

## Maladie coronarienne stable (\*) Actes et prestations - Affection de longue durée

Novembre 2017



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### I. - AVERTISSEMENT

#### A) Contexte Affection de longue durée (ALD)

Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles la participation des assurés peut être limitée ou supprimée pour les actes et prestations nécessités par le traitement (article L. 322-3 3° du Code de la sécurité sociale).

En cas d'ALD, « le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, établit un protocole de soins. Ce protocole, périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité de Santé mentionnée à l'article L. 161-37 » (article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale).

#### B) Missions de la HAS en matière d'ALD

Conformément à ses missions [définies aux articles L. 161-37-1° et R. 161-71 3° du Code de la sécurité sociale (CSS)], 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° et 4° de l'article L. 160-4 CSS.

Par ailleurs, elle :

- émet un avis sur les projets de décret pris en application du 3° de l'article L. 160-14 CSS fixant la liste des affections de longue durée ;
- formule des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition de ces mêmes affections ;
- formule des recommandations sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L. 160-14 CSS.

(\*) Nous remercions la Haute Autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Il est également consultable sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) rubrique *Évaluation & Recommandation*.

### C) Objectif du document actes et prestations ALD

Le document actes et prestations ALD est un référentiel qui couvre les situations cliniques les plus habituelles des traitements et soins remboursables et nécessaires au diagnostic, traitement et suivi de l'ALD concernée, ou son renouvellement. Il permet de **faciliter le dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil**.

Ce n'est ni un outil d'aide à la décision clinique, ni un résumé du guide.

### D) Contenu du document actes et prestations ALD

Ce document **comporte les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, selon les règles de droit commun ou des mesures dérogatoires**. Ainsi les utilisations hors AMM ou hors LPPR n'y seront inscrites qu'en cas de financement possible par un dispositif dérogatoire en vigueur. Il faut noter que les prescriptions hors AMM, y compris dans ces dispositifs dérogatoires, sont assorties de conditions, notamment une information spécifique du patient.

Le document actes et prestations n'a pas de caractère **limitatif**. Le guide peut comporter des actes ou prestations recommandés mais ne bénéficiant pas

d'une prise en charge financière. Aussi **l'adaptation du protocole de soins à la situation de chaque patient relève du dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie**.

## II. - CRITÈRES MÉDICAUX D'ADMISSION EN VIGUEUR (Décrets n°s 2011-74-75-77 du 19 janvier 2011 n° 2011-716 du 24 juin 2011 et n° 2017-472 du 3 avril 2017))

### ALD 13 - « Maladie coronarienne stable »

Relève de l'exonération du ticket modérateur toute ischémie myocardique objectivement documentée (ECG, épreuve d'effort, scintigraphie de perfusion, échographie de stress, échographie d'effort, holter ECG, coronarographie).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de 10 ans, renouvelable.

## III. - ACTES ET PRESTATIONS DE LA MALADIE CORONARIENNE STABLE

*Les patients chez qui un angor a été diagnostiqué sont considérés à très haut risque de récurrence d'événement cardiovasculaire. Ce risque CV élevé justifie que soit mise en œuvre une prévention secondaire des maladies cardiovasculaires.*

### A) Professionnels impliqués dans le parcours de soins

Bilan initial	
Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	• Tous les patients
Cardiologue	• Tous les patients
Recours selon besoin	
Équipe spécialisée hospitalière	• Investigation d'un angor devenant instable

Traitement et suivi	
Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients Consultation tous les 3 mois si les facteurs de risque sont contrôlés <b>En cas de douleur thoracique évocatrice d'un syndrome coronarien aigu :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• appeler le centre 15 pour hospitalisation en urgence</li> <li>• réaliser un enregistrement ECG si possible</li> <li>• en l'absence d'allergie et si la personne n'est pas déjà traitée par aspirine, administrer 300 mg d'aspirine</li> </ul>
Cardiologue	Tous les patients Consultation cardiologique tous les 4 à 6 mois durant la première année après la mise en œuvre d'un traitement pour coronaropathie stable, puis consultations annuelles Au-delà du suivi régulier, en particulier en cas de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• exacerbation d'un angor stable</li> <li>• douleurs récurrentes chez un angineux ancien</li> <li>• effets indésirables médicamenteux</li> <li>• fibrillation auriculaire nouvelle diagnostiquée</li> <li>• échec d'une bithérapie anti-angineuse à dose maximale tolérée</li> <li>• insuffisance cardiaque et angor</li> </ul>
Cardiologue/Médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• déconditionnement à l'effort limitant les capacités physiques et/ou une appréhension à la reprise des activités physiques</li> <li>• existence d'un ou plusieurs facteurs de risque non contrôlés</li> <li>• troubles de l'humeur (stress, anxiété, dépression) pouvant limiter la reprise des activités</li> <li>• risque de désinsertion sociale et/ou professionnelle</li> <li>• événement intercurrent pouvant dégrader sa situation fonctionnelle au moins transitoirement, en particulier : suites de revascularisation coronaire chirurgicale, insuffisance cardiaque</li> <li>• existence de facteurs de mauvais pronostic : altération de la fraction d'éjection du VG, persistance d'une ischémie non revascularisable, comorbidités</li> </ul>
Pharmacien	Tous les patients
Recours selon les besoins	
Diététicien	Obésité <i>(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)</i>
Psychologue	Anxiété, dépression <i>(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)</i>
Équipe spécialisée hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome coronarien aigu</li> <li>• Besoin d'explorations invasives</li> <li>• Insuffisance cardiaque rapidement évolutive</li> <li>• Apparition d'un trouble du rythme mal toléré ou de mauvais pronostic</li> </ul>
Radiologue	Évaluation diagnostique ou du risque d'événement futur
Cardiologue interventionnel	Revascularisations coronarienne
Chirurgien cardiaque	Pontage aortocoronarien
Centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions	Aide au sevrage tabagique En cas d'échec du sevrage
Kinésithérapeute	Dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle (perte musculaire, adaptation à l'effort, endurance, etc.)

## B) Biologie

Examens	Situations particulières
Hémogramme	Bilan initial et/ou aggravation d'un angor existant (recherche d'une éventuelle anémie)
Glycémie à jeun	Recherche de diabète En cas de diabète, se référer au guide de l'ALD 8
Exploration d'une anomalie lipidique (CT, HDL-C, LDL-C, TG)	Bilan initial Suivi
HbA1c	Suivi d'un diabète <i>Ne pas doser l'HbA1C pour diagnostiquer un diabète (non recommandé en France et non remboursé dans cette indication)</i>
Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI	Diagnostic d'une atteinte rénale ou surveillance de la fonction rénale
Recherche d'albuminurie ou protéinurie sur échantillon urinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albuminurie / Créatininurie (A/C) chez le diabétique</li> <li>• Albuminurie / Créatininurie (A/C) ou protéinurie / Créatininurie (P/C) chez le non diabétique</li> </ul>
TSH	En cas de suspicion clinique de trouble thyroïdien
Surveillance biologique des traitements nécessités par la pathologie coronarienne, en respect de l'AMM <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaliémie</li> <li>• Créatininémie avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault)</li> <li>• Transaminases</li> <li>• CPK</li> </ul>	Patients traités <ul style="list-style-type: none"> <li>• En surveillance du traitement par IEC</li> <li>• Surveillance des traitements : ajustement des posologies des médicaments</li> <li>• En cas de traitement par statine</li> <li>• En cas d'apparition de symptômes musculaires inexpliqués</li> </ul>
Troponine	<p><b>À titre exceptionnel</b> chez un patient asymptomatique consultant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour une douleur thoracique survenue plus de 72 heures auparavant ;</li> <li>• et qu'on suspecte avoir été un SCA sans complication ;</li> <li>• lorsque l'ECG n'est pas contributif (s'il a été réalisé)</li> </ul> <p>Nécessité de réaliser au plus vite ce dosage, dans un laboratoire de proximité</p>
BNP ou NT pro-BNP	En cas de suspicion d'insuffisance cardiaque

## C) Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Bilan initial puis tous les ans ECG supplémentaires en cas de modification de l'état clinique <i>Ne pas exclure un angor stable sur la normalité du tracé de l'ECG</i>
Radiographie thoracique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chez les patients avec tableau clinique atypique ou suspicion de maladie pulmonaire</li> <li>Chez les patients avec suspicion d'insuffisance cardiaque</li> </ul>
Échocardiographie Doppler transthoracique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan initial</li> <li>Suivi, en cas d'apparition de nouveaux signes (détérioration de l'état clinique, anomalies ECG, etc.)</li> </ul> <p><i>La répétition de l'échocardiographie doppler transthoracique après le bilan initial n'est pas indiquée chez le patient coronarien stable sans dysfonction du ventricule gauche</i></p> <p><i>Ne pas ignorer la FEVG avant tout examen diagnostique paraclinique</i></p>
<p><i>Ne pas :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser des examens complémentaires sans tenir compte de l'évaluation prétest</li> <li>Doublonner les examens paracliniques (en particulier biologie et radiographie thoracique) entre médecin traitant et cardiologue</li> <li>Multiplier les examens irradiants</li> </ul>	
ECG d'effort	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan initial : confirmation diagnostique en cas de probabilité clinique prétest intermédiaire (entre 15 et 85 %) <ul style="list-style-type: none"> <li>chez les patients avec symptômes angineux et probabilité prétest de coronaropathie intermédiaire (15-65 %), sans traitement anti-ischémique, sauf si le patient ne peut pas faire un exercice ou si l'ECG de repos est ininterprétable (bloc de branche gauche, Wolf parkinson white, stimulation par <i>pace maker</i>)</li> <li>chez les patients traités, afin d'évaluer le contrôle des symptômes et de l'ischémie</li> </ul> </li> <li>En cas de symptôme récurrent ou nouveau, après qu'une instabilité ait été éliminée</li> </ul> <p><i>L'ECG d'effort n'est pas recommandé à titre diagnostique en cas de sous-décalage de ST <math>\geq 0,1mV</math> sur l'ECG de repos ou chez les patients traité par digitaliques</i></p> <p><i>La répétition d'un ECG d'effort ne peut être envisagée qu'après au moins 2 ans après le test précédent (sauf s'il y a eu des modifications cliniques)</i></p>
Imagerie de stress, par exercice ou pharmacologique : - échocardiographie de stress - scintigraphie de stress (tomographie d'émission monophotonique et tomographie par émission de positons) - IRM de stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan initial (si l'expertise locale et la disponibilité l'autorisent) : <ul style="list-style-type: none"> <li>pour diagnostiquer une coronaropathie stable si la probabilité prétest est comprise entre 66 et 85 % ou si la FEVG est <math>&lt; 50</math> % chez des patients sans angor typique ;</li> <li>chez les patients dont les anomalies sur l'ECG de repos empêchent une interprétation correcte des modifications électriques pendant le stress ;</li> <li>suivi : chez les patients symptomatiques revascularisés (angioplastie ou pontage)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Un stress par exercice est préférable à un stress pharmacologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation du risque d'événement futur</li> </ul>

Actes	Situations particulières
Coroscaner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation diagnostique chez les patients à probabilité prétest intermédiaire basse (15 à 50 %), si les conditions techniques sont réunies               <ul style="list-style-type: none"> <li>- alternative à l'imagerie de stress pour éliminer une MCS chez des patients avec une probabilité prétest intermédiaire basse</li> <li>- en cas de probabilité prétest intermédiaire basse, après un ECG d'effort ou une imagerie de stress non conclusifs, ou s'il y a une contre-indication au stress, afin d'éviter une coronarographie</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Le coroscaner n'est pas recommandé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chez les patients revascularisés</li> <li>- comme examen de dépistage chez les sujets asymptomatiques sans suspicion clinique de coronaropathie</li> </ul>
Coronarographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmation diagnostique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- chez les patients qui ne peuvent avoir une imagerie de stress,</li> <li>- chez les patients avec un angor typique et une FEVG &lt; 50 %,</li> <li>- en cas de symptômes sévères avec une probabilité prétest intermédiaire élevée, ou devant un tableau clinique suggérant un risque d'événement élevé</li> </ul> </li> <li>• Évaluation du risque d'événement futur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- chez les patients avec un angor stable sévère (Classe III) ou avec un profil clinique suggérant un risque d'événement futur élevé, en particulier si les symptômes sont insuffisamment contrôlés par un traitement médical,</li> <li>- pour les patients asymptomatiques ou ayant un angor modéré sous traitement médical, chez qui la stratification du risque par des tests non invasifs indique un risque élevé, et pour lequel on peut considérer que la revascularisation améliore le pronostic,</li> <li>- chez les patients avec un diagnostic peu concluant ou des résultats contradictoires suite aux tests non-invasifs</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ne pas :</b></p> <p><i>Réaliser une coronarographie si les explorations non invasives ont montré un risque faible et :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si absence de symptômes invalidants,</li> <li>- ou si symptômes contrôlés médicalement</li> </ul> <p><b>Réaliser une coronarographie chez les patients angineux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui refusent des procédures invasives,</li> <li>- ou qui préfèrent éviter une revascularisation,</li> <li>- ou qui ne sont pas candidats pour l'angioplastie ou le pontage coronarien,</li> <li>- ou chez qui on pense que la revascularisation n'améliorera pas l'état fonctionnel ou de la qualité de vie ou de l'espérance de vie</li> </ul>
Mesure de la fraction de flux de réserve coronarien (FFR) lors d'une coronarographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de lésions pluri-tronculaires ou en cas de lésions intermédiaires pour lesquelles les examens préalables n'ont pas été contributifs ou n'ont pu être réalisés</li> </ul>
Holter ECG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez les patients avec coronaropathie et suspicion d'arythmie</li> <li>• Chez les patients avec suspicion d'angor vasospastique</li> </ul>
<p><i>Ne pas dépister systématiquement l'ischémie myocardique chez des patients asymptomatiques à faible risque cardiovasculaire</i></p>	

## D) Traitements pharmacologiques

*Ne pas :*

- Débuter un traitement sans confirmation diagnostique
  - Négliger la correction des FDR CV au long cours
  - Prescrire des médicaments sans s'assurer de la bonne compréhension par le patient de sa maladie et des enjeux, sans évaluer l'observance
  - Négliger d'informer le patient sur les signes d'alerte et de recours adapté aux soins en cas de complications (appel au 15 en cas de SCA)
- Exclure une personne d'un traitement en se fondant sur son âge seul
  - Proposer des vitamines ou de l'huile de poisson dont l'efficacité thérapeutique sur l'angor n'est pas prouvée
  - Prescrire des associations médicamenteuses à risque
  - Omettre de réévaluer les traitements
  - Assurer le suivi du patient par un médecin généraliste ou un cardiologue seul

Traitements pharmacologiques <sup>1</sup>	Situations particulières
<p><b>Traitements réduisant les événements cardio-vasculaires graves et la mortalité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antiagrégants plaquettaires :</b></li> <li>• Aspirine au long cours en monothérapie (75-160 mg/j) <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j),</li> <li>- soit aspirine (75-160 mg/j) + prasugrel (10 mg),</li> <li>- soit aspirine (75-160 mg/j) + ticagrelor (180 mg/j)</li> </ul> </li> </ul> <p>Puis aspirine poursuivie en monothérapie au long cours</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- association aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j) pendant 1 mois</li> <li>- aspirine (75-160 mg/j) au long cours</li> <li>- association aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j) pendant 1 mois</li> <li>- association aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j) pendant 1 à 6 mois</li> <li>- association aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j) pendant 1 an</li> <li>- aspirine (75-160 mg/j) au long cours en monothérapie</li> </ul>	<p><i>Traitement à vie pour l'ensemble des classes médicamenteuses à l'exception du clopidogrel (*)</i></p> <p>Ne pas interrompre le traitement antiagrégant</p> <p><b>Maladie coronarienne stable</b> <b>Post-syndrome coronarien aigu</b></p> <p>Durant l'année suivant un syndrome coronarien aigu</p> <p>Durée de traitement par prasugrel de 12 mois. <i>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</i></p> <p>Durée de traitement par ticagrelor de 12 mois.</p> <p><b>Après revascularisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après angioplastie au ballon hors contexte de syndrome coronarien aigu</li> <li>- après pose de <i>stent</i> nu</li> <li>- après pose de <i>stent</i> nu hors contexte de syndrome coronarien aigu</li> <li>- après pose de <i>stent</i> actif</li> <li>- après pontage coronaire en cas de syndrome coronarien aigu</li> <li>- après pontage coronarien</li> </ul>

<sup>1</sup> 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).

Traitements pharmacologiques <sup>1</sup>	Situations particulières
<ul style="list-style-type: none"> <li>- clopidogrel (75 mg/j) au long cours en monothérapie en alternative à l'aspirine</li> <li>- <b>Statine</b></li> <li>- <b>Bêta bloquants</b></li> <li>- <b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- après pontage coronarien en dehors d'un antécédent de syndrome coronarien aigu</li> <li><i>Il n'est pas montré de bénéfice au long cours à mener une bithérapie antiplaquettaire sauf cas particuliers</i></li> <li>Objectif thérapeutique : LDL-C &lt; 0,7 g/l</li> <li>Dans le post syndrome coronarien aigu</li> <li>Dans le post en cas de syndrome coronarien aigu</li> </ul>
<p><b>Traitements réduisant les symptômes de l'angor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trinitrine</li> <li>- bêtabloquants</li> <li>- inhibiteurs calciques ou dérivés nitrés à libération prolongée, notamment en cas de contre-indication aux bêtabloquants ou en cas d'inefficacité de ces derniers</li> </ul> <p>- Nicorandil</p>	<p><i>Ne pas omettre de prescrire un dérivé nitre à libération immédiate en cas de crise angineuse</i></p> <p>En seconde intention uniquement (en raison de risques d'ulcérations cutanéomuqueuses) chez les patients insuffisamment contrôlés ou présentant une contre-indication ou une intolérance aux traitements anti-angoreux de première intention tels que les bêtabloquants et/ou les antagonistes calciques</p>
<p><b>Autres traitements :</b></p> <p>Inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA2 en cas d'intolérance aux IEC</p> <p>Traitements antihypertenseurs</p> <p>Médicaments utilisés dans la dépendance tabagique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Substituts nicotiniques</li> <li>- Varenicline</li> </ul> <p>Vaccin antigrippal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de présence concomitante d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension artérielle ou d'un diabète</li> <li>- En post-syndrome coronarien aigu</li> </ul> <p>Hypertension artérielle</p> <p>Aide au sevrage tabagique chez les patients dépendants</p> <p>Prise en charge à caractère forfaitaire selon liste de l'Assurance maladie<sup>1</sup></p> <p>En seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiniques chez les adultes ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström supérieur ou égal à 7)</p> <p>Tous les patients, selon calendrier vaccinal</p>

### E) Autres traitements

Traitements	Situations particulières
Éducation thérapeutique	<p>Selon besoin</p> <p><b>L'éducation thérapeutique</b> s'inscrit dans le parcours du patient. Les professionnels de santé en évaluent la nécessité pour chaque patient. Elle n'est pas opposable au malade, et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (art. L. 1161-1 du Code de la santé publique<sup>2</sup>)</p> <p><i>Prise en charge possible dans le cadre des programmes autorisés par les agences régionales de santé (ARS)</i></p>

<sup>2</sup> Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient Journal officiel ; 4 août 2010 (178)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&dateTexte=&categorieLien=id>