

THESE

**Cardiopathies aiguës aux urgences :
épidémiologie, évaluation prospective du
suivi libéral et de l'observance
thérapeutique**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Le 19 décembre 2022

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par Victor Tertre

Né le 14/08/1993 à Saint Renan

Examineurs de la thèse :

Pr NACHER Mathieu
Dr PUJO Jean Marc
Dr SABBAH Nadia
Dr FRANCK Kenol
Dr FREMERY Alexis

Professeur des Universités, président
Professeur des Universités
Docteur en médecine
Docteur en médecine
Docteur en médecine, directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Antoine ADENIS

Antoine.adenis@ch-cayenne.fr

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

CH de CAYENNE

Tél. : 0594 39 50 50

Véronique BACCINI

veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr

Hématologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 10 10

Pascal BLANCHET

pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

Sébastien BREUREC

sbreurec@gmail.com

Bactériologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

André CABIE

andre.cabie@chu-martinique.fr

Maladies Infectieuses

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

philippe.cabre@chu-martinique.fr

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

raymond.cesaire@chu-martinique.fr

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

Nadège CORDEL

nadège.cordel@chu-guadeloupe.fr

Dermatologie & Vénérologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 10 10

Pierre COUPPIE

pierre.couppie@ch-cayenne.fr

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Michel DE BANDT

michel.debandt@chu-martinique.fr

Bertrand De TOFFOL

Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr

Magalie DEMAR - PIERRE

magalie.demar@ch-cayenne.fr

Christophe DELIGNY

christophe.deligny@chu-martinique.fr

Félix DJOSSOU

felix.djossou@ch-cayenne.fr

Moustapha DRAMÉ

moustapha.drame@chu-martinique.fr

Suzy DUFLO

suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr

Narcisse ELENGA

Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr

Loïc EPELBOIN

loic.epelboin@ch-cayenne.fr

Karim FARID

karim.farid@chu-martinique.fr

Jocelyn INAMO

jocelyn.inamo@chu-martinique.fr

Eustase JANKY

eustase.janky@chu-guadeloupe.fr

Louis JEHEL

Jehel.Louis@chu-amiens.fr

Hatem KALLEL

hatem.kallel@ch-cayenne.fr

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

Neurologie

CH de CAYENNE

Tél. : 0594 39 50 50

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Médecine Interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Maladies infectieuses et tropicales

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 50 50

Épidémiologie, Économie de la Santé

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 00

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 77 37

Maladies infectieuses

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 00

Médecine Nucléaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 67

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89

Psychiatrie

Médecine intensive-réanimation

CH de CAYENNE

Tél. : 0594 39 50 50

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Annie LANNUZEL

annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr

Harold MERLE

harold.merle@chu-martinique.fr

Mathieu NACHER

mathieu.nacher@ch-cayenne.fr

Rémi NEVIÈRE

Remi.Neviere@chu-martinique.fr

Olivier PARANT

nicolas.venissac@chu-martinique.fr

Stéphanie PUGET

stephanie.puget@aphp.fr

Dabor RESIÈRE

dabor.resiere@chu-martinique.fr

Pierre-Marie ROGER

pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr

François ROQUES

chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr

Jean ROUDIE

jean.roudie@chu-martinique.fr

Maturin TABUE TEGUO

maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr

André-Pierre UZEL

andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr

Magaly ZAPPA

magaly.zappa@ch-cayenne.fr

Neurologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Ophthalmologie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 20 00

Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Physiologie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 20 00

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 10 10

Neurochirurgie

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 20 00

Thérapeutique-médecine de la douleur

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 20 00

Maladies infectieuses et tropicales

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 10 10

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71

Chirurgie Digestive

CHU de FORT-DE-FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71

Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 10 10

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66

Radiologie et imagerie médicale

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 00

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers

Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL
jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr

Épidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 10 10

Papa Ngalou GUEYE
papa.GUEYE@chu-martinique.fr

Médecine d'Urgence
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 20 00

Hossein MEHDAOUI
hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr

Médecine intensive-réanimation
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 20 00

Stéphane PLAWEKI
splawecki@icloud.com

Chirurgie Orthopédique
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 20 00

Marc PUJO
Marc.pujo@ch-cayenne.fr

Médecine d'Urgence
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 00

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Cindy BERAL
cindy.beral@chu-guadeloupe.fr

Ophthalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tél. : 0590 89 10 10

Laurent BRUREAU
laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr

Urologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 10 10

Moana GELU-SIMEON
moana.simeon@chu-guadeloupe.fr

Gastroentérologie hépatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 10 10

Clarisse JOACHIM-CONTARET
clarisse.joachim@chu-martinique.fr

Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 20 00

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH
marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Mathieu SEVERYNS
mathieu.severyns@chu-martinique.fr

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 20 00

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse
CEPHISE**
fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers

Amélie ROLLE
amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr

Anesthésie Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 10 10

Professeur de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE
jeannie.pelage@wanadoo.fr

Médecine Générale
CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral
Tel : 05 90 84 44 40

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT
franciane.troplent@orange.fr

Médecine générale
Cabinet libéral
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE
philippe.carrere@gmail.com

Médecine générale
Cabinet libéral

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE
philippe.carrere@gmail.com

Médecine générale
Cabinet libéral

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

Franck MASSE
mspducos@gmail.com

Médecine générale
Cabinet libéral

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé
drwcdk@gmail.com

Médecine générale
Cabinet libéral

Table des matières

Introduction	16
I Les pathologies cardiovasculaires.....	16
II Les spécificités de la Guyane française	18
III Les pathologies cardiovasculaires en Guyane française.	20
Matériel et Méthodes	21
I Présentation de l'étude	21
II Description de la population étudiée	21
III Variables étudiées	21
IV Recueil d'informations	22
V Aspects législatifs.....	23
VI Analyse statistique	23
Résultats	24
I Description de la population générale	24
II Prise en charge au SAU	31
III Evaluation du suivi libéral et observance médicamenteuse	33
Discussion.....	37
I Epidémiologie	37
II Suivi libéral et observance thérapeutique.....	38
Conclusion	41
Références bibliographiques	42
Annexes	46

Remerciements

A ma mère le docteur Sara Kerdudo, mon père, le docteur Jean Tertre, mes deux chats, Mr Piteau et Taïgne et aussi mon petit frère, le futur docteur Arthur Tertre. Vous êtes les déterminants de la voie que j'ai choisie et du bonheur que je vis. Je vous aime de tout mon cœur.

A Anne Laure, ma meilleure amie. Ce premier semestre en Guyane passé avec toi a été une révélation et le début d'un épanouissement dans la colocation des Matoutous. Si tu savais comme ma Bonnie me manque !

A Pierre Pinochet « le Pêcheur ». Je suis très touché que tu aies pensé à moi dans les remerciements de ta thèse. J'ai néanmoins été assez surpris que tu saches placer la Guyane (et soyons honnête, l'Amérique du Sud) sur une carte ; tes compétences actuelles en tant que médecin nucléaire se limitant à lire des images clignotantes et compter des billets de banque. Sache cependant que tu seras toujours le bienvenu, seul ou en meute à condition d'amener Mr Ralf.

Au Docteur Pierre Durand et au futur docteur Alison Kosyk « les Dépravés ». Vous êtes l'une des plus belles rencontres que j'ai faite en Guyane. Votre gentillesse, votre bienveillance et votre humour n'ont d'égal que votre différence de taille et votre degré de perversion.

A Mailys, « l'Urgentologue ». Tu es l'image même du courage, de la persévérance et du travail, le tout avec grâce (des fois) et féminité, ce qui force le respect et même l'admiration. Notre complicité, complètement inattendue, a été un cadeau que j'ai ramené de Bretagne. Comme quoi, on fait de belles rencontres au musée.

Au Docteur Balandougou Sylla. Merci pour ces 2 années de coloc. C'est avec une certaine nostalgie que je repasse régulièrement devant notre ancien appartement, m'évoquant des souvenirs. Merci d'avoir été la pendant ma contamination par le COVID et la Dengue, merci pour la cuisine et merci pour ta présence.

A Romane, « Miss Tissus ». C'est un plaisir de t'avoir rencontrée et passé ces 6 mois en pédiatrie à tes côtés, mais aussi d'avoir exploré la forêt entre 2 verres de rhum. Merci de m'avoir accompagné dans ce projet de thèse un peu fou, j'ai hâte de te voir soutenir et de refaire la fête avec toi !

A Rebecca « le Chat ». Merci d'être là, de m'accompagner depuis plus d'un an maintenant. Tu es un de mes piliers, éternelle source de stabilité, de ronrons, de bisous et de câlins. On part quand en vacances ? Skier ? Faire du chameau ?

A Victoire et Pierre, « les Sexy's ». Merci pour vos talents de cuisiniers végétariens, qui m'ont fait découvrir qu'il était possible de faire un repas sans viande. Victoire, merci pour la bonne humeur dont tu fais toujours preuve, c'était un bonheur d'avoir passé mon premier semestre en ta compagnie.

A Tania « la Découpeuse de morts ». Merci pour ton sourire, merci de me faire rire à chaque fois que nous nous voyons. Merci également de m'avoir donné un cours accéléré de médecine légale dans le bureau de l'UMJ, je m'en souviendrai pour toujours.

A Sophie « la Titanesque ». Jeune compatriote perdue avec moi dans les terres tropicales. Travailler avec toi a autant été une épreuve qu'un plaisir, et le soutien que tu m'as apporté pour mon recueil de données a été inestimable ! Il est bien triste que tu sois retournée au pays de la pluie froide, mais je passerai te revoir à l'occasion (en juillet-août).

A Noura « Wallah ». Quelle tristesse que tu aies quitté la Guyane si vite, il y avait encore tant de soirées que nous aurions pu passer ensemble... au plaisir de te revoir très vite !

A Diana « la Râleuse ». Je me souviens encore quand tu es arrivée, toute mignonne et innocente au début de ton FFI de l'été 2020... tu as grandi si vite, que d'émotion ! Tu es devenue confiante, une leadeuse, et surtout tu es devenue une râleuse de compétition. Bref, une super urgentiste !

A Yann « Le manipulateur radio nocturne ». Merci beaucoup d'avoir arrêté de faire pleurer les internes quand ils te demandent des examens inutiles et d'avoir commencé à faire preuve de pédagogie. Merci de m'avoir permis de squatter chez toi quand je n'avais plus le courage de bosser chez moi, et surtout pour ces discussions tantôt sérieuses tantôt complètement farfelues.

A Doriane « La patriote ». Merci pour ces nombreux fous rires depuis notre rencontre, merci d'être là pour partager tous les potins, de m'avoir accueilli dans votre colloc pendant un mois, et merci pour tous ces services rendus à l'armée française.

A Madame Chabrel, Madame James et Monsieur Demba. Merci pour votre aide administrative tout au long de ces années, pour votre disponibilité, votre réactivité et pour votre bienveillance.

Au Pasteur Samuel Chevalier Milhau. Merci pour cette bible que vous m'avez offerte. Je doute que cela suffise à me remettre dans le droit chemin, mais sachez que j'apprécie ce cadeau à sa juste valeur.

Au Docteur Laurent Dejault. Merci pour tout ce que j'ai appris à ton contact, merci pour ta bonne humeur. Merci à toi et à Philippe Dessart pour ces soirées en votre compagnie, et merci de m'avoir prêté une voiture ... qui fut malheureusement emboutie par l'un de nos plus charmants confrères.

Au Docteur VÉDÉCÉ. Merci pour tes BD, elles m'ont été d'un grand réconfort à certains moments mais m'ont aussi incité à réfléchir sur des sujets de sociétés touchant au domaine médical. Ne t'arrête jamais !

Au Docteur Alexis Fremery. Tu as été pour moi un modèle tout au long de mon internat et un ami. Merci d'avoir encadré mon mémoire et ma thèse, merci pour tes conseils, ton application et ta minutie qui frisent parfois le perfectionnisme ! Je suis

fier de ce qu'on a pu accomplir ensemble, et qui sait, peut-être y aura-t-il d'autres projets à venir !

Au Docteur Camille Obert Marbry. Merci pour l'investissement dont tu as fait preuve envers moi, lors de la correction de mes RESCAs et divers autres travaux (et dieu sait qu'il y avait du travail !). La Guyane a vraiment perdu une perle dans le domaine de la formation des internes avec ton départ, mais je suis presque sûr que tu reviendras...

Au Docteur Romain Blaizot. Merci de m'avoir rassuré dès le premier jour de mon arrivée à l'hôpital, alors que j'étais complètement perdu. Merci pour ta gentillesse, ton soutien, pour tout ce que tu m'as appris, et les caïpirinhas que tu as encore sur mon ardoise.

Au Professeur Loïc Epelboin. Merci partagé ta passion, tant de la médecine que celle éprouvée pour la nature. Elle est plus contagieuse encore que certaines des maladies que tu as l'habitude de traiter.

Au Docteur Alessia Melzani. Merci d'avoir égayé mon semestre à l'UMIT, saccagé par cette foutue l'épidémie de COVID. C'était vraiment un plaisir de bosser et d'apprendre avec toi. Merci pour ta bonne humeur et ce petit « grain de folie à l'italienne » qui fait tout ton charme.

Au Docteur Paul Zephirin. Merci d'avoir accepté de me prendre comme cardiologue stagiaire. Merci de m'avoir fait approfondir mes connaissances sur les ECG, et de m'avoir appris les bases de l'échographie cardiaque avec tant d'enthousiasme.

A toute l'équipe des urgences adultes de Cayenne. Merci pour votre bienveillance, merci de m'avoir inculqué rigueur et confiance en moi, pour votre enthousiasme, votre professionnalisme, et de m'avoir permis de réaliser des cours d'ECG.

A toute l'équipe des Urgences pédiatriques. Merci d'avoir conjuré ma peur des patients de moins de 15 ans et 3 mois, et d'avoir appris à prendre en charge ces petits bouts. Merci de m'avoir inspiré mon sujet de mémoire, qui m'a soulagé de beaucoup de travail par la suite.

Au Docteur Thibault Vaysse et à l'ensemble de l'équipe médicale de Saint Jean du Maroni. Merci pour ces moments de camaraderie, pour l'autonomie que vous m'avez forgée, et votre encouragement pour acquérir progressivement confiance en moi.

Au Docteur Arrive et à l'équipe du CMIA de Cayenne. Merci pour la formation dont vous m'avez fait bénéficier. Merci pour votre patience et vos encouragements, pour la bonne humeur collective, et pour ne m'avoir fait courir qu'une seule fois.

Au Docteur Amroun et au Docteur Krimi. Merci de m'avoir réparé.

Au Professeur Nacher. Merci d'avoir accepté de présider mon jury, merci pour la formation STATA, et surtout merci pour votre aide pour soutenir à la date convenue.

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

BAV : Bloc Atrio-Ventriculaire

BNP : Brain Natriuretic peptid

CACL : Communauté d'Agglomération du centre du littoral

CDPS : Centres Délocalisés de Prévention et de Soins

CHC : Centre Hospitalier de Cayenne

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CMU-c : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CNIL : Commission Nationale l'Informatique et Liberté

CPI : Cardiopathie Ischémique

ECG : Electrocardiogramme

ETT : Echographie Transthoracique

FA : Fibrillation Atriale

Fc : Fréquence Cardiaque

FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche

FDRCV : Facteur de Risque Cardiovasculaire

FR : Fréquence Respiratoire

Hb: Hémoglobine

HDH: Health Data Hub

HTA : Hypertension Artérielle

ICA : Insuffisance Cardiaque Aigue

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MCV : Maladie Cardiovasculaire

mmHg : Millimètre de mercure

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PRADO : Programme de Retour A Domicile pour les patients hospitalisés
RHD : Règles Hygiéno-Diététiques
SAI : Sans Autres Indications
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SCA ST+ : Syndrome Coronarien Aigu avec élévation du segment ST
SCA ST- : Syndrome Coronarien Aigu sans élévation du segment ST
SPO2 : Saturation Pulsée en oxygène
SR : Sex Ratio
TAD : Tension Artérielle Diastolique
TAS : Tension Artérielle Systolique
TCA : Temps de Céphaline Activée
TDC : Trouble De la Conduction
TDR : Trouble Du Rythme
TJ : Tachycardie Jonctionnelle
TP : Taux de Prothrombine
TS : Tachycardie Sinusale
TSH: Thyroid-Stimulating Hormone
TV: Tachycardie Ventriculaire

Index des figures et tableaux

Figure n°1 : Répartition des maladies cardiovasculaires dans le monde par 100 000 habitants d'après World Economic Forum (carte issue de l'OMS), 2012.

Figure n°2 : Carte des structures de soins de Guyane (issue de communication CHC)

Figure n°3 : Diagramme de flux

Figure n°4 : Distribution des diagnostics et des groupes diagnostics dans la population.

Figure n°5 : Répartition des patients en fonction de leur couverture santé

Figure n°6 : Traitements habituels lors de la présentation au SAU

Tableau n°1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients.

Tableau n°2 : Principales variables selon les différentes sous-catégories diagnostics.

Tableau n°3 : Anomalies des constantes et résultats des examens biologiques.

Tableau n°4 : Evaluation du suivi libéral et de l'observance thérapeutique.

Tableau n°5 : Analyse bivariée entre le suivi libéral par le médecin traitant ainsi que l'observance thérapeutique et les principales variables.

Résumé

Introduction :

La Guyane française est un territoire particulier de par sa localisation sud-américaine et son climat tropical. Sa population est caractérisée par une importante diversité culturelle, des inégalités marquées dans les domaines socio-économique, éducatif, et dans l'accès à la santé. Dans les services d'urgences de France hexagonale, les pathologies cardiovasculaires aiguës représentent une part importante des consultations avec parfois une mise en jeu du pronostic vital. L'objectif de ce travail est la description de l'épidémiologie des cardiopathies aiguës aux urgences du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC). L'objectif secondaire est l'évaluation du suivi médical, paramédical et de l'observance thérapeutique de ces patients.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHC du 01/05/2021 au 31/08/21. Tous les patients recevant un diagnostic de cardiopathie aiguë ont été inclus. Nous avons exclu les patients dont la cardiopathie était déclenchée ou associée à une autre pathologie aiguë, ainsi que les patients refusant de participer à l'étude. Au total, 155 patients ont été analysés. Le suivi médical et paramédical était évalué sur le respect des fréquences de consultations chez le médecin traitant et le cardiologue, ainsi que la réalisation d'un suivi biologique et des ECG. L'étude de l'observance était réalisée par le questionnaire de Gired.

Résultats :

La moyenne d'âge était de 63 ± 15 ans, avec une discrète prévalence masculine (sex ratio H/F = 1,4). Une précarité marquée était mise en évidence dans notre échantillon : 60% des patients estimaient leur situation financière insuffisante, 30% avaient un emploi, 30% une mutuelle privée et seuls 41% avaient poursuivi leur étude au-delà du primaire. Les facteurs de risques cardiovasculaires étaient surreprésentés par rapport à la population générale, avec notamment l'hypertension (74% des patients), le diabète (32%), la dyslipidémie (34%) et l'obésité (34%). La majorité des patients inclus (86%) présentait au moins une pathologie cardiovasculaire ou un facteur de risque cardiovasculaire connu et la pathologie présentée aux urgences était connue chez 48% d'entre eux. Les insuffisances cardiaques aiguës étaient les pathologies les plus fréquentes (41%). La réalisation d'examens complémentaires intra hospitaliers concernait 98% des patients et 65% bénéficiaient d'une hospitalisation. Le taux de mortalité aux urgences et en service était de 4,5%. Le respect complet du suivi médical et paramédical était retrouvé chez seulement 23% des patients évalués, et seuls 39% des patients décrivaient une bonne observance ou la délivrance des traitements par une infirmière à domicile. Enfin, l'étude du traitement, au vu des pathologies, était adapté chez seulement 48% d'entre eux selon les recommandations françaises en vigueur.

Conclusion :

Bien que leur incidence soit inférieure à celle de France hexagonale, probablement du fait d'une population beaucoup plus jeune, on observe une variation de profil épidémiologique tant au niveau de l'âge, souvent inférieur en Guyane pour les mêmes catégories de pathologies, que dans de la prévalence des divers facteurs de risques cardiovasculaires associés. Nous avons également mis en évidence un fort niveau de précarité évalué par le niveau scolaire, la couverture maladie et la situation financière. L'analyse du régime, de l'activité sportive mais surtout du suivi médical et de l'observance fait ressortir par ailleurs, une carence dans l'éducation du patient à sa maladie, principal levier à disposition du médecin traitant. Ces pistes constitueraient un solide axe de travail pour diminuer l'augmentation de l'incidence, liée au vieillissement de la population, prévisible au cours des années à venir.

Mots clefs : Guyane Française ; Urgences ; cardiologie ; Epidémiologie ; Prise en charge ; Suivi ; Observance

Abstract

Introduction:

French Guiana is a particular territory due to location in the South America and to its tropical climate. The population is characterized by an important cultural diversity, marked inequalities in socio-economic and educational and access to health. In the emergency department of France hexagonal, acute cardiovascular pathology disease represents an important part of the consultations with sometimes a vital prognosis. The goal of this work is the description of the epidemiology of acute heart disease at the emergency of Cayenne hospital Center (CHC). The secondary goal is to assess for the medical and paramedical follow-up and the therapeutic compliance of these patients.

Material and methods:

It's about a prospective, descriptive study, realized in the emergency reception service of the CHC from 05/01/2021 to 08/31/2021. All patients who were diagnosed with acute heart disease were included. We excluded patients whose heart disease was triggered or associated with another acute pathology, as well as for those who refused to participate in the study. A total of 155 patients were examined. The medical and paramedical follow-up was evaluated on compliance with the frequency of consultations with the treating doctor and the cardiologist, as well as carrying out biological monitoring and ECGs. The study of observance was produced by the Girerd questionnaire.

Result:

The average age was 63 ± 15 years old, with a discreet male prevalence (M/F sex ratio = 1.4). A marked precariousness was highlighted in our sample: 60% of patients considered their financial situation insufficient, 30% of them had a job, 30% had a private mutual and only 41% had continued their studies beyond primary school. Cardiovascular risk factors were overrepresented related to the general population, including hypertension (74%), diabetes (32%), dyslipidemia (34%) and obesity (34%). The majority of the patients included (86%) presented at least one cardiovascular pathology or a known cardiovascular risk factor, and the pathology that showed up to the emergency was known in 48%. Acute heart failure were the most frequent pathologies (41%). The carry out additional examination intra-hospital concerned 98% of patients and 65% benefited from hospitalization. The rate mortality at the emergency room and at the service was 4,5%. Full respect with medical and paramedical follow-up was found in only 23% of patients assessed, and only 39% of patients described good observance or delivery of treatments by a home nurse. Finally the study of the treatment, in view of the pathologies, was suitable for only 48% of them, according to the French recommendations in vigor.

Conclusion:

Although their incidence is lower than that of hexagonal France, probably due to a much younger population, we observe a variation in the epidemiological profile on a level of the age, often lower in French Guiana for the same categories of pathologies than in the prevalence of the various associated cardiovascular risk factors. We also highlighted a high level of precariousness assessed by educational level, health coverage and financial situation. The analysis of the diet, the sports activity but especially the medical follow-up and the observance also brings out, a lack of education of the patient about his disease, a main lever available to the treating doctor. These tracks would constitute a solid axis of work to reduce the increase in incidence, linked to the aging of the population, predictable during these years to come.

Keywords: French Guiana; Emergency room; Cardiology; Epidemiology; Supported; Followed; Observance.

Introduction

I Les pathologies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent un ensemble hétérogène de maladies, dont le point commun est une atteinte du cœur ou des vaisseaux sanguins, et dont la conséquence est une réduction de l'apport sanguin conduisant à un état d'hypoxie pouvant aller jusqu'à la nécrose tissulaire.

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), les pathologies cardiovasculaires sont la première cause de décès au niveau mondial (1). La mortalité de celles-ci est estimée à 17,9 millions par an, soit 32% de la mortalité mondiale totale, et continue d'augmenter (2). Elles sont également responsables d'une morbidité importante (3), avec des retentissements économiques conséquents. En Europe, leur coût est estimé à 267 millions d'euros par an par million d'habitants (4).

C'est dans les pays à faibles revenus ou revenus intermédiaires, que se concentre la majorité des décès liés aux maladies cardiovasculaires, plus de 80% en 2020 (5). Sur le continent Africain, cette situation est parfois même qualifiée « d'épidémie de maladies cardiovasculaires » (6), tant la différence épidémiologique est importante avec la majorité des pays développés (7). La précarité, bien qu'encore sous-estimée à l'heure actuelle, d'après la société française de cardiologie (8), apparaît donc comme un facteur de risque de premier plan dans le domaine des maladies cardiovasculaires.

Pour lutter contre ce fléau, de nombreux programmes ont été mis en place au cours des dernières années sous l'égide notamment de l'OMS (9,10). Leurs approches sont pluridisciplinaires, à la fois socio-économique, grâce à des mesures d'aide au développement et d'accès aux soins, et médicale, principalement dans la prévention, le dépistage et le traitement des facteurs de risques.

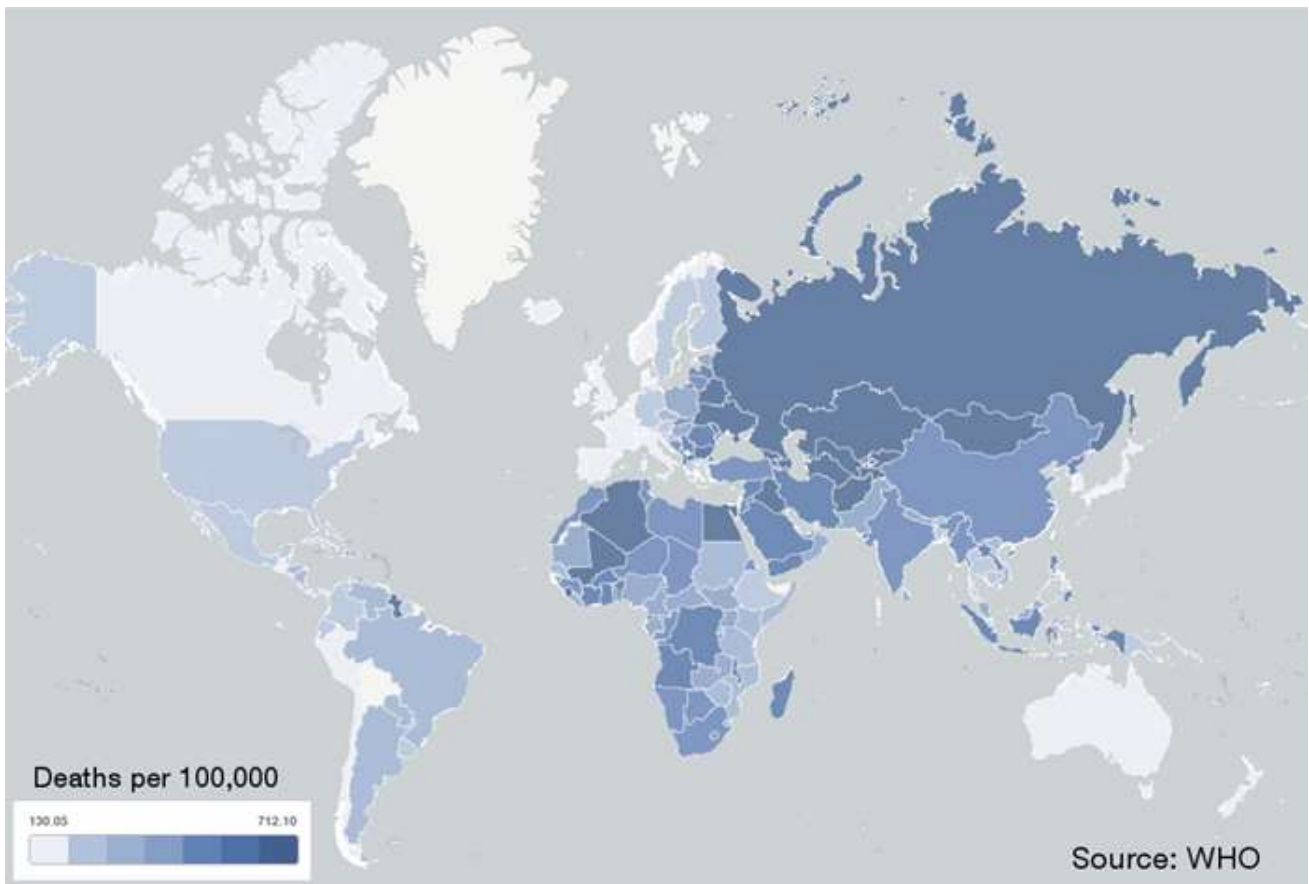


Figure n°1 : Répartition des maladies cardiovasculaires dans le monde par 100 000 habitants d'après World Economic Forum (carte issue de l'OMS), 2012.

En France, elles sont responsables de plus 150 000 décès par an, soit environ le quart du nombre total de décès prématurés (11). Grâce au développement de la prévention primaire depuis ces 4 dernières décennies (campagne de sensibilisation, dépistage et traitement des facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV), suivi par les médecins libéraux...), une baisse nationale de la mortalité cardiovasculaire a été observée (11,12). Bien que moins mortelles, elles ont tout de même un impact économique majeur. En effet, d'après l'assurance maladie, leur coût en dépenses de santé est estimé à 10% du total de la consommation de soins et de biens médicaux en 2021 (13).

L'un des points cruciaux dans la prise en charge au long cours de ces maladies est le respect quotidien d'un traitement médicamenteux associé à un suivi régulier, organisé autour du patient, par le médecin généraliste coordonnateur. Une prise en charge multidisciplinaire intégrant plusieurs spécialistes (cardiologue, neurologue,

néphrologue, endocrinologue, ophtalmologue...) à intervalles réguliers, et comprenant divers examens paracliniques (biologie, imagerie, ...) permettent un suivi régulier de l'évolution, orchestré par le médecin traitant pour adapter le traitement.

Malgré un suivi quasi-exclusivement dirigé depuis la médecine de ville, la décompensation de l'une de ces pathologies présente fréquemment des critères de gravité et relève de l'urgence. Ceci obligeant le patient à se présenter, ou le médecin généraliste à orienter son patient aux urgences, pour une prise en charge hospitalière multidisciplinaire rapide.

II Les spécificités de la Guyane française

Caractéristiques

La Guyane française est une collectivité territoriale ultra-marine française située en Amérique du Sud, dans la zone intertropicale entre le Suriname et le Brésil. Le territoire s'étend sur plus de 84 000km², dont plus de 90% est occupé par une forêt tropicale dense (14). Selon l'Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE), la population guyanaise est évaluée à 294 150 habitants en janvier 2021 (15). Parmi eux, 238 703 résidents sont établis dans les communes du littoral, dont 71% sont concentrés sur les communes urbaines entourant Cayenne, formant la Communauté d'Agglomération du Centre du Littoral (CACL) (16). Les autres communes, situées plus à l'intérieur des terres sont souvent moins peuplées, et aussi beaucoup moins accessibles. La population de Guyane est caractérisée par une importante diversité ethnique et culturelle. Le taux de mortalité y est bas, en raison d'une population très jeune, entretenue par un taux de natalité élevé (17). Selon des données de l'INSEE en 2017 (18), la précarité économique du département est très importante. Elle est illustrée par un taux de chômage de 22% et une proportion d'habitants supérieure à 50% vivant sous le seuil de pauvreté. Le coût important de la vie en outre-mer tend à aggraver cette précarité (19).

Accès aux soins

L'accès aux soins en Guyane française est difficile. Le département dispose de seulement 44 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 85 sur l'ensemble du pays (20). Le département dispose de 3 hôpitaux situés sur le littoral et de 17 Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) dans les différentes communes isolées. Ces derniers sont organisés selon un réseau permettant une offre de soins primaires, dans le domaine de la médecine d'urgence mais aussi dans le domaine de la médecine de ville.

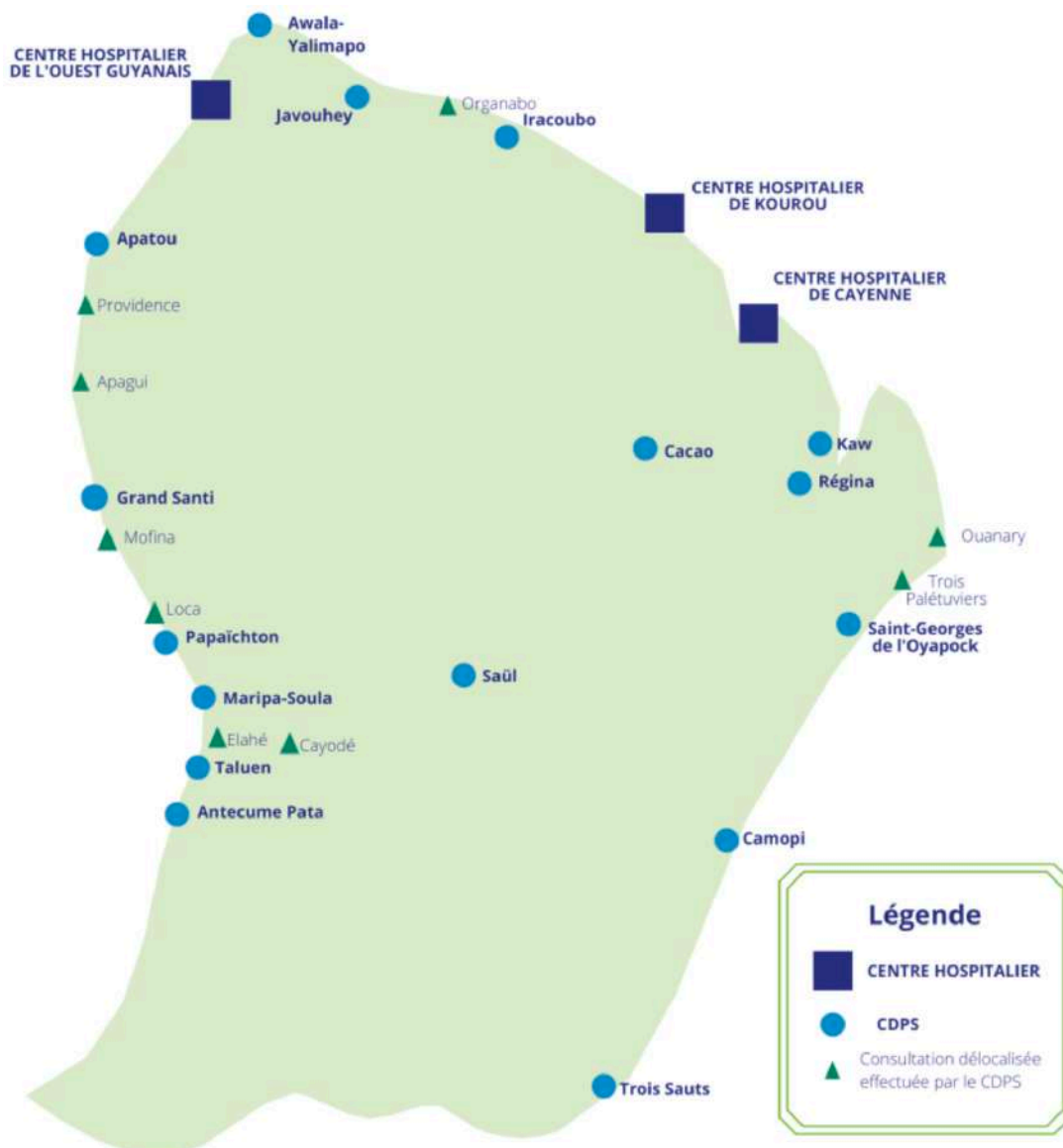


Figure n° 2 : Carte des structures de soins de Guyane (issue de communication CHC)

III Les pathologies cardiovasculaires en Guyane française.

Les pathologies cardiovasculaires sont responsables de près de 20% des décès en Guyane avec une moyenne annuelle de près de 160 décès (21). Au premier rang de celles-ci, on retrouve les cardiopathies ischémiques et non ischémiques suivies des pathologies cérébro-vasculaires. Les FDRCV, promoteurs des MCV sont très représentés : le diabète traité concernerait 7,7% de la population guyanaise, l'obésité 18% et l'hypertension artérielle jusqu'à 40% dans la population Cayennaise, selon les travaux de Rochemont D et Al sur les pathologies neuro et cardio-vasculaires (22).

Bien que l'épidémiologie de certaines de ces pathologies ait déjà été étudiée en Guyane française (22–24), aucune investigation ne s'est à ce jour, intéressé au suivi des pathologies cardiaques dans le champ de la médecine libérale chez les patients présentant une décompensation de celles-ci.

Dans un département où l'espérance de vie est inférieure à celle de la France hexagonale (25), l'évaluation du suivi ainsi que de l'observance thérapeutique, véritables piliers dans la prise en charge du patient atteint d'une maladie chronique, pourrait être un axe important de travail afin de limiter la survenue d'épisodes aigus.

Nous avons ainsi conduit une étude prospective au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), incluant tous les patients qui consultaient pour la survenue d'un événement cardiaque aigu. Les objectifs de ce travail étaient :

- L'évaluation du suivi en médecine libérale ainsi que l'observance thérapeutique.
- L'établissement des profils et des caractéristiques socio-démographiques des personnes à risques afin d'identifier d'autres facteurs associés à la survenue d'un épisode aigu.

Matériel et Méthodes

I Présentation de l'étude

Il a été réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, prospective, unicentrique. Les patients ont été inclus du 01/05/2021 au 31/08/2021 au sein du service d'accueil d'urgence du centre hospitalier de Cayenne (CHC).

II Description de la population étudiée

Ont été inclus tous les patients majeurs, qui présentaient à leur arrivée au Service d'accueil des urgences (SAU) les symptômes suivants : douleur thoracique, palpitations, malaise, dyspnée ou œdème de membres inférieurs bilatéraux, ainsi que les patients recevant un diagnostic de syndrome coronaire aigu (SCA), d'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) ou de trouble du rythme (TDR) ou trouble de la conduction (TDC) de haut degré malgré l'absence de symptômes permettant leur inclusion.

Par la suite, nous avons exclu les patients pour lesquels un diagnostic différentiel était retenu après la prise en charge initial. Nous avons également exclu les patients dont la pathologie cardiaque était associée à la décompensation d'une pathologie sous-jacente, (tel que déséquilibre de diabète, insuffisance rénale aiguë...) afin d'étudier exclusivement les pathologies d'origine cardiovasculaire. Les patients s'opposant à l'utilisation de leurs données ont été exclus de l'étude.

III Variables étudiées

Les variables démographiques qui ont été recueillies sont les suivantes : âge, sexe, motif d'admission, activité professionnelle, origine, niveau d'étude validée, situation de précarité financière, évaluée avec la question à plus haut coefficient du questionnaire EPICES (annexe n°1), consommation de tabac, surconsommation d'alcool, pratique régulière d'activité physique selon les recommandations nationales, respect des consignes hygiéno-diététiques, poids et taille, présence d'une couverture sociale, souscription à une complémentaire santé et déclaration à la sécurité sociale dans le cadre des affections de longue durée (ALD).

Sur la prise en charge au sein du service des urgences ou de réanimation, ont été relevés l'état hémodynamique (tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (Fc)), respiratoire (fréquence respiratoire (FR), saturation pulsée en oxygène), et neurologique (score de Glasgow). Les normes de ces constantes (issues du

cours « les paramètres vitaux et biologique » de Quenec (26)) sont présentées en annexe n°1. Nous avons également relevé la présence d'antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires personnels et la prise d'un traitement médicamenteux. La gravité a été évaluée par la Classification Infirmière de Malades aux Urgences (CIMU) représentée en annexe n°2. Les patients ont ensuite été classés en 2 groupes, CIMU \geq IV et CIMU \leq III, seuil à partir duquel apparaît une lésion de type complexe ou potentiellement instable et un risque d'aggravation à court terme. Nous avons également recueilli la réalisation et l'interprétation des électrocardiogrammes (ECG) et la réalisation des examens biologiques et d'imageries (échographie cardiaque transthoracique (ETT), radiographie pulmonaire (RP), scanner, et imagerie par résonnance magnétique (IRM), les traitements instaurés, les actes médicaux pratiqués et le diagnostic retenu. Les normes des paramètres biologiques issues du logiciel sont représentées en annexe n°1.

Nous avons précisé l'orientation du patient, sa durée d'hospitalisation dans les différents secteurs, la réalisation de transfert hors de Guyane française et le statut à la fin de la prise en charge (vivant ou décédé).

Concernant le suivi des patients, nous avons recueilli la réalisation d'un suivi régulier par un médecin généraliste et d'un cardiologue attitré, la fréquence des consultations, des prélèvements sanguins, des ECG, ainsi que l'observance thérapeutique évaluée par le questionnaire Gired X (annexe n°2). Ce dernier, initialement utilisé pour évaluer l'observance médicamenteuse dans le cadre de l'hypertension artérielle, est composé de 6 items et permet de classer le degré d'observance en « bonne observance », « minimales problèmes d'observance » et « mauvaise observance ».

IV Recueil d'informations

Le recueil des données a été réalisé de façon prospective, à l'aide de questionnaires papiers (annexe n°3) et des logiciels hospitaliers.

Le questionnaire papier comportait deux pages, imprimées sur une feuille recto-verso. Le recto comportait les données socio-économiques remplies par les infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA), et le verso des données médicales, remplies par les médecins et internes en box, après le diagnostic confirmé.

Une fois les patients inclus, et le questionnaire papier complété, les données relatives à l'admission au SAU et à la prise en charge dans le service des urgences ont été

recueillies sur le logiciel DMU Net® (SPILC). Les informations relatives aux examens d'imagerie, ont été recherchées sur le logiciel Xplore® (EDL). Les paramètres biologiques ont été extraits du logiciel SRI® (AGFA Healthcare). Les données concernant le volet socio-administratif ont été recueillies à partir du logiciel Hexagone® (Dedalus France). Enfin, les données relatives à la prise en charge en service d'hospitalisation et d'une potentielle chirurgie, ont été recueillies à partir du logiciel CORA® document (Maincare Corporate).

Un complément de recueil a été réalisé pour les patients n'ayant pas été inclus lors de leur passage aux urgences malgré la présence de critères d'inclusion, ou bien pour les patients avec un questionnaire incomplet. Les patients concernés étaient ainsi rappelés par téléphone pour obtenir les informations manquantes.

V Aspects législatifs

Ce travail a été effectué conformément à la méthodologie de référence MR-003 de la Commission de l'Informatique et des Liberté (CNIL), qui encadre les traitements des données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine, à laquelle le CHC s'est engagé à se conformer. Il a été enregistré sous le numéro 2224524 v 0 le 9 décembre 2021. Une information collective a été réalisée et cette recherche a été inscrite au registre des traitements internes de l'hôpital ainsi que sur le site de la Health Data Hub (HDH) sous le numéro N° F20210503154456.

VI Analyse statistique

Nous avons créé un fichier de données anonymisées avec les informations des patients, et nous avons effectué une analyse descriptive à l'aide d'Excel (Microsoft®).

Les variables continues sont exprimées en moyenne \pm écart-type et les variables qualitatives sont exprimées en nombre (pourcentage).

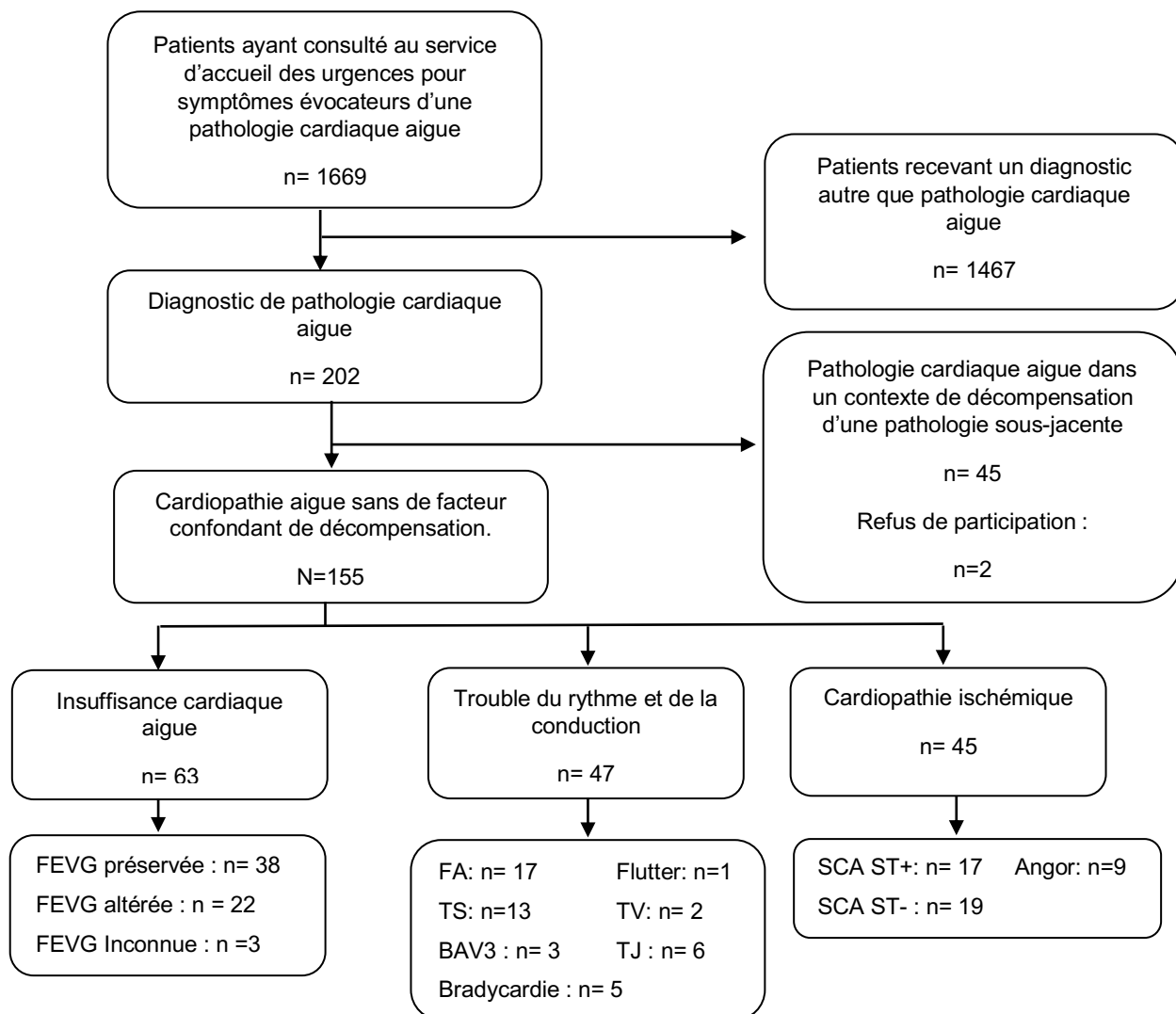
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des tests d'indépendance du χ^2 pour la comparaison de deux variables binaires, ou le test de Fisher exact pour les petits échantillons. Les variables quantitatives distribuées selon une loi normale ont été comparées par le test t de Welch, et celles distribuées selon une loi non normale, par le test de Mann-Whitney.

Un seuil de significativité a été fixé à $p > 0,05$.

Résultats

I Description de la population générale

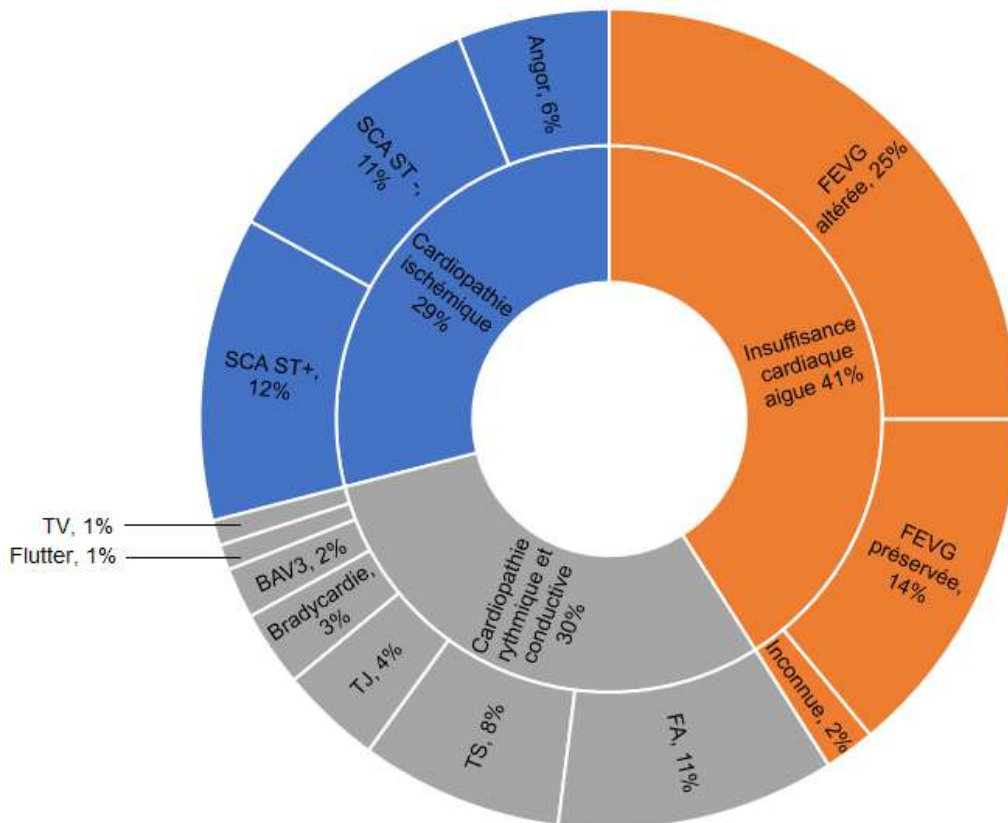
Du 1^{er} mai 2021 au 31 août 2021, 15 206 patients ont consulté au SAU de Cayenne. Parmi eux, 1669 présentaient des symptômes évocateurs de pathologies cardiaques aiguës. Nous avons exclu 1467 patients recevant un des 58 diagnostics sans rapport avec une cardiopathie aiguë, au premier rang desquels, les diagnostics « Douleur thoracique sans autres indications (SAI) », « Dyspnée », « Palpitations », et « Malaise SAI ». La majorité des patients exclus recevait un diagnostic relevant des spécialités de l'infectiologie et de la pneumologie. Sur les 15 206 patients ayant consulté au SAU sur la période d'inclusion, nous avons donc retenu 155 patients, soit une prévalence de 1%. Parmi eux, 63 (41%) souffraient d'une ICA, 47 (30%) de TDR ou de TDC de haut grade et 45 (29%) de cardiopathie ischémiques (CPI). Le diagramme de flux de l'étude est rapporté dans la figure n°3.



TV : tachycardie ventriculaire ; BAV3 : Bloc atrioventriculaire de type 3 ; TJ : tachycardie jonctionnelle ; TS : tachycardie sinusale ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche ; SCA ST+ : syndrome coronarien avec élévation du segment ST ; SCA ST - : syndrome coronarien sans élévation du segment ST

Figure n°3 : Diagramme de flux

La prévalence des catégories diagnostiques et des diagnostics est représentée dans la figure n°4. L'ICA représente la majorité des pathologies cardiologiques aiguës au SAU, avec 63 patients (41%). Les pathologies rythmiques et ischémiques représentent quant à elles une proportion similaire de notre population, respectivement 47 (30%) et 45 (29%) patients chacune.



TV : tachycardie ventriculaire, BAV3 : Bloc atrioventriculaire de type 3, TJ : tachycardie jonctionnelle, TS : tachycardie sinusale, FA : fibrillation atriale, FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche, SCA ST+ : syndrome coronarien avec élévation du segment ST, SCA ST - : syndrome coronarien sans élévation du segment ST

Figure n°4 : Distribution des diagnostics et des groupes diagnostics dans la population.

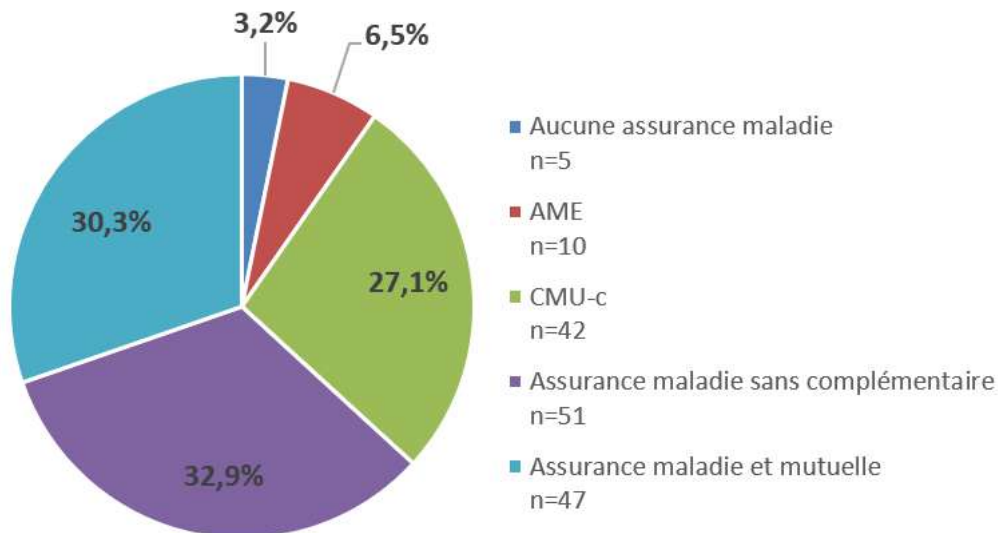
Les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau n°1. La population de l'étude est représentée par une majorité d'hommes avec un sex-ratio (SR) H/F de 1,4. La moyenne d'âge est de 63 ± 15 ans et l'indice de masse corporel (IMC) de $28,3 \pm 5,2$. Concernant le niveau éducatif, 21 (16%) patients interrogés n'avaient pas été scolarisés et 56 (42%) n'avaient validé que le cycle primaire. L'étude de la situation financière retrouvait 78 patients (60%) déclarant rencontrer de réelles difficultés financières à faire face à leurs besoins.

Tableau n°1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients.

Variables	Nombre de patients (n=155)
<i>Caractéristiques démographiques</i>	
Age (années)	63 ± 15
Sexe (masculin)	91 (59%)
Poids (kg) (n=148)	81 ± 15
Taille (cm) (n=148)	169 ± 0.1
IMC (kg/m ²) (n=148)	28 ± 5
<i>Caractéristiques sociales</i>	
Origine	
Guyanienne	7 (5%)
Antillaise	9 (6%)
Guyanaise	62 (40%)
Haïtienne	32 (21%)
France hexagonale	12 (8%)
Surinamaïse	2 (1%)
Brésilienne	17 (11%)
Autres	14 (9%)
Niveau scolaire validé (n=131)	
Aucun	21 (16%)
Primaire	56 (43%)
Secondaire	41 (31%)
Etudes supérieures	13 (10%)
Activité professionnelle (n=135)	
Présente	40 (30%)
Absente	41 (30%)
Retraite	54 (40%)
Situation financière (n=131)	
Suffisante	53 (40%)
Insuffisante	78 (60%)
Inscription au régime d'affection longue durée	81 (53%)

IMC : Indice de masse corporel

Parmi l'ensemble des patients inclus, 140 (90%) bénéficiaient d'une couverture santé auprès de l'assurance maladie. Le nombre de patients inscrits auprès de l'assurance maladie et ayant souscrit à une mutuelle privée était de 47 (30%). La répartition des patients en fonction de leur couverture santé est représentée dans la figure n°5.



AME : Aide médicale d'état, CMU-c : Couverture médicale universelle complémentaire.

Figure n°5 : Répartition des patients en fonction de leur couverture santé

L'analyse des différentes sous-catégories diagnostiques est représentée dans le tableau n°2.

L'insuffisance cardiaque était connue chez 41 patients (65%) et seulement 5 d'entre eux (8%) déclaraient ne jamais consommer de sel au cours des repas. On retrouve au moins un antécédent de maladie cardiovasculaire connu chez 61 patients (97%) dans cette même catégorie.

Concernant les cardiopathies ischémiques, on retrouve également une forte prévalence d'antécédents de maladies cardiovasculaires, avec 34 patients (76%) et une fréquence élevée d'hospitalisations avec 38 patients (84%). On constate également la plus haute fréquence de réalisation de coronarographie, chez 36 patients (80%), et respect des règles hygiéno-diététiques chez seulement 2 patients (4%).

L'étude des cardiopathies rythmiques révèle une fréquence élevée d'antécédents cardiovasculaires, avec 38 patients (81%), et 22 (47%) patients présentaient un antécédent de cardiopathie rythmique ou conductive. Il s'agissait de la catégorie où l'on observait le plus de retour à domicile après le passage au SAU (n=30, 64%).

Tableau n°2 : Principales variables selon les différentes sous catégories diagnostiques.

Variable	Cardiopathie ischémique (n=45)	Cardiopathie rythmique (n=47)	Insuffisance cardiaque (n=63)	Total n=155
Age (année)	59 ± 14	63 ± 21	69 ± 16	64 ± 14
Sexe (masculin)	33 (73%)	28 (60%)	30 (48%)	91 (59%)
IMC (kg/m ²)	29 ± 5	27 ± 5	29 ± 8	28 ± 5
ATCD pathologie CV	34 (76%)	38 (81%)	61 (97%)	133 (85%)
Connaissance antérieure de la pathologie cardiaque responsable de la consultation au SAU	11 (24%)	22 (47%)	41 (65%)	74 (48%)
<u>Hygiène de vie</u>				
Respect RHD	2 (5%)	2 (5%)	5 (10%)	9 (7%)
Non renseigné	7 (16%)	8 (17%)	13 (20%)	28 (18%)
Pratique régulière de sport	9 (24%)	10 (25%)	7 (14%)	26 (20%)
Non renseigné	7 (16%)	8 (17%)	13 (20%)	28 (18%)
Tabagisme	20 (47%)	7 (16%)	15 (24%)	42 (28%)
Non renseigné	2 (4%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (4%)
<u>Codage CIMU</u>				
CIMU ≤ III	30 (66%)	26 (55%)	59 (94%)	115 (74%)
CIMU ≥ IV	15 (33%)	21 (45%)	4 (6%)	40 (26%)
<u>Antécédents</u>				
Hypertension artérielle	35 (73%)	29 (62%)	53 (84%)	115 (74%)
Dyslipidémie	17 (38%)	15 (32%)	21 (33%)	53 (34%)
Trouble rythmique ou conducteur	3 (7%)	22 (47%)	22 (35%)	47 (30%)
Obésité (IMC > 30kg/m ² (n=148))	20 (46%)	12 (29%)	18 (29%)	50 (34%)
Diabète	14 (31%)	10 (21%)	26 (41%)	50 (32%)
Insuffisance cardiaque	2 (4%)	4 (9%)	41 (63%)	47 (30%)
Infarctus du myocarde	11(24%)	4 (9%)	15 (24%)	30 (19%)
Accident vasculaire cérébral	7(11%)	6 (13%)	14 (22%)	21 (14%)
Aucun antécédent connu	11 (24%)	9 (19%)	2 (3%)	22 (14%)
<u>Orientation</u>				
Décès intra hospitalier	2 (5%)	2 (4%)	4 (6%)	8 (5%)
Réanimation	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)	4 (3%)
Soins intensifs de Cardiologie	29 (64%)	9 (19%)	21 (33%)	59 (38%)
Cardiologie ou hébergement	7 (16%)	7 (15%)	24 (38%)	38 (25%)
Durée moyenne d'hospitalisation (en jours)	14±14	18±13	20±18	17±16
Retour à Domicile	7 (16%)	30 (64%)	17 (27%)	54 (34%)
Coronarographie	36 (80%)	2 (4%)	9 (14%)	47 (30%)

IMC : indice de masse corporel ATCD : antécédents CV : cardiovasculaire RHD : règle hygiéno-diététique CIMU : classification infirmière aux urgences

Les différents traitements prescrits aux patients par leur médecin traitant ou autres médecins, antérieurement à leur passage au SAU, sont représentés dans la figure n°5. Les traitements les plus utilisés sont ceux agissant sur le système rénine-angiotensine, prescrits chez 78 (52%) patients, suivi par les diurétiques, prescrits chez 66 (44%) patients.

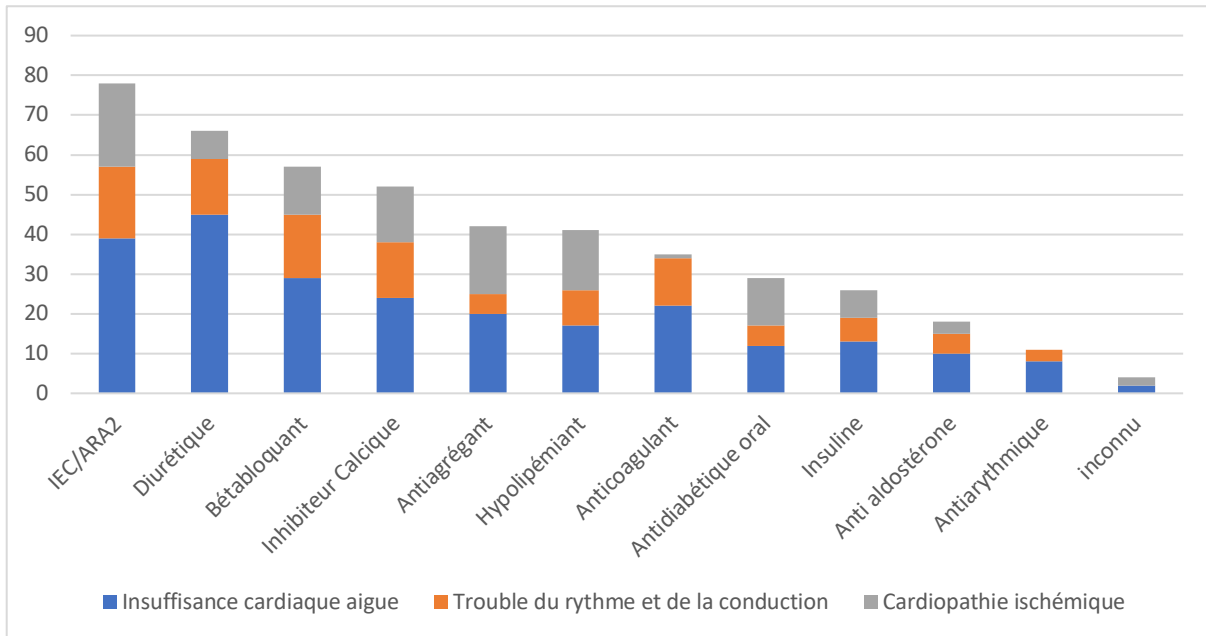


Figure n°6 : Traitements habituels lors de la présentation au SAU

II Prise en charge au SAU

Les anomalies retrouvées lors de l'enregistrement des constantes à l'entrée au SAU et les anomalies des examens biologiques sont représentées dans le tableau n°3. Les normes des variables étudiées sont décrites en annexe n°1.

Tableau n°3 : Anomalies des constantes et résultats des examens biologiques.

Variable	Population n=155
Constantes	
Trouble de la conscience (<i>Glasgow <15</i>)	17 (11%)
Tachycardie ou bradycardie (<i>Fc < 50 ou >100 bpm</i>)	67 (43%)
Hypo ou hypertension artérielle systolique (<i>TAS 100 < ou > 140 mmHg</i>)	91 (59%)
Hypo ou hypertension artérielle diastolique (<i>TAD 50 ou > 85 mmHg</i>)	65 (42%)
Hypoxémie (<i>SPO2 <95%</i>)	33 (21%)
Polypnée (n=99) (<i>FR > 20/min</i>)	83 (84%)
Hyperglycémie (n=88) (<i>glycémie >1,26g/L</i>)	39 (44%)
Mesures thérapeutiques mise en place au SAU	
Diurétique	73 (47%)
Oxygénothérapie	59 (38%)
Anti-hypertenseur	33 (21%)
Thrombolyse	26 (17%)
Traitement bradycardisant	17 (11%)
Insuline	8 (5%)
Drogue vasoactive	4 (3%)
Choc électrique externe	3 (2%)
Intubation oro-trachéale	2 (1%)
Examens complémentaires	
Electrocardiogramme	153 (99%)
Biologie	152 (98%)
Radiographie du thorax	58 (37%)
ETT réalisée par un cardiologue	77 (50%)
Scanner thoracique	30 (19%)
IRM cérébrale	12 (8%)
Anomalies retrouvées aux examens biologiques	
Anémie (n=152)	48 (32%)
Thrombocytose ou thrombopénie (n=152)	25 (16%)
Trouble de la coagulation (n=126)	42 (33%)
Dyskaliémie (n=151)	50 (34%)
Elévation de l'urée ou la créatinine (n=150)	92 (61%)
Dysthyroïdie (n=29)	6 (21%)
Elévation de la BNP (n=132)	100 (76%)
Elévation de la troponine (n=138)	114 (83%)
Elévation de la lactatémie artérielle (n=58)	19 (33%)

Fc : fréquence cardiaque ; TAS : tension artérielle systolique ; TAD : tension artérielle diastolique ; mmHg : millimètre de mercure ; SPO2 : saturation pulsée en oxygène ; FR : fréquence respiratoire ; Hb : Hémoglobine ; TP : Taux de prothrombine ; TCA : Temps de céphaline activée ; BNP : Brain Natriuretic peptid ; TSH : Thyroid-Stimulating Hormone ; ETT : échographie transthoracique ; IRM : Imagerie par résonance magnétique.

Le parcours de soin hospitalier et les différents examens sont présentés dans le tableau n°4. Les deux traitements les plus utilisés étaient les diurétiques, administrés chez 73 (47%) patients, et l'oxygénothérapie, chez 59 patients (38%). Cette fréquence est encore plus importante chez les patients recevant un diagnostic d'ICA, respectivement chez 61 (97%) et 41 (65%) patients.

La réalisation d'un examen biologique et d'un ECG était presque systématique ; elle concernait respectivement 152 (98%) et 153 (99%) patients. La réalisation d'une ETT par le cardiologue, était réalisée chez 77 patients (50%).

Au décours de la prise en charge, 101 (65%) patients ont été hospitalisés. On dénombre par ailleurs 11 (7%) transferts, pour la réalisation d'actes nécessitant un plateau technique de cardiologie ou un service de chirurgie cardiothoracique (pontage, greffe, pose de défibrillateur automatique implantable ou de pacemaker), vers Fort-de-France ou Paris, et 8 (5%) décès intra-hospitaliers.

III Evaluation du suivi libéral et observance médicamenteuse

Sur les 155 patients de notre cohorte, nous sommes parvenus à étudier le suivi médical libéral chez 134 patients, le suivi paramédical chez 137 patients et l'observance thérapeutique chez 129 patients. L'évaluation du suivi et de l'observance médicamenteuse est présentée dans le tableau n°4.

Dans notre échantillon de population ayant été soumis au questionnaire, 110 patients (71%) possèdent un médecin traitant attitré, et 73 (47%) le consultent tous les 3 mois.

Le suivi cardiologique était assuré par un cardiologue attitré pour 59 (38%) patients, et 52 (34%) le consultent au moins une fois par an.

La réalisation des examens biologiques et des ECG de façon conforme aux recommandations françaises, est retrouvée respectivement chez 72 et 74 (46% et 48%) patients.

L'étude de l'observance médicamenteuse met en évidence 2 groupes principaux : un premier où l'on retrouve une bonne observance ou une délivrance par une infirmière diplômée d'état (IDE) chez 55 (36%) patients ; un second groupe de 64 (55%) patients n'ayant pas une bonne observance ou des patients dépourvus de traitements malgré des antécédents médicaux. En évaluant les traitements vis-à-vis des antécédents présentés, on retrouve un traitement inadapté ou incomplet selon les recommandations françaises actuelles chez 54 % des patients, si l'on exclut les 22 patients ne nécessitant pas de traitement.

Tableau n°4 : Evaluation du suivi libéral et de l'observance thérapeutique

Variables	Cardiopathies Ischémiques (n=45)	Cardiopathies Rythmiques (n=47)	Insuffisance Cardiaque (n=63)	Total (n=155)
Suivi par le médecin traitant (n=134)				
Présence d'un médecin traitant attiré	30 (78%)	37 (90%)	43 (78%)	110 (82%)
Fréquence des consultations adaptée	15 (39%)	25 (61%)	33 (60%)	73 (54%)
Non renseigné	7 (16%)	6 (13%)	8 (13%)	21 (14%)
Suivi par le cardiologue (n=134)				
Présence d'un cardiologue attiré	14 (36%)	21 (51%)	24 (44%)	59 (44%)
Fréquence des consultations adaptée	11 (31%)	20 (49%)	21 (38%)	52 (39%)
Non renseigné	7 (16%)	6 (13%)	8 (13%)	21 (14%)
Fréquence des prises de sang adaptée (n=137)				
Non renseigné	16 (40%)	25 (60%)	31 (56%)	72 (53%)
Non renseigné	5 (11%)	5 (11%)	8 (13%)	18 (12%)
Fréquence des ECG adaptée (n=137)				
Non renseigné	17 (42%)	21 (50%)	34 (62%)	74 (54%)
Non renseigné	5 (11%)	5 (11%)	8 (13%)	18 (12%)
Fréquence du suivi à jour, toutes catégories (n=134)				
Non renseigné	4 (10%)	10 (24%)	17 (31%)	31 (23%)
Non renseigné	7 (16%)	6 (13%)	8 (13%)	21 (14%)
Evaluation de l'observance (n=141)				
Délivré par IDE libérale	5 (12%)	10 (23%)	19 (33%)	34 (24%)
Bonne	8 (20%)	7 (16%)	6 (11%)	21 (15%)
Minime problème d'observance	6 (15%)	3 (7%)	5 (9%)	14 (10%)
Mauvaise	11 (27%)	10 (23%)	22 (39%)	43 (30%)
Aucun traitement	11 (27%)	13 (30%)	5 (9%)	29 (21%)
Non renseigné	4 (9%)	4 (9%)	6 (10%)	14 (9%)
Traitement adapté à la pathologie (n=129)				
Patient ne nécessitant pas de traitement	17 (53%)	19 (50%)	22 (37%)	62 (48%)
Traitement non renseigné	11 (24%)	9 (19%)	2 (3%)	22 (14%)
Traitement non renseigné	2 (4%)	-	2 (3%)	4 (3%)

IDE : Infirmier diplômé d'état. ECG : Electrocardiogramme

L'analyse bivariée du suivi médical et de l'observance thérapeutique par rapport aux principales variables est représentée dans le tableau n°5.

On constate une variation significative de l'âge de survenue de la pathologie cardiovasculaire, en fonction de la qualité du suivi médical (70 ± 14 ans vs. 59 ± 17 ans, $p<0,001$), ainsi que de l'observance thérapeutique (76 ± 12 ans vs 58 ± 15 ans, $p<0,001$).

Par ailleurs, on observe une association significative entre suivi médical et observance thérapeutique de qualité, et le respect de la fréquence des autres catégories de suivi libéraux (suivi cardiologique, biologique, électrocardiographique), ainsi que l'inscription en ALD (67% vs 37%, $p<0,001$ et 76% vs 38%, $p<0,001$).

Une variation significative du respect des RHD est également retrouvée en fonction de la qualité du suivi médical par le médecin traitant (19% vs 6%, $p=0,033$).

La qualité de l'observance thérapeutique est significativement associée à une situation de précarité financière (46% vs 66%, $p=0,023$), à la possession d'une mutuelle privée (42% vs 23%, $p=0,016$) et à une origine étrangère (69% vs 41%, $p<0,001$).

Le taux de décès ne retrouve pas de variation significative en fonction du suivi médical ou bien de l'observance (4% vs 3%, $p=1$ et 6% vs 4%, $p=0,68$), tout comme la validation du cycle d'étude secondaire (35% vs 50%, $p=0,086$ et 42% vs 42%, $p=0,98$).

Tableau n°5 : Analyse bivariée entre le suivi libéral par le médecin traitant ainsi que l'observance thérapeutique et les principales variables.

Variables	Suivi médecin traitant à jour	Suivi médecin traitant non à jour	P value	Groupe « bonne observance »	Groupe « mauvaise observance »	P value
Âge	70 ±14	59 ±17	<0,001	76 ± 12	58 ±15	<0,001
Sexe (masculin)	60%	60%	0,97	49%	35%	0,094
Antécédent de pathologie CV	3 [2 ; 4]	2 [0 ; 3.25]	<0,01	3 [2 ; 5]	2 [1 ; 3]	<0,001
Suivi médecin par le traitant à jour	-	-	-	71%	44%	<0,01
Suivi cardiologique à jour	54%	23%	<0,001	59%	26%	<0,001
Suivi biologique à jour	73%	30%	<0,001	67%	41%	<0,01
Suivi ECG à jour	73%	38%	<0,001	73%	45%	<0,01
Tout suivi à jour	40%	0%	<0,001	33%	13%	<0,01
Traitement adapté à la pathologie	69%	42%	<0,01	61%	36%	<0,01
ALD	67%	37%	<0,001	76%	38%	<0,001
Respect RHD	19%	6%	0,033	15%	12%	0,62
Pratique activité physique	30%	42%	0,2	25%	40%	0,09
Précarité financière	59%	54%	0,57	46%	66%	0,023
Possession d'une mutuelle	32%	28%	0,69	42%	23%	0,016
Origine française	60%	45%	0,079	69%	41%	<0,001
Secondaire validé	35%	50%	0,086	42%	42%	0,98
Décès intra hospitalier	4%	3%	1	6%	4%	0,68

CV : Cardiovasculaire. ECG : Electrocardiogramme. ALD : Affection de Longue Durée. USIC : Unité de soins intensifs de cardiologie. RHD : Règles hygiéno-diététiques

Discussion

I Epidémiologie

Notre étude a permis de décrire, sur une période de 4 mois, l'épidémiologie des cardiopathies aiguës au SAU de Cayenne, dénombant 155 patients et représentant 1% des passages au SAU. Cette population est d'âge intermédiaire (63 ans \pm 15) avec à prédominance masculine (SR H/F=1,4) et présente un IMC élevé (28 \pm 5 kg/m²). Ce travail met également en lumière une précarité importante, tant dans l'éducation : 59% des patients n'ont pas poursuivi leur formation au-delà de l'école primaire ; que dans le domaine économique : seuls 40% des patients estiment avoir suffisamment d'argent pour se nourrir et se loger convenablement et 30% possèdent un emploi, déclaré ou non. Parallèlement, seuls 30% des patients possédaient une mutuelle privée et 53% étaient en ALD pour au moins une pathologie. La proportion de patients originaires d'un territoire français d'outremer (46%) était égale à celle d'origine étrangère (46%), et seuls 8% étaient issus de France Hexagonale. Ces proportions se retrouvaient dans les travaux de Rochemont DR. et Al sur l'épidémiologie des SCA en Guyane (23). La précarité semble donc être fortement associée aux MCV en Guyane française. On relève dans notre échantillon la surreprésentation de l'hypertension artérielle (HTA) (74%), de l'obésité (34 %), du diabète (32%) et de la dyslipidémie (34%) ; une prévalence accrue des FDR CV tant dans l'ICA (27) que dans les CPI (28), prévalence qui tend d'avantage vers celles du Brésil et de l'Afrique subsaharienne que de celle de l'Hexagone (29–32).

L'étude des habitudes de vie révélait un manque d'adhérence aux RHD. En effet, seuls 7% des patients déclaraient respecter strictement les consignes alimentaires, et 20% pratiquer une activité physique au moins une heure et demie par semaine. Il est d'ailleurs intéressant de relever que seulement 10% des patients présentant une ICA respectent strictement un régime sans sel. Le tabagisme actif était également assez fréquemment retrouvé (28%). Des facteurs de risques cardiovasculaires connus antérieurement concernaient 86% des patients, et pour 48% d'entre eux, la pathologie responsable du passage aux urgences était déjà connue. La majorité des patients a été hospitalisée (66%) et le taux de mortalité globale intra-hospitalier, toutes pathologies confondues, s'élève à 4,5%.

Le calcul de l'incidence annuelle, rapportée au bassin de population est estimée à 1,27‰ pour l'ICA, 0,9‰ pour les CPI et 1‰ pour les TDR et TDC de haut grade. S'il nous est difficile de comparer les cardiopathies rythmiques et conductives par manque de données, on observe cependant une incidence moindre qu'en France Hexagonale, pour les ICA et les CPI, respectivement 2,99‰ et 1,54 ‰ d'après l'assurance maladie (33,34). Bien que les proportions de patients hospitalisés soient proches de celles de l'Hexagone (35), le taux de décès intra hospitalier est près de deux fois inférieur en Guyane, 6% contre 12% pour les ICA, et 5% contre 9,78% pour les CPI (34,36). Cette différence d'incidence et de mortalité pourrait s'expliquer par la différence d'âge entre les deux populations, la population de la Guyane étant deux fois plus jeune (37,38). On remarque par ailleurs, une diminution importante de l'âge moyen des patients présentant ces cardiopathies (69 ± 16 ans contre 81 ans pour l'ICA et 59 ± 14 ans contre 69 ans pour les CPI (33,34)).

De plus, nous avons également noté une surreprésentation de ICA à fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) altérée dans notre échantillon. Cette forte prévalence est également connue dans certains pays d'Afrique subsaharienne, faisant poser l'hypothèse d'une origine génétique (31). Une autre hypothèse impliquerait la responsabilité de la maladie de Chagas. Bien que peu présente en Guyane française, cette pathologie semble être responsable de nombreuses cardiomyopathies dilatées au Brésil où elle représenterait jusqu'à 17% des étiologies d'IC (40).

II Suivi libéral et observance thérapeutique

Le deuxième point de ce travail était l'évaluation du suivi libéral et de l'observance des patients consultants au SAU de Cayenne pour une cardiopathie aigue.

Seuls 54% des patients sont à jour de leur suivi par le médecin généraliste dans cette étude. Ce défaut de suivi est encore plus marqué chez les patients présentant une cardiopathie ischémique (39%) et chez les jeunes : 70 ± 14 ans vs. 59 ± 17 ans, $p < 0,001$. Un suivi de qualité par le médecin généraliste est également associé à un meilleur suivi global : cardiologique (54% vs. 23%, $p < 0,001$), biologique (73% vs. 30%, $p < 0,001$) et électrocardiographique (73% vs. 38%, $p < 0,001$). Le suivi par le médecin traitant augmente la fréquence de traitement adaptée (69% vs. 42%, $p < 0,01$), ainsi que le suivi des RHD (6% vs. 19%, $p = 0,033$). Malgré une qualité de suivi plus élevée

lorsqu'il est organisé par le médecin traitant, il reste toutefois très insuffisant : 54% de suivi adapté par un médecin traitant, 39% de suivi adapté par un cardiologue et seulement 23% de la population bénéficierait d'un suivi complet. Le traitement prescrit n'est adapté aux antécédents antérieurs que chez 48% des patients, (37 % chez les patients inclus pour ICA). Un point intéressant concernant les cardiopathies ischémiques, est l'absence d'antécédents déclarés chez 24% d'entre eux. Cela paraît peu cohérent avec cette catégorie diagnostique, dont les étiologies se développent suite à l'existence de FDRCV non traités, et étaye l'hypothèse du défaut de suivi chez ces patients.

Dans ce travail, 15% des patients ont une « bonne observance ». La proportion de patients prenant correctement leur traitement est donc évaluée à 39%, si l'on y ajoute les patients dont le traitement est délivré par une IDE. Le recours aux IDE pourrait donc être une piste intéressante pour améliorer l'adhérence au traitement médicamenteux. Nous noterons que la qualité de l'observance est significativement associée à l'âge auquel les patients présentent leur cardiopathie (76 ± 12 ans vs 58 ± 15 ans, $p < 0,001$) et qu'elle est également corrélée à la qualité du suivi médical dans tous les domaines, la situation financière des patients (66% vs 46%, $p = 0,023$), la possession d'une mutuelle (42% vs 23%, $p = 0,016$), ainsi qu'à leur origine française ou extra française (69% vs 41% $p < 0,001$). L'importance de la précarité est donc significativement associée à la qualité de l'observance thérapeutique. Devant l'aggravation du pronostic des patients liée à ce manque d'observance, illustré par l'article « Observance des traitements cardiovasculaires » (41), le principal levier sur lequel peut agir le médecin traitant est probablement l'éducation thérapeutique.

L'importance du suivi médical et de l'observance thérapeutique, bien qu'encore peu évaluées, sont donc primordiales et doivent être améliorées. De nombreuses actions sont réalisables en Guyane, à commencer par une augmentation du nombre de médecins, mais aussi des campagnes de sensibilisation visant patients et médecins pour le dépistage des FDRCV, la promotion de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) pour les patients ne disposant pas de droits, le développement du réseau de transports pour ceux vivants dans les communes éloignées ainsi que l'emploi de médiateurs culturels, et des mesures de lutte contre la précarité.

Il semble également nécessaire de discuter de la mise en place de programmes d'éducatifs thérapeutiques adaptés sous forme d'ateliers. Cela pourrait permettre de mieux sensibiliser les patients à leur maladie, d'insister sur l'importance de la prise quotidienne des traitements et les comportements à adopter. Ces programmes permettent d'entreprendre une approche biopsychosociale dans un esprit de cohésion multidisciplinaire, tout en prenant en compte les singularités de chaque patient, telles que la barrière de la langue, les problématiques de droits sociaux, de précarité, de transport, et de manière générale, d'éducation dans le domaine de la santé. D'autres "outils" pourraient être privilégiés comme la prescription d'association médicamenteuse pour éviter la polymédication, de molécules à demi-vie longue pour compenser d'éventuels oublis, la mise en place de check liste à la sortie d'hospitalisation, le recours au Programme de Retour A Domicile pour les patients hospitalisés (PRADO), aux IDE libéraux pour délivrer les traitements aux patients trop peu observants, l'utilisation de piluliers intelligents, de rappels par SMS et le recours à tout professionnel de santé pour des entretiens motivationnels. L'application de ces différentes mesures devraient être une priorité au vu du nombre de décès par maladies cardiovasculaires, lequel qui subit une croissance ininterrompue depuis 2013. (Annexe n°6 (42)).

Conclusion

Les pathologies cardiovasculaires en Guyane française présentent une épidémiologie différente de celle de la France Hexagonale, avec des incidences et des taux de décès moindres, ce qui peut s'expliquer par la différence d'âge des deux populations. Les patients touchés par ces pathologies sont cependant plus jeunes, et bien souvent dans une situation de précarité financière, éducative et sociale. L'évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires fait également apparaître des proportions plus importantes d'HTA, de diabète de type 2 et d'obésité.

L'étude du suivi médical et l'évaluation de l'observance thérapeutique met en évidence de nombreuses lacunes. Ces carences entraînent des conséquences importantes, tant sur le plan du dépistage et du traitement des divers facteurs de risques cardiovasculaires, que sur la mise en place d'une éducation thérapeutique adaptée, l'apanage du médecin traitant.

Ce travail centré sur le patient et ses habitudes médicales souligne donc à quel point beaucoup d'éléments se déterminent avant toute consultation aux urgences. Ces conditions, sensibles aux soins primaires qui contribuent aux 2 années d'espérance de vie en moins par rapport à la moyenne nationale, devraient être une priorité de santé publique. Des mesures visant les médecins et surtout les patients doivent donc être mises en place, pour valoriser l'importance de la prise en charge par le médecin traitant, ainsi que l'importance de l'observance thérapeutique. Se focaliser sur ces éléments permettrait ainsi d'améliorer le pronostic, la qualité ainsi que l'espérance de vie de ces derniers.

« On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres. »

Pascal (1623-1662), Pensées

Références bibliographiques

1. OMS. Cardiovascular diseases. Mai 2017. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. J Am Coll Cardiol. Décembre 2020.
3. De Peretti C, Pérel C, Tuppin P, et Al. Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». BEH Santé publique France. Décembre 2013. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/9-10/pdf/2014_9-10_3.pdf
4. Kennerson D. The economic and societal impact of cardiovascular disease | Pharmaceuticals | Bayer. Aout 2018. Disponible sur: <https://www.bayer.com/en/pharma/economic-and-societal-impact-cardiovascular-disease>
5. Gheorghe A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. Décembre 2018
6. Yaya SH, Kengne AP. L'hypertension artérielle en Afrique : présent et nouvelles perspectives. mai 2014. Disponible sur : <https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/31143/1/Chap%201.pdf>
7. Yuyun MF, Sliwa K, Kengne AP, Mocumbi AO, Bukhman G. Cardiovascular Diseases in Sub-Saharan Africa Compared to High-Income Countries: An Epidemiological Perspective. Glob Heart. Février 2020. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218780/>
8. Fédération Française de Cardiologie. La précarité : Un facteur de risque cardiovasculaire encore sous-estimé. Communiqué de presse. Décembre 2017. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/wp-content/uploads/2021/03/FFC-CP-precarite.pdf>
9. OMS. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). Janvier 2013. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-fr.pdf
10. OMS. Comité régional de l'Afrique. Lutte contre les maladies cardiovasculaire par la réduction des facteurs de risques. Aout 2002. Disponible sur: https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR%20RC52%20RT%202%20Rv%201_0.pdf
11. Ministère de la Santé et de la Prévention. Maladies cardiovasculaires - Communiqué de presse . Juin 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>

12. Santé publique France. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral – Juin 2019. Disponible sur:
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>
13. L'assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2022. Juillet 2021
Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_charges_et_produits_-_propositions_de_lassurance_maladie_pour_2022_juillet_2021_0.pdf
14. Amazonia. Forêts, agricultures et territoires en Amazonie - DP Amazonia - Cirad. Juin 2017. Disponible sur : <https://www.dp-amazone.org/terrains/guyane>
15. Douriaud C, ReifInsee X.. Recensement de la population en Guyane. INSEE Flash Guyane. Janvier 2021 - Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6012651>
16. COM D. Présentation de la Guyane Française | DROM-COM. DROM COM. Aout 2017. Disponible sur : <https://www.drom-com.fr/categories/presentation-generale-11314/articles/presentation-de-la-guyane-francaise-1.htm>
17. Rose M. Une croissance démographique toujours soutenue - Insee Flash Guyane. Janvier 2020. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4285434>
18. B. Raimbaud, N. Kempf, L. Demougeot. Niveaux de vie et pauvreté en Guyane en 2017 : la moitié des guyanais vivent sous le seuil de pauvreté - Insee Analyses Guyane. 2017 Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4623886>
19. Préfecture de la région Guyane. Évolution des prix en Guyane et vie chère - Les services de l'État. Décembre 2021. Disponible sur:
<https://www.guyane.gouv.fr/Politiques-publiques/Entreprises-concurrence-consommation-emploi/Actualite/Evolution-des-prix-en-Guyane-et-vie-chere>
20. Baert X, Charrier R, Kempf N. L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité. INSEE Dossiers. Novembre 2017. Disponible sur
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181897?sommaire=3181903>
21. CépiDC : Effectifs de décès en Guyane Française. Cepidc-data.inserm
Disponible sur: <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
22. Rochemont D, Mimeau E, Misslin-Tritsch et Al. Pathologies neuro- et cardiovasculaires en Guyane : particularités épidémiologiques et pistes d'amélioration. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Janvier 2012 Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/pathologies-neuro-et-cardiovasculaires-en-guyane-particularites-epidemiologiques-et-pistes-d-amelioration>

23. Rochemont DR, Lemenager P, Franck Y, Farhasmane A, Sabbah N, Nacher M. The epidemiology of acute coronary syndromes in French Guiana. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. févr 202. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33067006/>
24. Rochemont DR, Mimeau E, Misslin-Tritsch C. The epidemiology and management of stroke in French Guiana | *BMC Neurology*. Mars 2020
Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12883-020-01650-2>
25. Millet C. La démographie guyanaise toujours aussi dynamique - Insee Analyses Guyane. Janvier 2018 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3309060>
26. Corinne QH. Les paramètres vitaux et biologiques. Cours IFSI - CHU de Nantes. 2016. Disponible sur https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/les-parametres-vitaux-et-biologiques_1476440153407-pdf
27. Dang D, Delmas C, Espinasseau G et al. Épidémiologie de l'Insuffisance Cardiaque Aiguë à Cahors (ICAhors) avec analyse des facteurs prédictifs d'une nouvelle hospitalisation dans l'année pour insuffisance cardiaque aiguë. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. Novembre 2016
28. Belle L, Cayla G, Cottin Y et al. French Registry on Acute ST-elevation and non-ST-elevation Myocardial Infarction 2015 (FAST-MI 2015). Design and baseline data. *Archives of Cardiovascular Diseases*. Juin 2017;
29. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. Mars 2010.
30. Yao H, Ekou A, Niamkey TJ, Soya EK, Aboley E, N'Guetta R. Lésions coronaires chez le noir africain dans les syndromes coronariens aigus. *The Pan African Medical Journal*. Mars 2019. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/104/full>
31. Ouédraogo EWM, Ouédraogo S, Bamouni J et al. Heart failure with altered ejection fraction in rural Africa: clinical and para clinical features in Ouahigouya (Burkina Faso). *Health Sci Dis*. 2022. Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/3245>
32. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol*. sept 2020;
33. L'Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque (IC) aiguë en 2019. Fiche pathologie. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019_fiche_insuffisance-cardiaque-aigue.pdf
34. L'Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour syndrome coronaire aigu (SCA) en 2019. Fiche pathologie. 2019 Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019_fiche_syndrome-coronaire-aigu.pdf

35. ARS île de France. Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères. Décembre 2019. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/64842/425704/file/recueil-idf-001-2020-01-recueil-des-actes-administratifs-special%20du%2002%2001%202020.pdf>
36. Peschanski N, Ray P, Depil-Duval A, Renard A, Avondo A, Chouihed T. L'insuffisance cardiaque aiguë aux urgences : présentations cliniques, diagnostic et prise en charge thérapeutique. Charles PE, Delahaye A, éditeurs. Méd Intensive Réa. Septembre 2018.
37. Nacher M. Santé globale et Guyane : étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_1.html
38. INSEE. Âge moyen et âge médian de la population de 1991 à 2022 | Insee. 2022 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
39. Steinberg BA, Zhao X, Heidenreich PA, Peterson ED, Bhatt DL, Cannon CP, et al. Trends in Patients Hospitalized With Heart Failure and Preserved Left Ventricular Ejection Fraction: Prevalence, Therapies, and Outcomes. Circulation. Juillet 2012;
40. Gioli-Pereira L, Marcondes-Braga FG, Bernardez-Pereira S, Bacal F, Fernandes F, Mansur AJ, et al. Predictors of one-year outcomes in chronic heart failure: the portrait of a middle income country. BMC Cardiovasc Disord. Décembre 2019;
41. El Bèze N, Vallée A, Blacher J. Observance des traitements cardiovasculaires. Médecine des Maladies Métaboliques. Octobre 2018.
42. CépiDC : Mortalité par maladie cardiovasculaire hors AVC en Guyane française de 2001 à 2017. Cepadc-data.inserm. Disponible sur : <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>

Annexes

I Normes des constantes et des examens biologiques

Variable	Limite inférieure	Limite supérieure
Score de Glasgow	15	-
Fréquence cardiaque (bpm)	60	100
Tension artérielle systolique (mmHg)	100	140
Tension artérielle diastolique (mmHg)	50	85
Saturation pulsée en oxygène (%)	95	-
Fréquence respiratoire (/min)	12	20
Hémoglobine (g/dL)	12 ♀ ; 13 ♂	-
Plaquettes (G/L)	150	400
Taux de prothrombine (%)	70	-
Temps de céphaline activée	0,8	1,2
Kaliémie (mmol/L)	3,7	4,8
Urée (mmol/L)	-	8,1
Créatinine (µmol/L)	59	104
Troponine	-	0,014
Brain Natriuretic Peptid	-	300
Thyréostimulin Hormon	0,27	4,21
Lactatémie artérielle (mmol/L)	-	2,5
PH artériel	7,31	7,42

II Classification CIMU

CIMU

Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation

Mise à jour avril 2011 – Pierre Taboulet

TRI	SITUATION	RISQUE D'AGRAVATION	PERTE DE CHANCE EN CAS D'ATTENTE	CONSOMMATION DES RESSOURCES HOSPITALIERES†	ACTIONS	DELAIS D'INTERVENTION	INSTALLATION
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV‡)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV‡)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

NB : une étoile (*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DEBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)

†RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aérosols, suture, radiographie, avis spécialiste...

‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

III Questionnaire EPICES

1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

Oui : + 10,06 Non : 0

2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

Oui : - 11,83 Non : 0

3) Vivez-vous en couple ?

Oui : - 8,28 Non : 0

4) Etes-vous propriétaire de votre logement ?

Oui : - 8,28 Non : 0

5) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?

Oui : + 14,80 Non : 0

6) Avez-vous fait du sport au cours des 12 derniers mois

Oui : - 6,51 Non : 0

7) Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre) au cours des 12 derniers mois.

Oui : - 7,10 Non : 0

8) Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois

Oui : - 7,10 Non : 0

9) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?

Oui : - 9,47 Non : 0

10) en cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

Oui : - 9,47 Non : 0

11) en cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle en cas de besoin ?

Oui : - 7,10 Non : 0

Constante : 75,14 ; Seuil de précarité : 30

IV Questionnaire de Gired

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

V Questionnaire

Etiquette

Questionnaire ALCVIG

A REMPLIR PAR IAO SI CONSULTATION AUX URGENCES POUR L'UN DES MOTIFS SUIVANTS :

- DOULEUR THORACIQUE
- PALPITATION
- MALAISE
- DYSPNEE
- OEDEME DE MEMBRE INFERIEUR BILATERAL

Informations personnelles et sociales :

Téléphone : 06 94 Médecin traitant : Dr (Mettre \emptyset Si pas de MT)

↳ Du patient ou de la famille s'il n'a pas de téléphone

Activité professionnelle: Travaille Sans Emplois Retraité
Langue Maternelle : Guyane Haïti Brésil Suriname Métropole
 Autre

POIDS :

Taille

Motif d'admission :

- Douleur thoracique Palpitation Malaise
- Dyspnée OMI

**PUIS METTRE LA FICHE DANS LE
DOSSIER PATIENT**

A REMPLIR PAR MEDECIN EN **BOX**

SI ET SEULEMENT SI **CONFIRMATION** D'UN DES DIAGNOSTICS SUIVANTS (à cocher):

- SYNDROME CORONAIRE AIGU (ST + ou ST -)
- ANGOR
- INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
- TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE (VENTRICULAIRE OU SUPPRA VENTRICULAIRE)
- TROUBLE DE LA CONDUCTION DE HAUT GRADE (BAV 2 OU 3)

OU SI **A L'ACCUEIL**

- POUSSEE AIGUE DE TENSION (TAS >180 OU TAD > 110)
- DECOMPENSATION DE DIABETE (GLYCEMIE >2,5g/L OU < 0,6 g/L)

Antécédents :

- HTA
- AVC
- Diabète
- Fibrillation atriale/ Flutter
- Tabac
- Dyslipidémie (Cholestérol)
- Insuffisance cardiaque chronique
- Infarctus du myocarde
- Insuffisance rénale chronique
- AOMI

Si présentation d'un des antécédents ci-dessus : Déclaration en ALD OUI NON NE SAIT PAS

Suivi médical **REGULIER** PAR UN MEDECIN **ATTITRE** :

Suivi par un Cardiologue OUI NON Dernière consultation : < 1 an > 1 an
Suivi par un Médecin Traitant OUI NON

Rythme des consultation chez le médecin traitant tous les : 3 mois 6 mois Ans > 1 an Jamais ou presque

Examens Paracliniques :

Dernière prise de sang <3 mois <6 mois <1 An > 1an <2 ans > 2 ans
Dernier ECG 1an < 5 ans Jamais fait

Adhérence aux traitements :

Le traitement est-il délivré par un ou une infirmière ? OUI NON

Si oui, ne pas répondre aux autres

Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ? OUI NON

Depuis la dernière consultation médicale, avez-vous été en panne (manque) de médicament ? OUI NON

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à d'habitude ? OUI NON

Vous est-il arrivé de ne pas prendre pas prendre votre traitement certains jours car votre mémoire vous fait défaut ? OUI NON

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? OUI NON

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? OUI NON

Si autre diagnostic cocher :

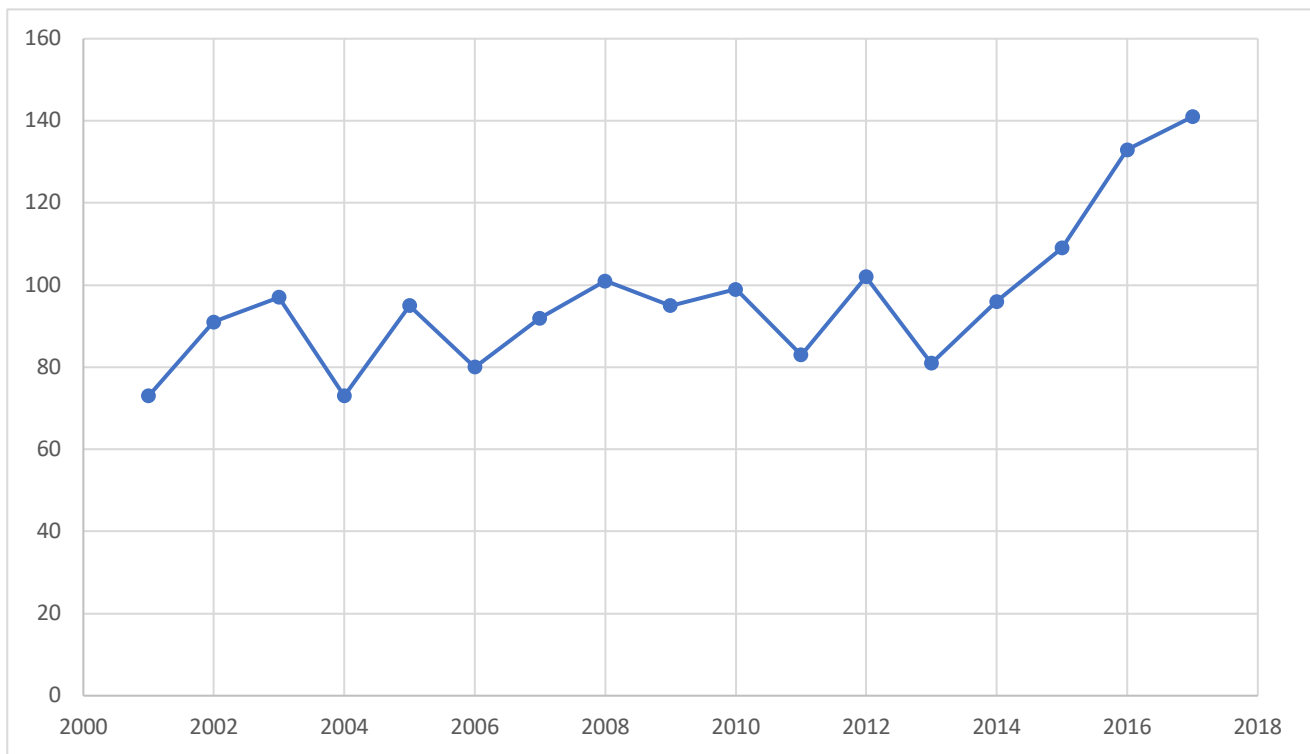
Diagnostic :
NE PAS REMPLIR LA FICHE SI AUTRE
DIAGNOSTIC QUE LA LISTE, ET
METTRE LA FEUILLE DANS LA
BANETTE VERTE

**DEMANDER SI LE PATIENT N'EST PAS OPPOSE A L'ANONYMISATION ET LA
REALISATION DE STATISTISTIQUES DANS UNE ETUDE**

NE PAS OUBLIER DE SIGNER FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION

PUIS METTRE LA FEUILLE DANS LA BANETTE VERTE

VI Nombre de décès annuel liés aux maladies cardiovasculaires de 2001 à 2017 (hors AVC)



UNIVERSITÉ DES ANTILLES
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

THESE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(SPECIALITE - MEDECINE SPECIALISEE)

Présentée par, M Tertre Victor

Né(e) le 14 aout 1993 à Sainte Renan (29260)

Département : Finistère Pays : France

Et intitulée : Cardiopathies aiguës aux urgences : épidémiologie et évaluation prospective du suivi libéral et de l'observance thérapeutique.

Jury proposé

Président : M le Professeur M. Mathieu Nacher

Juges : M le Professeur Jean Marc Pujo
M le docteur Yves Kenol Franck
Mme le docteur Nadia Sabbah
M le docteur M. Alexis Fremery

<p>Vu, le 28/10/2022</p> <p>Le Président de Thèse</p>  <p>Dr Mathieu NACHER INGENIER EN MEDICINE Centre Hospitalier de Cayenne N°PNS : 1 0002 14908</p>	<p>Pour accord, le</p> <p>Le Doyen de l'UFR Santé</p>  <p>UNIVERSITÉ DES ANTILLES UFR SANTÉ Pr Suzy DUTOLLES</p>
<p>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE</p> <p>Pointe-à-Pitre, le ... 21 NOV. 2022</p> <p>Le Président de l'Université des Antilles</p>  <p>UNIVERSITÉ DES ANTILLES Pr Michel GEOFFROY</p>	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque

NOM ET PRENOM : Victor Tertre

SUJET : Cardiopathies aiguës aux urgences : épidémiologie, évaluation prospective du suivi libéral et de l'observance thérapeutique

THÈSE : MEDECINE
Qualification : Médecine Générale
ANNÉE : 2022

Introduction : La Guyane française est un territoire particulier de par sa localisation sud-américaine et son climat tropical. Sa population est caractérisée par une importante diversité culturelle, des inégalités marquées dans les domaines socio-économique, éducatif, et dans l'accès à la santé. Dans les services d'urgences de France hexagonale, les pathologies cardiovasculaires aiguës représentent une part importante des consultations avec parfois une mise en jeu du pronostic vital. L'objectif de ce travail est la description de l'épidémiologie des cardiopathies aiguës aux urgences du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC). L'objectif secondaire est l'évaluation du suivi médical, paramédical et de l'observance thérapeutique de ces patients.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHC du 01/05/2021 au 31/08/21. Tous les patients recevant un diagnostic de cardiopathie aiguë ont été inclus. Nous avons exclu les patients dont la cardiopathie était déclenchée ou associée à une autre pathologie aiguë, ainsi que les patients refusant de participer à l'étude. Au total, 155 patients ont été analysés. Le suivi médical et paramédical était évalué sur le respect des fréquences de consultations chez le médecin traitant et le cardiologue, ainsi que la réalisation d'un suivi biologique et des ECG. L'étude de l'observance était réalisée par le questionnaire de Gired.

Résultats : La moyenne d'âge était de 63 ± 15 ans, avec une discrète prévalence masculine (sex ratio H/F = 1,4). Une précarité marquée était mise en évidence dans notre échantillon : 60% des patients estimaient leur situation financière insuffisante, 30% avaient un emploi, 30% une mutuelle privée et seuls 41% avaient poursuivi leur étude au-delà du primaire. Les facteurs de risques cardiovasculaires étaient surreprésentés par rapport à la population générale, avec notamment l'hypertension (74% des patients), le diabète (32%), la dyslipidémie (34%) et l'obésité (34%). La majorité des patients inclus (86%) présentait au moins une pathologie cardiovasculaire ou un facteur de risque cardiovasculaire connu et la pathologie présentée aux urgences était connue chez 48% d'entre eux. Les insuffisances cardiaques aiguës étaient les pathologies les plus fréquentes (41%). La réalisation d'examens complémentaires intra hospitaliers concernait 98% des patients et 65% bénéficiaient d'une hospitalisation. Le taux de mortalité aux urgences et en service était de 4,5%. Le respect complet du suivi médical et paramédical était retrouvé chez seulement 23% des patients évalués, et seuls 39% des patients décrivaient une bonne observance ou la délivrance des traitements par une infirmière à domicile. Enfin, l'étude du traitement, au vu des pathologies, était adapté chez seulement 48% d'entre eux selon les recommandations françaises en vigueur.

Conclusion Bien que leur incidence soit inférieure à celle de France hexagonale, probablement du fait d'une population beaucoup plus jeune, on observe une variation de profil épidémiologique tant au niveau de l'âge, souvent inférieur en Guyane pour les mêmes catégories de pathologies, que dans de la prévalence des divers facteurs de risques cardiovasculaires associés. Nous avons également mis en évidence un fort niveau de précarité évalué par le niveau scolaire, la couverture maladie et la situation financière. L'analyse du régime, de l'activité sportive mais surtout du suivi médical et de l'observance fait ressortir par ailleurs, une carence dans l'éducation du patient à sa maladie, principal levier à disposition du médecin traitant. Ces pistes constitueraient un solide axe de travail pour diminuer l'augmentation de l'incidence, liée au vieillissement de la population, prévisible au cours des années à venir.

Mots clefs : Guyane Française ; Urgences ; cardiologie ; Epidémiologie ; Prise en charge ; Suivi ; Observance

JURY : Président : Professeur NACHER Mathieu
Juges : Professeur PUJO Jean Marc
Docteur SABBAH Nadia
Docteur FRANCK Yves Kenol
Directeur de thèse : Docteur FREMERY Alexis

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

Adresse du candidat : 5 rue des Tourterelles, Rémire Montjoly 97354, Guyane Française