 3.4 [CI 99% : 3.0–3.9]), a specific fee in addition to the regular consultation fee (OR : 2.6 [CI 95% : 2.3–3.0]) and inclusion of ABI in the GP's evaluation scheme (OR : 2.6 [CI 95% : 2.3–2.9]) would motivate more GPs. Seven out of 10 GPs agreed that ABI has a positive impact on patient adherence to treatment and follow-up, but ABI remained underexploited for symptomatic patients (OR : 0.4 [CI 95% : 0.3–0.4]).

Conclusion. – Better communication and training together with an upgraded status for ABI would provide motivation for GPs to measure ABI.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires occupent la première place dans les dépenses de santé des pays développés. En France, les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause de décès dans la population générale (27,5%) après les cancers (29,6%) [1].

L'athérosclérose est la principale cause de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). L'affection concerne environ 800 000 à un million de patients dont les deux tiers sont symptomatiques et 400 000 sont traités en affection de longue durée (ALD). Chaque année, 90 000 nouveaux cas sont dépistés, responsables de 60 000 hospitalisations et 10 000 amputations [2].

L'artériopathie des membres inférieurs peut mettre en danger l'avenir d'un membre au stade d'ischémie critique, mais c'est surtout un marqueur de gravité de la maladie athéromateuse qui peut menacer la vie en se développant au niveau d'autres organes cibles, en particulier le cœur et le cerveau. La prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire est donc essentielle [3].

L'estimation du risque cardiovasculaire peut être faite par des scores cliniques validés, tels que Framingham [4,5], Laurier [6] ou Score [7] et par une mesure : l'index de

pression systolique (IPS) [8], défini par le rapport entre la pression artérielle systolique mesurée à la cheville et la pression artérielle systolique humérale.

Compte tenu de la fréquence des formes asymptomatiques où existe le même risque de mortalité cardiovasculaire [9], l'AOMI est actuellement définie par un critère hémodynamique : IPS inférieur à 0,90.

L'IPS est une mesure simple, fiable et recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis 2006, permettant de dépister et d'évaluer la sévérité de l'AOMI [10]. La mesure réalisée avec un modèle simple d'appareil doppler a une sensibilité supérieure à 95% et une spécificité proche de 100% dès que l'index est inférieur à 0,90.

Un IPS inférieur ou égal à 0,90, ou supérieur ou égal à 1,40, est un marqueur du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire indépendant des autres facteurs de risque cardiovasculaire ou de la présence d'une AOMI symptomatique [11]. Chez les patients atteints d'une AOMI asymptomatique, la mesure de l'IPS est la méthode de référence. Elle peut dans certains cas être supérieure à la clinique. L'AOMI asymptomatique ne peut être exclue ou affirmée par le seul interrogatoire ou l'examen clinique [12].

Le dépistage ambulatoire d'une population en prévention primaire à risque cardiovasculaire intermédiaire à élevé permet d'identifier de nombreux patients présentant une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2974838>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2974838>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)