



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

Actualisation septembre 2010

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

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

Sommaire

1. Avertissement	2
2. Critères médicaux d'admission en vigueur (<i>Haut Comité médical de la Sécurité Sociale – 2002</i>)	3
3. Listes des actes et prestations	5
3.1 Actes médicaux et paramédicaux	5
Éducation thérapeutique	7
3.2 Biologie.....	7
3.3 Actes techniques	8
3.4 Traitements.....	9
4. Liste des actes et prestations « contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire »	11
4.1 Actes médicaux et paramédicaux	11
Éducation thérapeutique	11
4.2 Biologie.....	12
4.3 Actes techniques	13
4.4 Traitements.....	13

Mise à jour des guides et listes ALD

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

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

1. Avertissement

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

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

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

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

2. Critères médicaux d'admission en vigueur (*Haut Comité médical de la Sécurité Sociale – 2002*)

Les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré sont annexés à la liste des affections figurant à l'article D.322-1 du Code de la Sécurité sociale. Les critères définis pour l'ALD3 et pour l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sont reportés ci –après :

DÉFINITION

Par artériopathies chroniques, on entend toutes les atteintes pariétales de l'aorte, des artères des membres inférieurs et des artères viscérales, notamment rénales et mésentériques. L'athérome représente la cause habituelle (avec développement progressif de sténoses et / dilatations anévrysmales), mais non exclusive des artériopathies (maladie de Horton, maladie de Takayasu, maladies de « système »...).

CONDITIONS D'EXONERATION DU TICKET MODÉRATEUR

L'ischémie aiguë ou chronique est le critère de référence.

PRINCIPALES LOCALISATIONS

I - Artériopathie chronique des membres inférieurs

Sa gravité participe à la fois des conséquences loco-régionales de la maladie et aussi de l'éventuelle atteinte polyartérielle, notamment coronaire et cérébrale. Seuls les stades II (claudication artérielle intermittente gênante au quotidien), III (douleurs de repos, érythrocyanose de déclivité...) et IV (troubles trophiques...) selon la classification de Leriche et Fontaine sont justiciables d'une exonération du ticket modérateur. L'abolition d'un pouls ou la découverte d'anomalies circulatoires isolées fonctionnellement asymptomatiques ne doivent pas être prises en compte.

CRITÈRES OBJECTIFS

I - Artériopathie chronique des membres inférieurs

Outre la douleur, le médecin doit disposer d'un examen clinique attentif et surtout d'une confirmation objective de la maladie artérielle. L'examen le plus sensible et spécifique pour les artères iliaques et les artères des membres inférieurs est l'imagerie ultrasonore avec examen Doppler associé. Cet examen permet de préciser le siège et l'étendue d'éventuelles sténoses, l'état et l'épaississement de la paroi, le caractère des sténoses et notamment leur homogénéité et leur densité (toute hétérogénéité faisant craindre une ulcération possiblement emboligène), enfin l'état de la circulation d'aval et la qualité de la circulation collatérale. En cas de discussion d'une revascularisation, l'examen ultrasonore est généralement complété par une artériographie.

II - L'échographie transoesophagienne est la technique de recours pour le diagnostic des plaques ulcéro-végétantes de l'aorte thoracique.

III - L'imagerie artérielle ultrasonore et éventuellement un scanner ou une IRM sont les marqueurs les plus sensibles et spécifiques d'un éventuel anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale.

IV - En ce qui concerne les artères viscérales profondes, l'imagerie ultrasonore et l'examen doppler restent les examens de première intention. Néanmoins, il est habituel de confirmer la ou les sténoses par une autre technique d'imagerie : scanner hélicoïdal, angio-IRM, artériographie... qui, selon le degré de sténose, ont valeur indirecte d'ischémie.

3. Listes des actes et prestations

3.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients (bilan initial, traitement, suivi)
Radiologue	Tous les patients (bilan initial) Traitement endovasculaire Suivi échographique
Cardiologue	Bilan initial, suivi, à la demande du médecin traitant Atteinte coronaire Consultation systématique au stade d'ischémie permanente chronique
Chirurgien vasculaire	Revascularisation chirurgicale ou par voie endovasculaire
Chirurgien orthopédiste	Amputation
Spécialiste de médecine physique et réadaptation	Réadaptation vasculaire (patients symptomatiques, facteurs de risque cardiovasculaire non contrôlés, atteinte coronarienne avérée et risque de désinsertion) Réadaptation et appareillage (amputation)
Avis d'autres spécialistes (néphrologue, endocrinologue, infectiologue, etc.)	En fonction des complications, des comorbidités et des effets indésirables du traitement
Infirmier	Prévention des escarres, soins locaux, injections Personne âgée avec handicap (difficulté à prendre les médicaments seul, hygiène)
Kinésithérapeute	Réadaptation vasculaire (patients symptomatiques, facteurs de risque cardiovasculaire non contrôlés, atteinte coronarienne avérée et risque de désinsertion) Réadaptation et appareillage (amputation)

Professionnels	Situations particulières
Ergothérapeute	Amputation : rééducation
Orthoprothésiste	Adaptation et révision de prothèse dans le cas d'amputation
Podo-orthésiste	Amputation : appareillage (chaussures thérapeutiques sur mesure, orthèses). La prise en charge de son intervention est incluse dans le prix du dispositif médical remboursé ou dans le forfait de réparation inscrit à la LPP. En dehors de ces cas, prestations dont le remboursement n'est pas prévu par la législation
Psychiatre	Ischémie permanente chronique, amputation : prise en charge de l'anxiété, de dépression
Psychologue	Ischémie permanente chronique, amputation : prise en charge de l'anxiété, de dépression Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation (prise en charge possible dans le cadre de structures hospitalières ou d'un réseau)
Hospitalisation	Hospitalisation en centre spécialisé vasculaire systématique au stade d'ischémie permanente chronique Hospitalisation en urgence au stade d'ischémie aiguë
Centre de réadaptation	Post-hospitalisation (ischémie permanente chronique et aiguë, amputation) Réadaptation et appareillage dans le cas d'amputation

Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique doit veiller à la bonne compréhension du patient ayant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs : intelligibilité de sa maladie et maîtrise de l'autosurveillance et de l'autotraitement. Elle comporte :

- une information qui porte sur ses symptômes, précisant les signes d'alarme qui doivent conduire à une consultation. Toute modification ou aggravation de la symptomatologie doit motiver une consultation ;
- une information sur les thérapeutiques prescrites, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage des complications éventuelles et leurs résultats ;
- la participation active du patient à la prise en charge de ses facteurs de risque, qui est indispensable.

L'adaptation du mode de vie comporte :

- l'arrêt du tabagisme et de la consommation d'alcool ;
- la pratique d'un exercice physique, activité physique régulière adaptée à l'état clinique du patient ;
- la planification alimentaire (correction des principales erreurs alimentaires qualitatives) et, si nécessaire, la lutte contre la surcharge pondérale.

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

3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
Hémogramme avec plaquettes	Tous les patients (bilan initial)
Surveillance biologique des traitements nécessités par l'AOMI, en respect de l'AMM	Tous les patients Kaliémie, créatininémie en surveillance du traitement par IEC Dosages des transaminases en début de traitement par statine et dosage des CPK en cas d'apparition de symptômes musculaires inexplicables INR, dans le cas de traitement par antivitamine K

3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
Échographie Doppler (ED) cervicale	Tous les patients (bilan initial et suivi)
ED des membres inférieurs avec mesure de l'IPS et exploration de l'aorte abdominale	Bilan initial d'extension locale
Échographie de l'aorte	Bilan initial, si non réalisée lors de l'ED des MI
ED des membres inférieurs	Suivi, en cas d'aggravation de l'IPS Après revascularisation
Test de marche standardisé	Bilan initial, chez certains patients pour quantifier le degré d'ischémie Suivi de la réadaptation vasculaire
Bilan diagnostique de sténose de l'artère rénale (ED, angioscanner des artères rénales, angiographie à résonance magnétique (angio-RM))	Bilan initial, suivi, si insuffisance rénale ou hypertension artérielle résistante au traitement
Bilan cardiologique (ECG d'effort), échographie, tests de stimulation non invasifs : scintigraphie myocardique, test d'effort...)	Bilan initial, suivi : suivant l'avis du cardiologue
Artériographie conventionnelle des membres inférieurs	Bilan pré intervention : revascularisation
Angio-RM des membres inférieurs	Bilan pré intervention : revascularisation, Doppler non contributif, contre-indication de l'angioscanner
Angioscanner des membres inférieurs	Bilan pré intervention : Doppler non contributif
TcPO ₂	Bilan pré intervention : ischémie permanente chronique
TcPO ₂ étagée	Amputation
ED artério-veineuse	En postopératoire dans le cas d'amputation

ED des MI : échographie Doppler des membres inférieurs

3.4 Traitements

Traitements pharmacologiques ¹	Situations particulières
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	Tous les patients, traitement de la maladie athéromateuse : suivant l'existence et la sévérité d'HTA et suivant le rapport bénéfice/risque pour le patient
Statines	Tous les patients, traitement de la maladie athéromateuse : suivant l'existence d'une dyslipidémie et suivant le rapport bénéfice/risque pour le patient
Antiagrégants plaquettaires	Tous les patients, traitement de la maladie athéromateuse : suivant le rapport bénéfice/risque pour le patient
Antivitamines K	Ischémie permanente chronique : recours exceptionnel limité à moins de un an (prescription hors AMM)
Analogues de la prostacycline	En cas d'impossibilité de revascularisation ou insuffisance de résultats Administration IV Produit réservé à l'usage hospitalier
Héparines	Ischémie aiguë
Antalgiques	Ischémie permanente chronique, ischémie aiguë, amputation : contrôle de la douleur
Antibiotiques	Traitement des infections
Antifongiques locaux ou généraux	Mycose interdigitale ou unguéale
Héparines de bas poids moléculaire	Ischémie permanente chronique, ischémie aiguë, amputation : prévention du risque thromboembolique
Antiseptiques locaux	Plaies du pied, amputation

¹ Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

Dispositifs médicaux	Situations particulières
Articles pour pansements	Traitement des ulcères et escarres
Pansements locaux	Plaies du pied, amputation
Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile (désinfectant, compresses)	Patients traités par anticoagulant Si infiltration (désinfectants non inscrits à la LPP)
Véhicules pour handicapés physiques	En lien avec les déficiences et le bilan des rééducateurs (ergothérapeutes, médecins MPR)
Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie	Amputation En lien avec les déficiences et le bilan des rééducateurs (ergothérapeutes, médecins MPR), selon besoin pour gestion de fatigue, reconditionnement à l'effort, état orthopédique, transit, métabolisme calcique Dispositifs permettant le retour ou le maintien à domicile
Lits et accessoires Dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres	En lien avec les déficiences
Appareillages du membre inférieur	Amputation
Chaussures, orthèses	Amputation

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

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

4.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients
Cardiologue	Si hypertension artérielle
Endocrinologue	Si diabète
Centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions	Aide au sevrage tabagique En cas d'échec du sevrage
Diététicien	Obésité Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation (prise en charge possible dans le cadre de structures hospitalières ou d'un réseau)
Centre de réadaptation cardiaque	Patients les plus sévères : entraînement physique au moins au début.

Éducation thérapeutique

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

- une information qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification

des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats ;

- la recommandation de l'arrêt de la consommation d'alcool ;
- la recommandation de l'arrêt de la consommation de tabac (ou sa diminution si arrêt complet non obtenu), associé si besoin à un accompagnement du sevrage ;
- en cas d'excès de poids, une recherche de la réduction pondérale ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie.

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

4.2 Biologie

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

4.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Traitement de l'hypertension artérielle

4.4 Traitements

Traitements pharmacologiques ²	Situations particulières
Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables associés	
Traitements antihypertenseurs	
Traitements hypolipémiants - Statines - Fibrates - Résines - Inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol - Acide nicotinique	
Traitements antidiabétiques	Se référer à la LAP de l'ALD 8 Diabète
Aide au sevrage tabagique, dont éventuels recours aux : Substituts nicotiques, ou Aide médicamenteuse au sevrage : - varénicline - bupropion LP	Prise en charge à caractère forfaitaire prévue par la législation Prise en charge à caractère forfaitaire prévue par la législation Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation

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

HAS

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