



HAL
open science

Connaissances des patients réunionnais sur les symptômes et la conduite à tenir en cas d'infarctus du myocarde

Moustapha Omarjee

► **To cite this version:**

Moustapha Omarjee. Connaissances des patients réunionnais sur les symptômes et la conduite à tenir en cas d'infarctus du myocarde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03027597

HAL Id: dumas-03027597

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03027597>

Submitted on 27 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
U.F.R SANTÉ**

Année 2020

N° : 2020LARE048M

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement à La Réunion le 21 octobre 2020

Par Moustapha OMARJEE

Né le 16 janvier 1989 à Saint-Pierre

**Connaissances des patients réunionnais sur les
symptômes et la conduite à tenir en cas
d'infarctus du myocarde**

Membres du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Philippe DESMARCHELIER

Madame la Professeure Line RIQUEL

Monsieur le Docteur Franck MOHSINALY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Navchad CASSAMALY

Table des matières

1. Introduction	6
2. Matériel et Méthode	9
2.1 Type d'étude	9
2.2 Population étudiée	9
2.2.1 Critères d'inclusion :	9
2.2.2 Critères d'exclusion :	9
2.3 Recueil des données	9
2.4 Instrument de l'étude	10
2.4.1 Description du questionnaire :	10
2.4.2 Focus sur la question 9 du questionnaire :	11
2.5 Définition du niveau de risque cardiovasculaire des participants	12
2.6 Répartition des cabinets	14
2.7 Critères de jugement	15
2.8 Analyses statistiques	16
2.9 Considérations éthiques et gestion des données	18
3. Résultats	19
3.1 Description générale	19
3.1.1 Diagramme de flux	19
3.1.2 Répartition des participants inclus par cabinets	20
3.1.3 Caractéristiques de la population étudiée	20
3.2 Résultats de l'objectif principal	22
3.2.1 Fréquence de citation des différents symptômes	22
3.2.2 Nombre de bonnes réponses citées	23
3.2.3 Nombre de signes typiques d'IDM cités	24
3.2.4 Nombre de signes d'AVC cités	25
3.2.5 Connaissance de l'urgence en cas d'IDM	26
3.2.6 Connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM	26
3.3 Résultats sur les objectifs secondaires	27
3.3.1 Facteurs associés à la connaissance du symptôme douleur thoracique	27
3.3.2 Facteurs associés à la connaissance générale sur les symptômes d'IDM	29
3.3.3 Facteurs associés à la connaissance du caractère urgent de l'IDM	31
3.3.4 Facteurs associés à la connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM	33
3.3.5 Formation des participants aux gestes de premiers secours	35
3.3.6 Formation des proches des patients aux gestes de premiers secours	37
3.3.7 Motivation des participants à se former aux gestes de premiers secours	38
4. Discussion	40
4.1 Caractéristiques sociodémographiques de notre population	40
4.2 Connaissances sur l'IDM	41
4.2.1 Connaissance des symptômes d'IDM	41
4.2.2 Connaissance spécifique du symptôme douleur dans la poitrine	42

4.2.3 Confusion avec l'AVC.....	45
4.2.4 Facteurs associés aux connaissances des symptômes d'IDM	47
4.3 Connaissance du caractère urgent de l'IDM.....	51
4.4 Connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM.....	52
4.5 Formation aux gestes de premiers secours.....	53
4.6 Implications pratiques	54
4.6.1 Entretien individualisé et ciblé par le médecin traitant	55
4.6.2 Remise au patient à haut risque d'une fiche synthétique sur l'IDM	56
4.7 Forces et limites de l'étude	58
4.7.1 Forces de l'étude.....	58
4.7.2 Limites de l'étude	59
5. Conclusion.....	60
Références bibliographiques :	61
Annexes	68
Annexe 1 : Questionnaire patient.....	69
Annexe 2 : Fiche d'information patient.....	72
Annexe 3 : Notice explicative à destination des secrétaires	73
Annexe 4 : Attestation d'enregistrement au registre CIL	74
Annexe 5 : Niveaux de risque cardiovasculaires selon l'ESC 2016	75
Annexe 6 : Tables Systematic coronary risk estimation (SCORE).....	76
Annexe 7 : Fiche synthétique sur l'IDM à remettre au patient	78
Annexe 8 : Organismes de formation premiers secours à La Réunion.....	79
Serment d'Hippocrate	80

Table des figures et tableaux

Figures :

<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux	19
<u>Figure 2</u> : Distribution des participants inclus par cabinets	21
<u>Figure 3</u> : Symptômes cités par la population, par ordre de fréquence	22
<u>Figure 4</u> : Répartition des participants par nombre de bonnes réponses données	23
<u>Figure 5</u> : Patients ayant donné deux bonnes réponses ou plus	23
<u>Figure 6</u> : Répartition des participants par nombre de signes typiques d'IDM donnés	24
<u>Figure 7</u> : Patients ayant donné deux signes typiques d'IDM ou plus	24
<u>Figure 8</u> : Répartition des participants par nombre de signes d'AVC donnés	25
<u>Figure 9</u> : Patients ayant donné au moins un signe d'AVC	25
<u>Figure 10</u> : Répartition des réponses relatives au caractère urgent de l'IDM	26
<u>Figure 11</u> : Répartition des réponses relatives à la conduite à tenir en cas d'IDM	26
<u>Figure 12</u> : Proportion de patients formés aux gestes de premiers secours	35
<u>Figure 13</u> : Proportion des proches formés aux gestes de premiers secours	37
<u>Figure 14</u> : Intérêt des patients pour une formation aux gestes de premiers secours	38
<u>Figure 15</u> : Intérêt supposé des proches pour une formation aux gestes de secours	39
<u>Figure 16</u> : Souhait des patients d'avoir des coordonnées de la part de leur médecin ...	39
<u>Figure 17</u> : Comparaison de la connaissance du symptôme « douleur dans la poitrine » entre la littérature internationale et notre étude	45

Tableaux :

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques de la population	21
<u>Tableau 2</u> : Facteurs associés à la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine	28
<u>Tableau 3</u> : Facteurs associés à la connaissance en général des symptômes d'IDM	30
<u>Tableau 4</u> : Facteurs associés à la connaissance du caractère urgent de l'IDM	32
<u>Tableau 5</u> : Facteurs associés à la connaissance de la bonne conduite à tenir en cas d'IDM	34
<u>Tableau 6</u> : Facteurs associés à la formations aux gestes de premiers secours	36
<u>Tableau 7</u> : Facteurs associés à la formation de l'entourage aux gestes de secours	38

Liste des abréviations :

ALD : Affection de longue durée

ARS : Agence régionale de santé

ATCD : Antécédents(s)

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIC : Centre d'investigation clinique

CIL : Correspondant informatique et libertés

CNIL : Commission nationale informatique et libertés

CPP : Comité de protection des personnes

ESC : European society of cardiology/Société européenne de cardiologie

FDRCV : Facteur(s) de risque cardiovasculaire

HAS : Haute Autorité de santé

HDL : High density lipoprotein

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MCV : Maladie(s) cardiovasculaires(s)

mmHg : Millimètre de mercure

MR-003 : Méthodologie de référence 003

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de santé

Prof. Intermédiaires : Professions intermédiaires

Prof. Sup. : Professions supérieures

RCV : Risque cardiovasculaire

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SCORE : Systematic coronary risk estimation

USM : Unité de soutien méthodologique

1. Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles comprennent entre autres les maladies coronariennes ou cardiopathies ischémiques (angor, Infarctus du myocarde), les maladies cérébrovasculaires (Accident vasculaires cérébral (AVC) et démences vasculaires), l'insuffisance cardiaque, les artériopathies périphériques, l'hypertension artérielle, les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires(1).

Elles représentaient en 2015 la première cause de mortalité dans le monde avec plus de 17 millions de décès, dont 7,4 millions dûs aux seules cardiopathies ischémiques, ce qui en fait la première étiologie de décès parmi les MCV.

Selon les projections de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ces MCV devraient rester la première cause mondiale de mortalité durant la prochaine décennie, causant plus de 23 millions de décès à l'horizon 2030(1,2).

Alors qu'en France métropolitaine les maladies cardiovasculaires sont passées derrière les cancers dans les causes de décès, à la Réunion, elles représentent toujours la première cause de mortalité, avec près d'un décès sur quatre chaque année. Surtout, un décès sur cinq liés aux maladies cardiovasculaire à La Réunion est prématuré, c'est à dire survenant avant 65 ans, soit deux fois plus qu'en Métropole. (3)

Cette proportion importante de décès liés aux MCV dans notre département peut en partie s'expliquer par la forte prévalence de certains facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) majeurs, notamment du diabète et de l'insuffisance rénale chronique, qui ont tous les deux une fréquence deux fois plus importante sur l'île qu'en France métropolitaine. (3–6)

Quant aux autres facteurs de risques comme le tabac (7,8), l'hypertension artérielle (HTA)(3), le surpoids et l'obésité (9), ils sont représentés dans notre département en proportion quasiment équivalente au niveau national.

Par ailleurs, notre île connaît une démographie différente de la Métropole avec une population plus jeune, mais du fait de l'accroissement important de l'espérance de vie dans notre département, celle-ci est vieillissante. En effet en 2050, il y aura autant de séniors que de jeunes, avec le nombre de réunionnais de plus de 60 ans qui aura plus

que doublé par rapport à 2013 et celui de plus de 75 ans qui aura été multiplié par quatre (10).

L'âge, en altérant le système cardio-vasculaire, est déjà en lui-même un facteur de risque primordial, mais qui plus est, ce vieillissement prolongera en même temps les effets délétères des autres FDRCV sur l'organisme.

Ainsi cette situation démographique particulière avec cette population amenée à vieillir, combinée à une exposition accrue aux FDRCV laisse craindre pour les années à venir une augmentation de l'incidence des pathologies cardiovasculaires. Les cardiopathies ischémiques, pathologies les plus fréquentes parmi ces MCV, risquent donc de voir leur incidence augmenter dans notre département.

Les MCV en général et l'infarctus du myocarde (IDM) en particulier représentent ainsi une problématique majeure de santé publique, actuelle et future, pour notre territoire.

Pour autant, malgré l'important enjeu que représente l'IDM, un constat subjectif, partagé par nombre de professionnels de santé, nous amène à supposer que la population ait des connaissances insuffisantes sur l'IDM, sur ses symptômes, sur la notion d'urgence et sur la conduite à tenir en pareille situation. Il paraît pourtant indispensable d'avoir de bonnes connaissances sur l'IDM pour pouvoir réagir au plus vite afin de réduire les délais de prise en charge et ainsi améliorer la morbidité et la mortalité des cardiopathies ischémiques.

Plusieurs études ont été faites dans le monde afin de définir les connaissances de la population, avec des résultats disparates.

La plupart d'entre elles montraient des connaissances insuffisantes (11–14), alors que d'autres retrouvaient un niveau satisfaisant de ces connaissances (15,16) sur l'IDM. L'immense majorité de ces études a néanmoins montré que le signe d'IDM le plus largement connu par les participants est la douleur thoracique.

Par ailleurs, ces mêmes études ont eu des résultats contradictoires sur l'identification des facteurs associés à la connaissance sur l'IDM, notamment sur l'influence du sexe masculin ou féminin sur les connaissances.

Il est à noter qu'à l'exception d'une seule étude européenne de 2012 (13), réalisée dans neuf pays et comprenant entre autres des sujets français, il n'a pas été retrouvé dans la bibliographie d'étude récente sur ce sujet menée exclusivement en France en population générale.

On peut alors légitimement se demander, et c'est notre question de recherche : **Qu'en est-il des connaissances sur la symptomatologie, sur l'urgence et sur la conduite à tenir à propos de l'IDM des patients à l'île de La Réunion ?**

C'est pour répondre à cette question, qu'à travers cette thèse nous avons souhaité définir les connaissances de la population, afin de passer d'une opinion subjective à une description objective des connaissances des patients réunionnais sur l'IDM.

Cette étude pourrait être utile aux médecins, en mettant à leur disposition un premier état des lieux des connaissances des patients réunionnais. Cela leur permettrait de mieux appréhender la réalité des connaissances de leurs patients sur l'IDM et d'adapter leurs discours envers ceux-ci.

Nous décrivons dans un premier temps, et c'est notre objectif principal, les connaissances des patients sur les symptômes les plus importants qu'ils attribuent à l'IDM, et notamment la connaissance ou non du symptôme douleur thoracique, ainsi que sur la conduite à tenir.

Secondairement, nous rechercherons les facteurs associés à la connaissance des symptômes et de la conduite à tenir, en faisant des comparaisons de sous-groupes. Nous évaluerons également la proportion de patients formés aux gestes de premiers secours ou souhaitant se former.

Ainsi, après avoir explicité notre méthode, nous détaillerons les résultats de notre étude. Nous discuterons ensuite de ces résultats au regard de la littérature internationale et nous rechercherons si des implications pratiques pourraient être suggérées à partir de ce travail.

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative.

2.2 Population étudiée

Le recrutement des patients est fait « au fil de l'eau », les secrétaires de chaque cabinet proposaient systématiquement, sans sélection, à tous les patients de participer à l'étude. Une notice explicative avait été remise aux secrétaires (Annexe 3).

2.2.1 Critères d'inclusion :

La population étudiée est la population réunionnaise, âgée de 18 ans ou plus, venant en consultation dans un cabinet de médecine générale.

2.2.2 Critères d'exclusion :

Les patients ne comprenant pas le français, ou ceux qui sont illettrés, ainsi que les patients mineurs étaient exclus dès le départ.

De plus, les patients ayant donné plus de trois réponses à la question 9 étaient exclus au moment de l'analyse des données.

2.3 Recueil des données

Le recueil des données se faisait par un questionnaire auto-administré (cf. Annexe 1) par les participants lors de leur passage en salle d'attente. Ce questionnaire leur a été remis par les secrétaires après qu'ils aient reçu une information orale et écrite sur l'étude.

Les patients répondaient seuls, sans aide extérieure. Quand ils avaient fini, ils apportaient le questionnaire en salle de consultation et le médecin y notait au verso la pression artérielle du jour. Une fois la consultation terminée, les patients rendaient le questionnaire complété à la secrétaire.

Lorsque tous les questionnaires étaient remplis, ils étaient collectés et les données du cadre au verso étaient complétées par nos soins (cf. infra).

2.4 Instrument de l'étude

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré avec l'aide du directeur de thèse et s'est inspiré de la littérature internationale. L'unité de soutien méthodologique (USM) a été sollicitée afin de le valider. Il a été ensuite testé avec une quinzaine de patients. Cette phase de test a révélé un taux de participation correct et une compréhension globale satisfaisante.

Des modifications mineures ont été apportées avec l'ajout de précisions entre parenthèses dans l'intitulé des questions 9, 10, et 11 ainsi que le surlignage de ces précisions, afin de limiter l'excès de réponses données constaté à ces questions.

2.4.1 Description du questionnaire (Annexe 1) :

La première partie de notre questionnaire (questions 1 à 4) servait à recueillir les données personnelles sur le genre, l'âge, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle.

La deuxième partie (questions 5 à 8) évaluait les antécédents personnels et familiaux et le statut tabagique du patient. Ces informations contribuaient à classer le patient selon son niveau de risque, et aussi de permettre de juger d'une éventuelle influence de la présence d'antécédents personnels ou familiaux d'IDM sur les connaissances.

La troisième partie (questions 9 à 11) permettait d'interroger les patients sur leurs connaissances en elle-même, à la fois sur les trois symptômes qu'ils estimaient être les plus importants de l'IDM, mais aussi sur la représentation du caractère urgent qu'ils en ont, et sur le comportement qu'ils adopteraient si un ou plusieurs de ces symptômes leur arrivaient.

Pour la question 10, qui évalue la connaissance du caractère urgent d'un IDM, les patients ne devaient donner qu'une seule réponse. La réponse considérée comme correcte est la proposition « il s'agit d'une urgence vitale, immédiate ».

À la question 11, qui évalue la conduite à tenir en cas d'IDM, les patients ne devaient donner qu'une seule réponse. La réponse définie comme correcte est la proposition « vous appelez le 15 (SAMU) immédiatement, sans attendre ».

Enfin, la quatrième et dernière partie de notre questionnaire (questions 12 à 16) portait sur la formation des patients et de leur entourage aux gestes de premiers secours et sur leur volonté de s'y former.

En bas de page, à la fin du questionnaire, se trouve le bordereau d'identification. Le patient devait y indiquer son nom, prénom, date de naissance et numéro de téléphone. Ces données nous servaient à accéder à son dossier médical, avec son accord, afin de récolter les données nécessaires pour compléter le cadre au verso réservé à l'évaluateur (cf. Infra).

Une fois les données recueillies, le questionnaire était anonymisé, et le bordereau d'identification était découpé et détruit.

Au dos du questionnaire figurait un cadre réservé à l'évaluateur. Le médecin qui recevait le patient devait simplement y noter la pression artérielle systolique. Les autres renseignements étaient complétés par nos soins, à partir du dossier médical du patient, au moment de la collecte finale des questionnaires une fois l'objectif de 40 patients atteint par le cabinet.

Ce cadre était nécessaire afin de recueillir la présence ou non des comorbidités suivantes : diabète, dyslipidémie, HTA, insuffisance rénale chronique, ainsi que les valeurs biologiques des lipides sanguins. Ces données, en plus de celles obtenues avec les réponses des questions 5, 6 et 8 du questionnaire, et le calcul du Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) quand il était nécessaire, nous permettaient de définir le niveau de risque cardiovasculaire du patient.

2.4.2 Focus sur la question 9 du questionnaire :

La liste de symptômes proposée à la question 9 est extraite d'un questionnaire de référence en anglais sur les connaissances sur l'IDM, validé par B. Riegel et al.(17). Cette liste initiale comportait 21 symptômes : 15 d'entre eux sont en lien avec l'IDM et 6 autres ne le sont pas (3 signes d'Accident vasculaire cérébral (AVC) et 3 autres signes non spécifiques). Après traduction en français, cette liste a été légèrement simplifiée en combinant dans certains cas deux réponses en une. Ainsi, les items « douleur/oppressement dans la poitrine » et « inconfort (brûlure, lourdeur) dans la poitrine » ont été réunis en un seul : « douleur/serrement ou inconfort (brûlure, lourdeur) dans la poitrine ». De même, les propositions « douleur dans la mâchoire » et « douleur dans le cou » ont été combinées en « douleur dans la mâchoire et/ou au cou ». La validation de cette liste traduite et simplifiée n'a pas été revérifiée.

Ainsi, notre liste de symptômes comportait un choix total de 19 items qui ont été définis comme suit :

13 bonnes réponses comprenant :

- 3 symptômes considérés comme typiques d'IDM : « douleur/serrement ou inconfort (brûlure, lourdeur) dans la poitrine », « douleur dans l'épaule ou le bras » et « douleur dans la mâchoire et/ou au cou »
- 10 autres symptômes non typiques d'IDM : « douleur dans le dos », « brûlure d'estomac », « perte de connaissance », « pâleur/teint gris », « essoufflement », « palpitations », « vertiges/étourdissement », « fatigue », « sueurs », et « nausées/vomissements ».

6 mauvaises réponses comprenant :

- 3 signes typiques d'AVC : « engourdissement ou picotement dans le bras ou la main », « trouble de la parole/difficulté à parler », et « paralysie du bras ».
- 3 signes non spécifiques : « douleur dans le bas ventre », « toux » et « mal de tête ».

Parmi ces dix-neuf propositions, les patients devaient choisir les trois symptômes, et seulement trois, qui leur évoquaient le plus un IDM.

2.5 Définition du niveau de risque cardiovasculaire des participants

Les participants de l'étude étaient classés en fonction de leur niveau de risque, selon les recommandations 2016 de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) (18) et de la Haute Autorité de santé (HAS)(19). Quatre niveaux de risque étaient définis : faible, modéré, élevé et très élevé.

Les antécédents personnels cardiovasculaires, certaines comorbidités, l'âge, ou le calcul du SCORE quand il était nécessaire, étaient pris en compte pour caractériser les patients selon leur niveau de risque.

Ainsi, quel que soit l'âge, si le patient avait un antécédent avéré de maladie cardiovasculaire (prévention secondaire), ou une comorbidité (diabète, hypertension artérielle sévère, cholestérolémie très élevée, insuffisance rénale modérée ou sévère) il était classé à haut risque ou à très haut risque cardiovasculaire.

Pour les patients n'ayant aucun antécédent ni comorbidité, le classement était fonction de l'âge :

Nous avons considéré les patients de moins de 40 ans, n'ayant aucun des antécédents ou comorbidités cités plus haut, comme étant à faible risque.

Les patients de plus de 65 ans étaient considérés a priori comme étant à haut risque cardiovasculaire, conformément à l'avis de la HAS (19).

Pour les patients âgés entre 40 et 65 ans sans antécédents ni comorbidités, le score SCORE était calculé, en utilisant l'outil en ligne Heartscore (20).

La classification en niveaux de risques cardiovasculaires selon l'ESC 2016 (18), utilisée dans notre étude, est disponible en Annexe 5.

Precisions sur le Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE)

Il s'agit d'un index, conçu par la société européenne de cardiologie (ESC) afin d'estimer le risque d'évènement cardiovasculaire fatal à 10 ans, dans la population européenne âgée de 40 à 65 ans en prévention primaire.

Il prend en compte cinq paramètres pour déterminer ce risque : le sexe, l'âge, le tabagisme, la pression artérielle systolique et la cholestérolémie (Cholestérol total, avec en plus le taux de high density lipoprotein (HDL) quand l'outil en ligne Heartscore est utilisé pour le calcul). Son résultat, exprimé en pourcentage, permet de classer les patients en niveau de risque cardiovasculaire. Un résultat inférieur à 1 % classe le patient à faible risque, un SCORE entre 1 et 4% en risque modéré, un SCORE entre 5 et 9% en risque élevé et un SCORE de 10% et plus en risque très élevé. Les tables SCORE sont en Annexe 6.

Le SCORE ne se calcule pas pour les patients de moins de 40 ans et ceux de plus de 65 ans, ni pour les patients en prévention secondaire. Il n'est pas non plus utilisé pour ceux ayant une comorbidité telle que le diabète, une insuffisance rénale chronique modérée ou sévère, ni chez les patients ayant un facteur de risque isolé très élevé comme une pression artérielle supérieure à 180/110mmHg ou une cholestérolémie supérieure à 3,1g/l.

2.6 Répartition des cabinets

Les cabinets participants ont été volontairement répartis sur toute l'île, afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon de notre étude.

Cette répartition s'est faite proportionnellement au poids démographique des différents secteurs de l'île selon le recensement de la population légale de La Réunion au 1^{er} janvier 2018 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)(21).

Un seuil d'un cabinet par tranche de 50 000 habitants ou plus, a été fixé, afin d'avoir un nombre suffisamment élevé de cabinets, tout en restant dans une proportion adaptée aux moyens de l'étude.

Ainsi, selon l'INSEE, La Réunion comptait 850 727 habitants au 1^{er} janvier 2018.

En tenant compte du seuil sus cité, nous obtenons donc un nombre de 17 cabinets nécessaires à répartir sur toute l'île.

La répartition dans les quatre secteurs géographiques de l'île (Nord, Est, Sud et Ouest) s'est faite selon la même logique, en s'adaptant au plus près de la population de chaque secteur et avec un nombre entier de cabinet par secteur.

Ainsi les secteurs Nord et Ouest avec respectivement 202 993 et 214 795 habitants se sont vus attribué 4 cabinets chacun. Le secteur Sud, fort de ses 306 372 habitants avait 6 cabinets, et enfin l'Est avec 126 567 habitants avait les 3 cabinets restants.

A l'intérieur de chacun de ces quatre secteurs la répartition des cabinets s'est poursuivie de la même façon autant que possible, par tranche de 50 000 habitants. Lorsque les villes de taille égale ou multiple de 50 000 habitants s'étaient vues attribué leur nombre correspondant de cabinets, ceux restant à attribuer l'étaient à la ville juste en dessous en matière de population et ainsi de suite jusqu'à épuisement du quota de cabinet par secteur.

Ainsi par exemple, dans le secteur Nord, la ville de Saint-Denis avec ses 148 515 habitants comportait trois cabinets. Le quatrième cabinet de ce secteur était attribué à Sainte-Marie, car même si cette dernière n'atteignait pas le seuil de 50 000 habitants, il s'agissait de la commune la plus peuplée juste après Saint-Denis dans le Nord.

De la même manière, dans le secteur Sud, les 6 cabinets ont été répartis comme suit : deux cabinets pour Saint-Pierre, un pour Le Tampon, un pour Saint-Louis, un pour Saint-Joseph et un pour la Petite-Ile.

Dans l'Ouest de l'île, Saint-Paul recueille deux cabinets, Le Port un cabinet et Saint-Leu un de plus.

Enfin dans l'Est de La Réunion, les villes de Saint-André, Saint-Benoît et Bras-Panon comptaient chacune un cabinet.

Ainsi nous obtenons nos 17 cabinets répartis sur 13 communes des 4 secteurs de l'île. Ces cabinets médicaux ont été sélectionnés au sein de notre réseau personnel pour la plupart, et par démarchage téléphonique pour quelques-uns.

Un objectif souhaité de 40 patients recrutés par cabinet a été choisi, permettant de conjuguer faisabilité et puissance. Nous obtenons ainsi un nombre théorique maximal de 680 patients recrutables.

2.7 Critères de jugement

Critère de jugement principal :

Décrire les connaissances de patients réunionnais sur les symptômes de l'IDM, sur l'urgence et sur la conduite à tenir en cas d'IDM.

Les bonnes connaissances sur les symptômes seront décrites en analysant la fréquence de citation de chacun des symptômes et particulièrement le nombre de participants ayant choisi le symptôme douleur dans la poitrine parmi leurs trois réponses. Seront analysées également le nombre de bonnes réponses données (seuil défini à deux ou plus), le nombre de signes typiques d'IDM (seuil à deux ou plus), et le nombre de signes d'AVC incorrectement répondu (seuil défini par aucun signe d'AVC choisi).

La connaissance du caractère urgent et de la bonne conduite à tenir sera jugée en analysant le pourcentage de participants ayant choisi la proposition correcte à chacune de ces questions.

Critères de jugements secondaires :

Rechercher les facteurs associés (genre, classe d'âge, niveau d'étude, présence d'antécédents personnel ou familiaux d'IDM ou d'une autre MCV, et niveau de risque cardiovasculaire) à la connaissance spécifique du symptôme douleur dans la poitrine et à la connaissance plus générale des symptômes des patients réunionnais sur l'IDM.

Rechercher les facteurs associés à la connaissance de l'urgence et de la bonne conduite à tenir.

Évaluer la proportion des participants et de leurs proches formés aux gestes de premiers secours et rechercher les facteurs associés à cette formation.

2.8 Analyses statistiques

Les données anonymisées ont été remises au centre d'investigation clinique (CIC) du Centre hospitalier universitaire (CHU) pour analyse statistique.

La description de la population et de ses caractéristiques sont exprimées en valeurs absolues et pourcentages pour les variables qualitatives et en moyenne, médiane et écart type pour les variables quantitatives.

Analyses sur le critère de jugement principal :

Les connaissances des différents symptômes d'IDM seront analysées en matière de fréquence et de pourcentage de citation. Une attention particulière sera portée sur la citation du symptôme « douleur dans la poitrine », qui est le symptôme clé de l'IDM. Le nombre de bonnes réponses citées, le nombre de signes typiques d'IDM cités, le nombre de signes d'AVC cités ainsi que les connaissances sur le caractère urgent et sur la conduite à tenir seront analysés en fréquence et pourcentages.

Analyses sur les critères secondaires :

Nous rechercherons une association statistique entre la connaissance spécifique du symptôme douleur dans la poitrine et les facteurs suivants : sexe, classe d'âge, niveau d'étude, antécédent personnel d'IDM, antécédent d'une autre maladie cardiovasculaire, antécédent familial au premier degré d'IDM, et niveau de risque cardiovasculaire.

Afin de rechercher les facteurs associés à la connaissance plus générale des symptômes d'IDM, il était nécessaire de distinguer dans notre population ceux ayant une connaissance supérieure des autres participants. En effet, deux participants qui donneraient chacun deux bonnes réponses, mais l'un citant deux signes typiques et

l'autre aucun, ne peuvent être considérés comme ayant une connaissance égale sur les symptômes d'IDM. Ceci est particulièrement vrai quand, comme dans notre étude, nous leur demandons de citer les trois symptômes qu'ils jugent les plus importants d'IDM.

Nous avons donc développé un score composite qui prend en compte à la fois le nombre de bonnes réponses citées et le nombre de signes typiques cités. Les symptômes typiques d'IDM rapportent 2 points, les autres bonnes réponses d'IDM rapportent 1 point. Les mauvaises réponses et les signes d'AVC cités ne rapportent pas de points. Il n'y a pas de points négatifs.

Ainsi, les patients qui devaient citer les 3 symptômes d'IDM qu'ils jugent les plus importants, obtenaient un score compris entre 0/6 et 6/6.

Nous avons fixé à 4/6 le seuil comme étant celui à partir duquel la connaissance des symptômes était jugée supérieure. À partir de ce seuil, nous pouvions avoir la certitude que ces participants avaient des connaissances supérieures à ceux en dessous. En effet, il fallait avoir donné soit 2 bonnes réponses avec 2 signes typiques, soit 3 bonnes réponses dont au moins un signe typique pour atteindre ou dépasser ce score.

Nous avons recherché l'association entre les patients ayant au moins 4/6 à ce score avec les mêmes facteurs cités plus haut.

Nous avons enfin analysé l'association entre ces mêmes facteurs et la proportion de patients et celle de leur entourage formé aux premiers secours.

Les associations entre les facteurs présentés ci-dessus et les différentes variables seront recherchés en menant des analyses univariées de comparaison de pourcentages, en utilisant le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher en fonction des conditions d'application.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel « R ». Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Les graphiques et tableaux de cette thèse ont été réalisés en utilisant le logiciel Microsoft Excel®.

2.9 Considérations éthiques et gestion des données

Un avis a été demandé au correspondant Informatique et libertés (CIL) de l'Université de La Réunion. Notre étude faisait partie des Recherches non interventionnelles, comprises dans la Méthodologie de référence 003 (MR-003), il n'y avait pas lieu de faire de demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Une inscription au registre CIL de l'Université était suffisante. L'attestation de cet enregistrement figure en Annexe 4.

L'avis d'un Comité de protection des personnes (CPP) n'était pas requis.

Les mesures suivantes ont été prises afin d'informer les patients, de garantir l'anonymat et la protection des données :

Une information orale était délivrée au patient ainsi que la remise d'une fiche d'information écrite (Annexe 2). Celle-ci expliquait les finalités de notre étude, les données dont nous aurons besoin et celles auxquelles nous pourrions avoir accès auprès de leur médecin ou par leur dossier médical, avec leur accord.

Seules les données pertinentes et strictement nécessaires à la réalisation de l'étude étaient recueillies.

Leur droit d'accès, de modification et de suppression des données les concernant leur y est rappelé ainsi que les modalités pour l'exprimer.

Après avoir reçu ces informations, le patient exprimait oralement son consentement sur le principe de la non-opposition, et le questionnaire lui était remis.

Une fois toutes les données recueillies, les questionnaires étaient anonymisées, en attribuant à chacun d'eux un numéro d'anonymisation (P001, P002, ...) et une table de correspondance était réalisée. Le bordereau d'identification était alors découpé et détruit. La table de correspondance ne servirait qu'en cas de demande d'accès, de modification ou de suppression des données par un des participants.

Les données anonymes, consignées dans un tableau Excel®, ont été chiffrées et stockées sur un poste informatique local protégé par un mot de passe, sans stockage en ligne de type « cloud ».

Elles ont été transmises en mains propres sur un support physique externe chiffré au centre d'investigation clinique (CIC) pour réaliser les analyses statistiques.

L'ensemble des données sera supprimé au terme d'une année après la date de la soutenance.

3. Résultats

3.1 Description générale

3.1.1 Diagramme de flux

610 patients ont été inclus entre le 10 août 2018 et le 30 avril 2019 dans les 17 cabinets de médecine générale répartis sur l'île. 17 de ces patients ont été exclus car ils n'avaient pas respecté la consigne de la question 9 en cochant plus de 3 symptômes. Ainsi, 593 patients ont été inclus pour l'analyse des données (Figure 1).

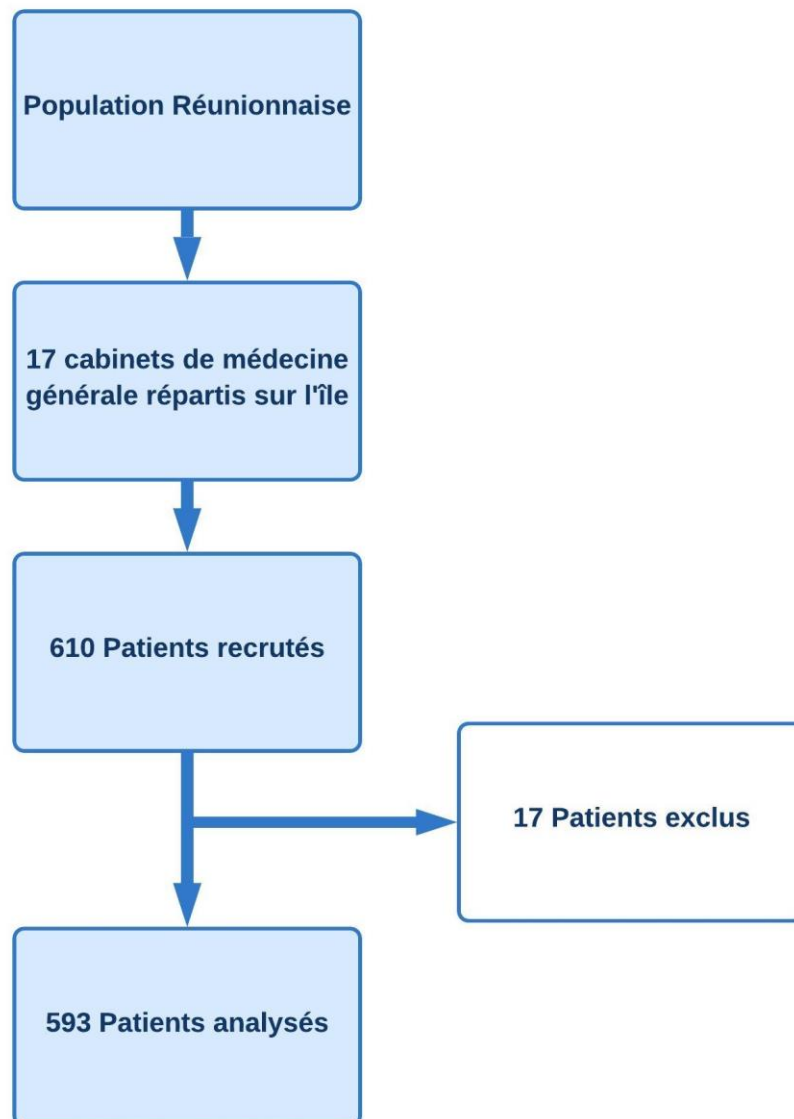


Figure 1 : Diagramme de flux

Le nombre maximal de 680 patients inclus n'a pas été atteint principalement du fait de certains cabinets qui n'ont pu recruter 40 patients. Néanmoins 89,7% de cet objectif maximal en termes de patients recrutés et 87,2% pour ceux analysés a été rempli. Avant l'exclusion des 17 patients, 9 cabinets avaient recruté 40 patients chacun, 2 cabinets 39 patients, 1 cabinet avait 38 patients, un autre 36, deux cabinets comptaient 35 patients chacun et enfin un cabinet avait 25 et un autre 3 patients.

3.1.2 Répartition des participants inclus par cabinets

Les participants inclus (n=593) étaient répartis dans 17 cabinets, avec une moyenne de 34,9 participants par cabinet. Leur distribution est représentée dans la figure 2.

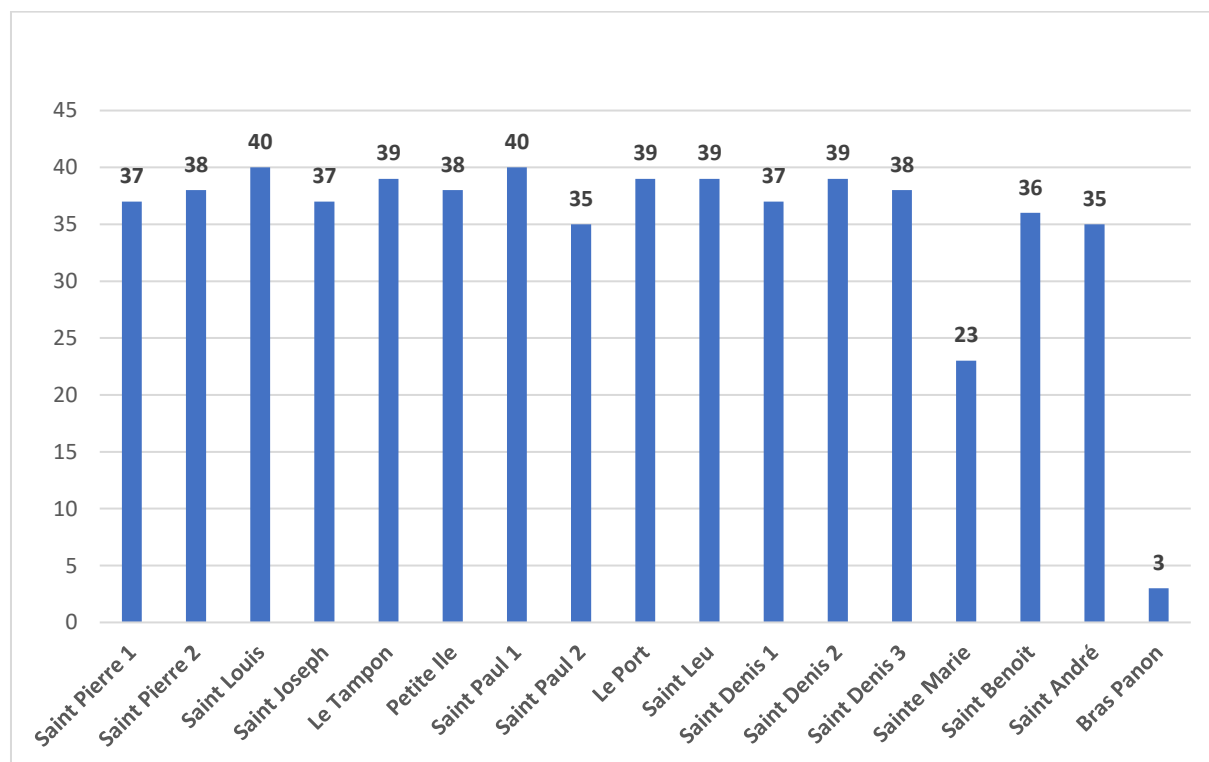


Figure 2 : Distribution des participants inclus par cabinets

3.1.3 Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les 593 participants, 384 (64,8%) étaient des femmes et 209 (35,2%) étaient des hommes. Les participants étaient âgés de 18 à 93 ans, avec un âge moyen de 48,11 ans et une médiane à 49 ans.

Les caractéristiques de la population sont représentées ci-dessous, dans le tableau 1.

Caractéristiques	n	(%)
<u>Total :</u>	593	(100%)
<u>Sexe :</u>		
<i>Hommes</i>	209	(35,2%)
<i>Femmes</i>	384	(64,8%)
<u>Âge moyen (en années) :</u>	48,11	
<u>Classes d'âges :</u>		
<i>18-39 ans</i>	195	(32,9%)
<i>40-64 ans</i>	305	(51,4%)
<i>65 ans et plus</i>	93	(15,7%)
<u>Niveau d'étude :</u>		
<i>Primaire</i>	83	(14,0%)
<i>Secondaire</i>	345	(58,2%)
<i>Supérieur</i>	147	(24,8%)
<u>Catégorie socioprofessionnelle :</u>		
<i>Agriculteurs</i>	11	(1,9%)
<i>Artisans/commerçants</i>	29	(4,9%)
<i>Cadres/Prof. Sup.</i>	43	(7,3%)
<i>Employés</i>	180	(30,4%)
<i>Ouvriers</i>	18	(3,0%)
<i>Prof. Intermédiaires</i>	14	(2,4%)
<i>Retraités</i>	101	(17,0%)
<i>Sans activité</i>	195	(32,9%)
<u>Antécédents :</u>		
<i>ATCD IDM</i>	30	(5,1%)
<i>ATCD autre MCV</i>	61	(10,3%)
<i>ATCD Familiaux IDM</i>	151	(25,5%)
<u>Comorbidités/FDRCV :</u>		
<i>Tabagisme</i>	129	(21,8%)
<i>Diabète</i>	117	(19,7%)
<i>HTA</i>	204	(34,4%)
<i>Dyslipidémie</i>	184	(31,0%)
<u>Insuffisance rénale :</u>		
<i>Modérée</i>	31	(5,2%)
<i>Sévère</i>	6	(1,0%)
<u>Risque CV :</u>		
<i>Faible</i>	243	(41,0%)
<i>Modéré</i>	88	(14,8%)
<i>Haut</i>	108	(18,2%)
<i>Très haut</i>	103	(17,4%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

3.2 Résultats de l'objectif principal

3.2.1 Fréquence de citation des différents symptômes

Les participants ont cité par ordre de fréquence : « Douleur/serrement ou inconfort (brûlure, lourdeur) dans la poitrine » à 52,9%, puis « Trouble de la parole/difficulté à parler » à 40,8%, à quasi-égalité avec « Douleur dans l'épaule ou le bras » à 40,6%. Parmi les cinq symptômes les plus cités, deux sont des signes typiques d'IDM, et trois sont des signes d'AVC.

L'ensemble des 19 symptômes classés par ordre de fréquence de citation sont rapportés dans la figure 3.

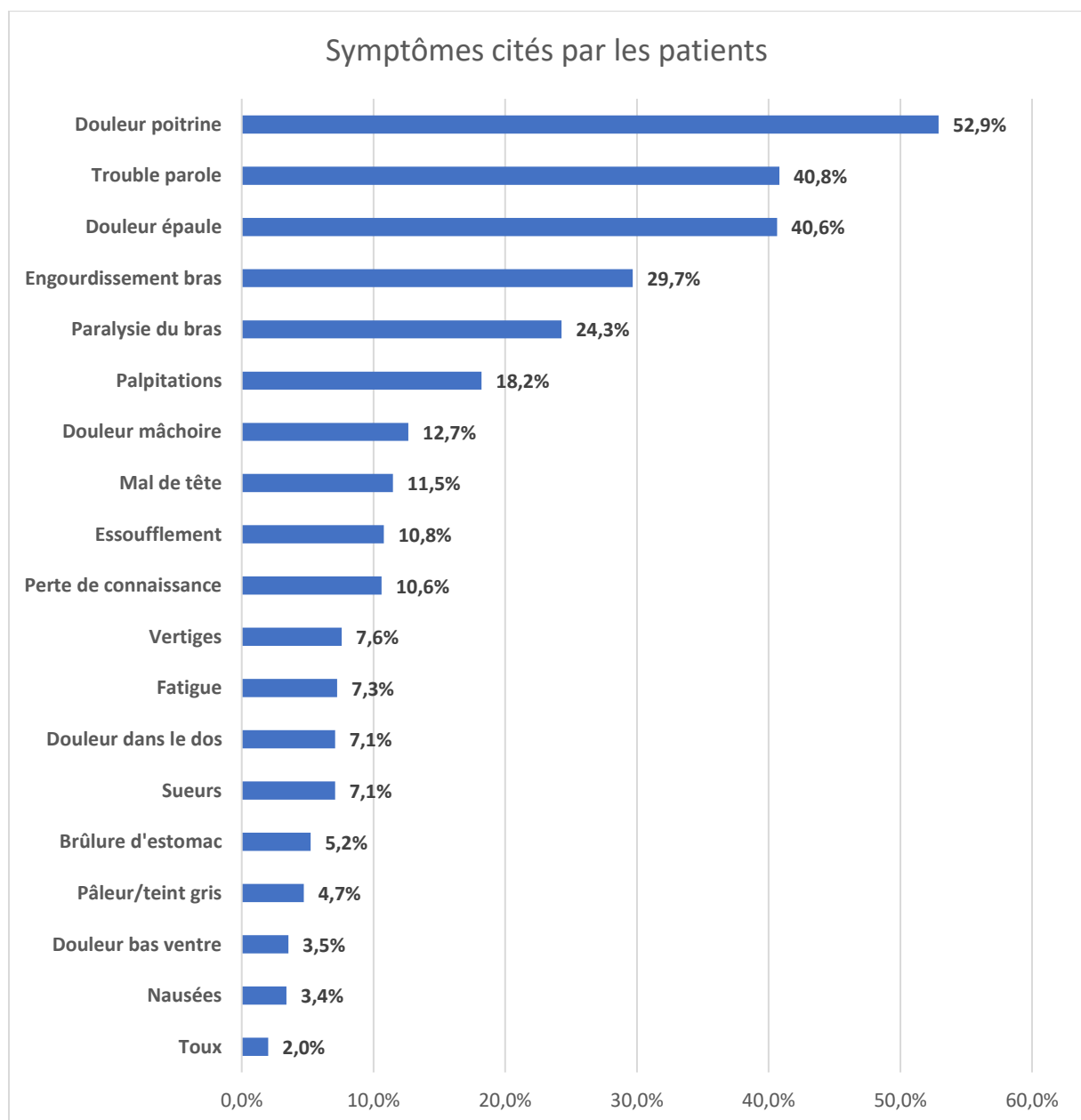


Figure 3 : Symptômes cités par la population, par ordre de fréquence

3.2.2 Nombre de bonnes réponses citées

Les participants ont donné en moyenne 1,88 bonnes réponses. Sur leur 3 réponses proposées, 4,9% des participants n'avaient aucune bonne réponse alors que 26,3% totalisaient trois bonnes réponses (Figure 4).

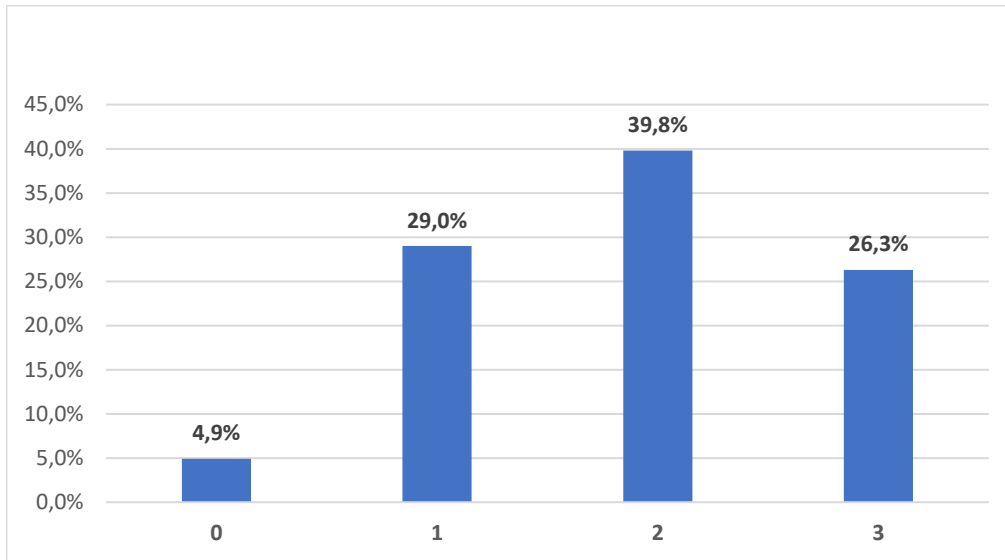


Figure 4 : Répartition des participants par nombre de bonnes réponses données

Ainsi, 66,1% des patients avaient donné au moins deux bonnes réponses (Figure 5).

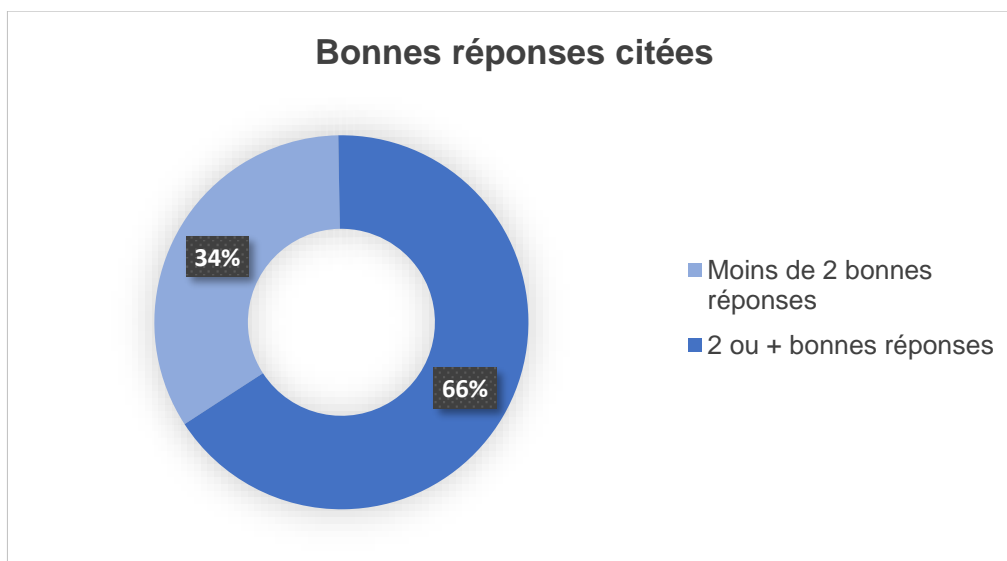


Figure 5 : Patients ayant donné deux bonnes réponses ou plus

3.2.3 Nombre de signes typiques d'IDM cités

Près d'un participant sur quatre (24,8%) n'a cité aucun signe typique d'IDM, et 3,0% d'entre eux en ont cité trois, avec une moyenne de 1,06 signe typique par patient (Figure 6).

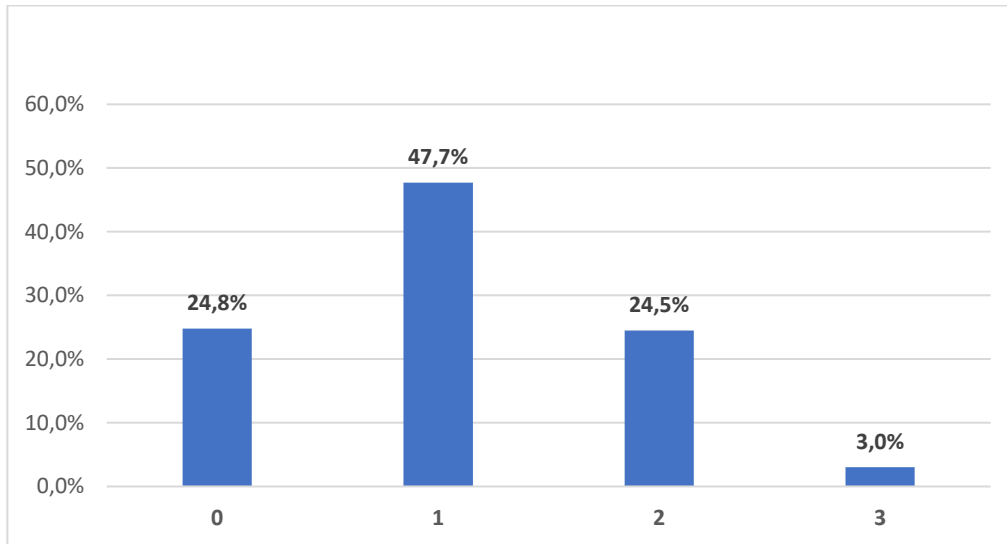


Figure 6 : Répartition des participants par nombre de signes typiques d'IDM donnés

Parmi nos participants, 27,5% avaient donné au moins deux signes typiques sur leurs trois réponses (Figure 7).

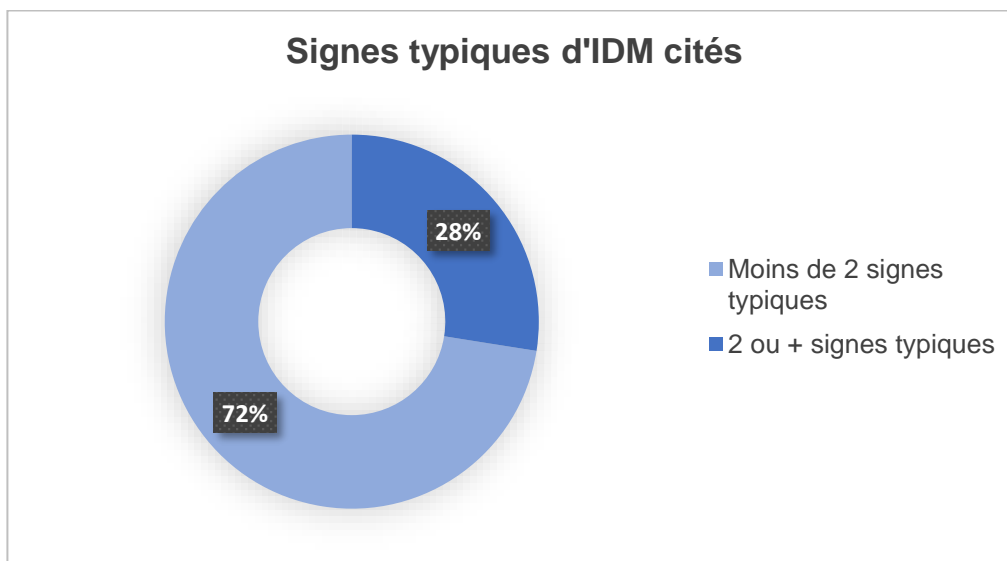


Figure 7 : Patients ayant donné deux signes typiques d'IDM ou plus

3.2.4 Nombre de signes d'AVC cités

Aucun signe d'AVC n'a été cité par 32,9% des participants, avec une valeur moyenne de 0,95 signe d'AVC par patient. Leur répartition selon le nombre de signes d'AVC cité est présentée dans la figure 8.

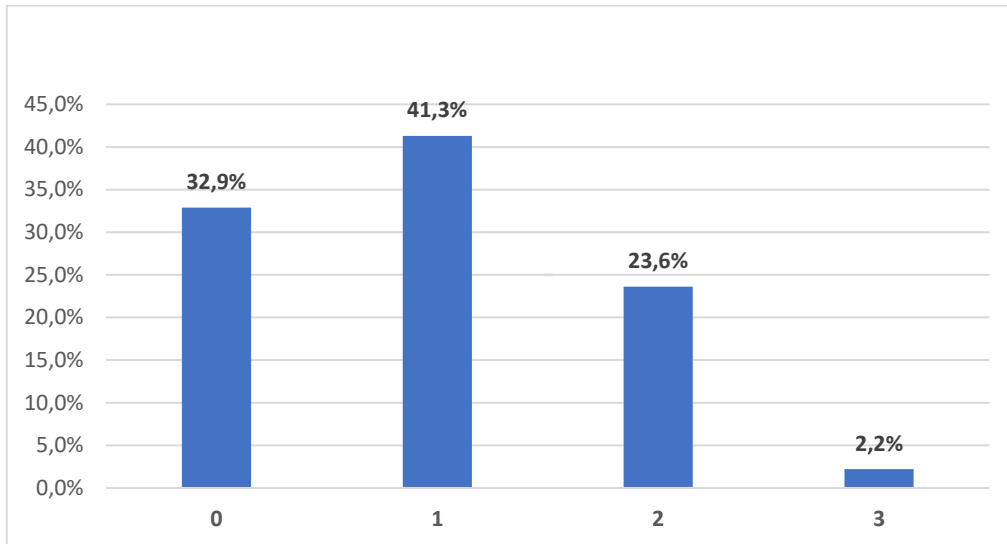


Figure 8 : Répartition des participants par nombre de signes d'AVC donnés

Deux tiers (67,1%) des patients ont répondu au moins un signe d'AVC parmi les trois symptômes qu'ils estimaient être les plus évocateurs d'un IDM (Figure 9).

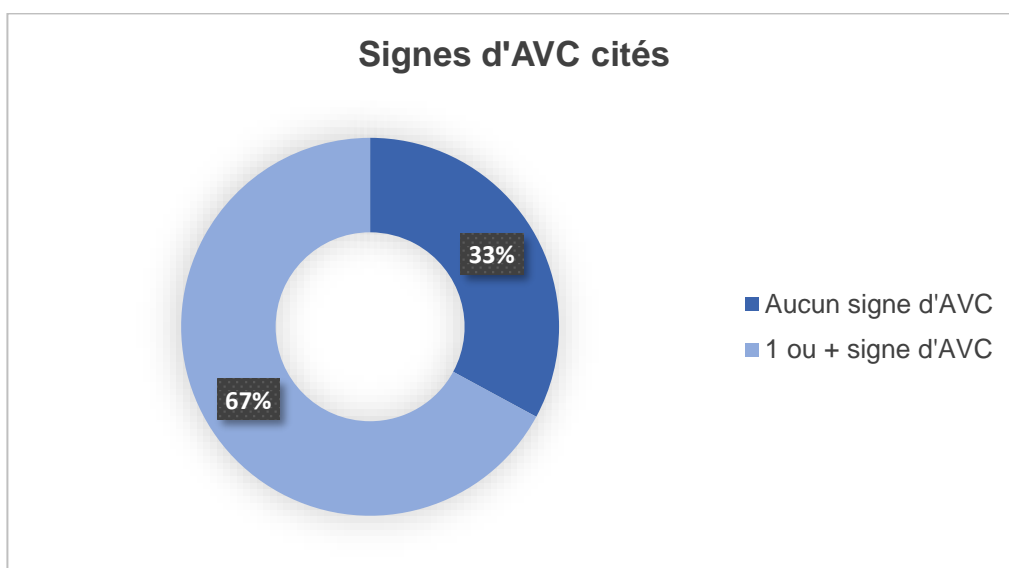


Figure 9 : Patients ayant donné au moins un signe d'AVC

3.2.5 Connaissance de l'urgence en cas d'IDM

Dans notre population, 75,6% des patients ont répondu qu'il s'agissait d'une urgence vitale immédiate, si un ou plusieurs des symptômes cités leur arrivait, et 2,2% qu'il n'y avait pas d'urgence (Figure 10).

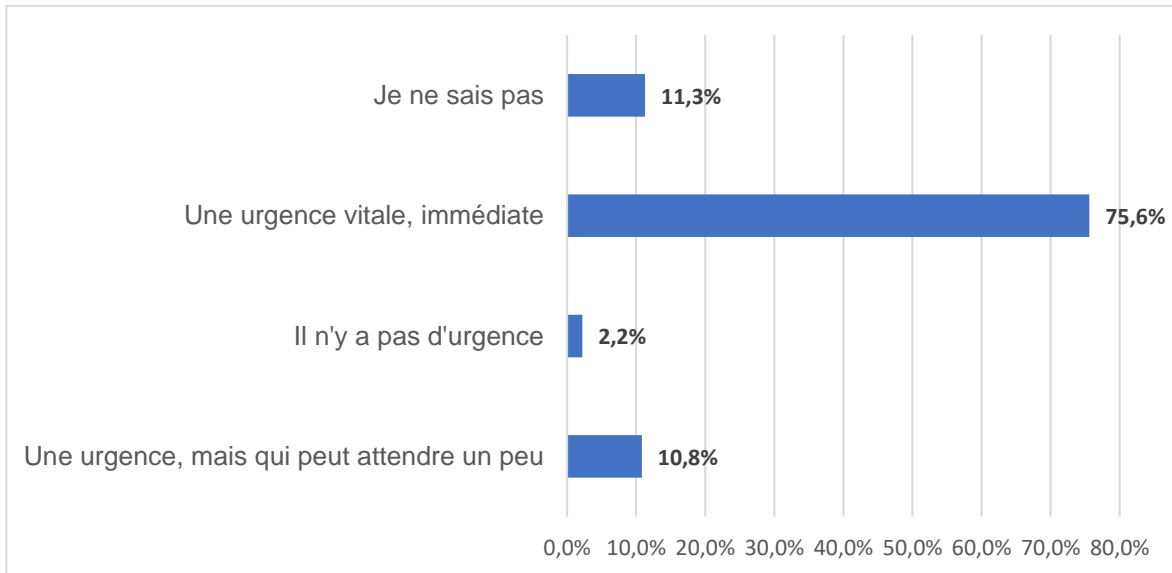


Figure 10 : Répartition des réponses relatives au caractère urgent de l'IDM

3.2.6 Connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM

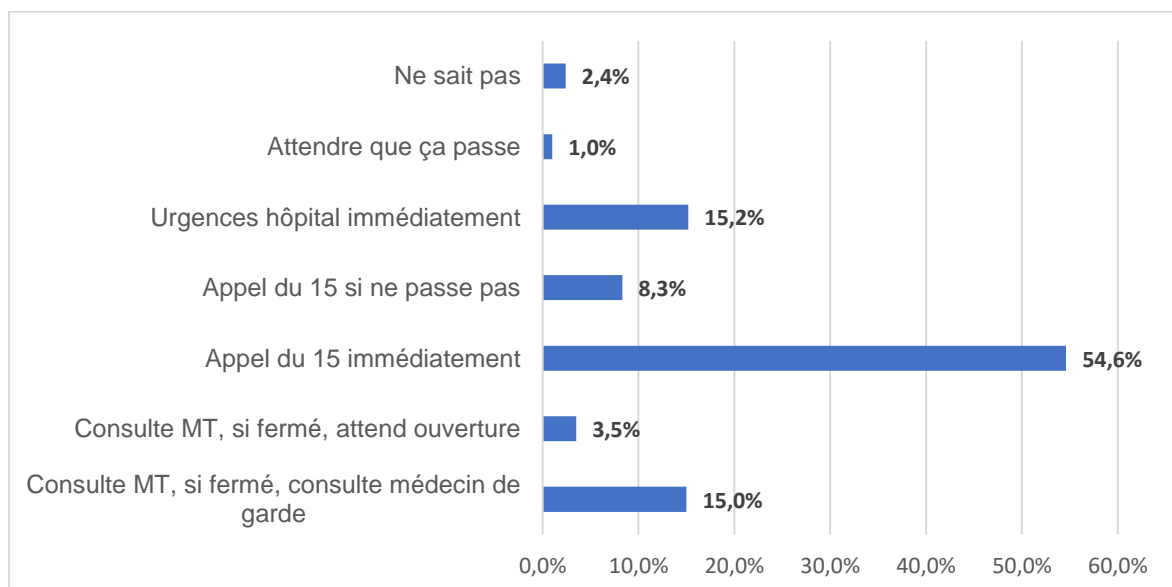


Figure 11 : Répartition des réponses relatives à la conduite à tenir en cas d'IDM

La majorité des participants (54,6%) appellerait le 15 (SAMU) immédiatement. 18,5% des patients consulteraient d'abord leur médecin traitant, mais si son cabinet était fermé (soir ou weekend) 3,5% attendraient sa réouverture, alors que 15% iraient alors consulter le médecin de garde (Figure 11).

3.3 Résultats sur les objectifs secondaires

3.3.1 Facteurs associés à la connaissance spécifique du symptôme douleur thoracique

L'association entre la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine et les facteurs suivants a été analysée : sexe, classe d'âge, niveau d'étude, antécédents (ATCD) d'IDM, antécédents d'autre MCV, antécédents familiaux d'IDM, niveau de risque cardiovasculaire (regroupés en deux catégories : Faible - Modéré et Haut - Très haut). Les résultats sont exposés dans le tableau 2.

La classe d'âge la plus jeune (18-39ans) et le niveau d'étude supérieur étaient tous deux significativement associés à une meilleure connaissance du symptôme douleur dans la poitrine (respectivement $p = 0,006$ et $p < 0,001$).

Les participants à haut et très haut risque cardiovasculaire connaissaient significativement moins le symptôme douleur dans la poitrine que les patients à plus faibles risques ($p = 0,004$).

Les patients ayant un antécédent d'IDM ou d'une autre MCV citaient moins souvent la douleur dans la poitrine que ceux n'ayant pas ces antécédents, mais ces différences n'étaient pas significatives.

Les antécédents familiaux d'IDM n'avaient pas d'influence significative sur la connaissance de ce symptôme particulier.

Caractéristiques	Douleur dans la poitrine		p
	OUI	NON	
<u>Total :</u>	314 (52,9%)	279 (47,1%)	
<u>Sexe :</u>			0,841
<i>Hommes</i>	109 (52,2%)	100 (47,8%)	
<i>Femmes</i>	205 (53,4%)	179 (46,6%)	
<u>Classes d'âges :</u>			0,006
18-39 ans	120 (61,5%)	75 (38,5%)	
40-64 ans	154 (50,5%)	151 (49,5%)	
65 ans et plus	40 (43,0%)	53 (57,0%)	
<u>Niveau d'étude :</u>			<0,001
<i>Primaire</i>	29 (34,9%)	54 (65,1%)	
<i>Secondaire</i>	176 (51,0%)	169 (49,0%)	
<i>Supérieur</i>	102 (69,4%)	45 (30,6%)	
<u>Antécédents :</u>			
ATCD IDM			0,885
<i>Oui</i>	15 (50,0%)	15 (50,0%)	
<i>Non</i>	299 (53,1%)	264 (46,9%)	
ATCD autre MCV			0,194
<i>Oui</i>	27 (44,3%)	34 (55,7%)	
<i>Non</i>	287 (53,9%)	245 (46,1%)	
ATCD Familiaux IDM			0,295
<i>Oui</i>	86 (57,0%)	65 (43,0%)	
<i>Non</i>	228 (51,6%)	214 (48,4%)	
<u>Risque CV :</u>			0,004
<i>Faible - Modéré</i>	194 (58,6%)	137 (41,4%)	
<i>Haut - Très haut</i>	96 (45,5%)	115 (54,5%)	

Tableau 2 : Facteurs associés à la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine

3.3.2 Facteurs associés à la connaissance générale sur les symptômes d'IDM

En plus de la connaissance du symptôme spécifique « douleur dans la poitrine », nous avons analysé les facteurs associés à la connaissance plus générale des symptômes d'IDM. Pour ce faire, et comme expliqué dans la rubrique Analyses statistiques de la partie Matériel et méthode, nous avons utilisé notre score composite combinant le nombre de bonnes réponses et le nombre de signes typiques cités. Son seuil fixé à 4/6. Les participants ayant entre 4/6 et 6/6 étaient considérés comme ayant une connaissance supérieure à ceux ayant entre 0 et 3/6.

L'association avec les mêmes facteurs que la question précédente a été analysée, et les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Le seul facteur significativement associé à la connaissance générale des symptômes d'IDM est le niveau d'étude supérieur ($p < 0,001$).

Les patients les plus à risques du point de vue cardiovasculaire étaient moins nombreux à avoir une connaissance supérieure, sans que cette différence ne soit statistiquement significative.

Les hommes, les patients jeunes, ou ceux ayant un antécédent d'IDM semblaient avoir des connaissances supérieures, mais là encore, ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Caractéristiques	Score de connaissances		p
	0-3	4-6	
<u>Total :</u>	371 (62,6%)	222 (37,4%)	
<u>Sexe :</u>			0,197
<i>Hommes</i>	123 (58,9%)	86 (41,1%)	
<i>Femmes</i>	248 (64,6%)	136 (35,4%)	
<u>Classes d'âges :</u>			0,111
<i>18-39 ans</i>	111 (56,9%)	84 (43,1%)	
<i>40-64 ans</i>	202 (66,2%)	103 (33,8%)	
<i>65 ans et plus</i>	58 (62,4%)	35 (37,6%)	
<u>Niveau d'étude :</u>			<0,001
<i>Primaire</i>	61 (73,5%)	22 (26,5%)	
<i>Secondaire</i>	231 (67,0%)	114 (33,0%)	
<i>Supérieur</i>	68 (46,3%)	79 (53,7%)	
<u>Antécédents :</u>			
<i>ATCD IDM</i>			0,380
<i>Oui</i>	16 (53,3%)	14 (46,7%)	
<i>Non</i>	355 (63,1%)	208 (36,9%)	
<i>ATCD autre MCV</i>			1
<i>Oui</i>	38 (62,3%)	23 (37,7%)	
<i>Non</i>	333 (62,6%)	199 (37,4%)	
<i>ATCD Familiaux IDM</i>			0,850
<i>Oui</i>	93 (61,6%)	58 (38,4%)	
<i>Non</i>	278 (62,9%)	164 (37,1%)	
<u>Risque CV :</u>			0,596
<i>Faible - Modéré</i>	203 (61,3%)	128 (38,7%)	
<i>Haut- Très haut</i>	135 (64,0%)	76 (36,0%)	

Tableau 3 : Facteurs associés à la connaissance en général des symptômes d'IDM

3.3.3 Facteurs associés à la connaissance du caractère urgent de l'IDM

En plus des facteurs précédents, nous avons aussi analysé si la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine et le score composite de connaissance des symptômes étaient associés à la connaissance du caractère urgent de l'IDM.

Les résultats sont rapportés dans le tableau 4.

Les patients les plus âgés (65 ans et plus) avaient une moins bonne connaissance du caractère urgent de l'IDM par rapport aux patients de catégories plus jeunes ($p = 0,023$).

Le niveau d'étude supérieur était là encore nettement associé à la connaissance du caractère urgent ($p < 0,001$).

Les participants à risque cardiovasculaire élevé et très élevé avaient une moins bonne connaissance de l'urgence ($p = 0,045$).

Enfin ceux qui avaient cité le symptôme douleur dans la poitrine connaissaient davantage cette urgence ($p < 0,001$).

Il est à noter que les antécédents personnels d'IDM, les antécédents familiaux d'IDM ou d'une autre MCV n'étaient pas associés à la connaissance du caractère d'urgence vitale de l'IDM.

Caractéristiques	Connaissance de l'urgence		p
	Urgence vitale	Autre	
<u>Total :</u>	448 (75,5%)	144 (24,3%)	
<u>Sexe :</u>			0,204
<i>Hommes</i>	165 (78,9%)	44 (21,1%)	
<i>Femmes</i>	283 (73,7%)	100 (26,0%)	
<u>Classes d'âges :</u>			0,023
<i>18-39 ans</i>	150 (76,9%)	45 (23,1%)	
<i>40-64 ans</i>	238 (78,0%)	66 (21,6%)	
<i>65 ans et plus</i>	60 (64,5%)	33 (35,5%)	
<u>Niveau d'étude :</u>			<0,001
<i>Primaire</i>	49 (59,0%)	34 (41,0%)	
<i>Secondaire</i>	264 (76,5%)	80 (23,5%)	
<i>Supérieur</i>	122 (83,0%)	25 (17,0%)	
<u>Antécédents :</u>			
<i>ATCD IDM</i>			0,728
<i>Oui</i>	24 (80,0%)	6 (20,0%)	
<i>Non</i>	424 (75,3%)	138 (24,5%)	
<i>ATCD autre MCV</i>			0,835
<i>Oui</i>	45 (73,8%)	16 (26,2%)	
<i>Non</i>	403 (75,8%)	128 (24,1%)	
<i>ATCD Familiaux IDM</i>			0,662
<i>Oui</i>	116 (76,8%)	34 (22,5%)	
<i>Non</i>	332 (75,1%)	110 (24,9%)	
<u>Risque CV :</u>			0,045
<i>Faible - Modéré</i>	258 (77,9%)	72 (21,9%)	
<i>Haut- Très haut</i>	148 (70,1%)	63 (29,9%)	
<u>Citation douleur poitrine</u>			<0,001
<i>Oui</i>	255 (81,2%)	58 (18,5%)	
<i>Non</i>	193 (69,2%)	86 (30,8%)	
<u>Score connaissances</u>			0,060
<i>Sup. ou égal à 4</i>	178 (80,2%)	44 (19,8%)	
<i>Inférieur à 4</i>	270 (72,8%)	100 (27,0%)	

Tableau 4 : Facteurs associés à la connaissance du caractère urgent de l'IDM

3.3.4 Facteurs associés à la connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM

L'association entre les mêmes facteurs que la partie précédente et la connaissance de la bonne conduite à tenir en cas d'IDM (appeler le SAMU centre 15) a été analysée.

Seuls les antécédents familiaux d'IDM étaient significativement associés à la connaissance de la bonne conduite à tenir ($p = 0,008$).

Il n'avait pas de différence statistiquement significative concernant les autres facteurs étudiés, notamment avec l'antécédent personnel d'IDM ou le niveau de risque cardiovasculaire.

Tous les résultats sont présentés dans le tableau 5.

Caractéristiques	Conduite à tenir en cas d'IDM		p
	Appel 15	Autre	
<u>Total :</u>	324 (54,6%)	269 (45,4%)	
<u>Sexe :</u>			0,207
<i>Hommes</i>	122 (58,4%)	87 (41,6%)	
<i>Femmes</i>	202 (52,6%)	182 (47,4%)	
<u>Classes d'âges :</u>			0,054
<i>18-39 ans</i>	95 (48,7%)	100 (51,3%)	
<i>40-64 ans</i>	181 (59,3%)	124 (40,7%)	
<i>65 ans et plus</i>	48 (51,6%)	45 (48,4%)	
<u>Niveau d'étude :</u>			0,791
<i>Primaire</i>	43 (51,8%)	40 (48,2%)	
<i>Secondaire</i>	188 (54,5%)	157 (45,5%)	
<i>Supérieur</i>	83 (56,5%)	64 (43,5%)	
<u>Antécédents :</u>			
<i>ATCD IDM</i>			0,967
<i>Oui</i>	17 (56,7%)	13 (43,3%)	
<i>Non</i>	307 (54,5%)	256 (45,5%)	
<i>ATCD autre MCV</i>			0,620
<i>Oui</i>	31 (50,8%)	30 (49,2%)	
<i>Non</i>	293 (55,1%)	239 (44,9%)	
<i>ATCD Familiaux IDM</i>			0,008
<i>Oui</i>	97 (64,2%)	54 (35,8%)	
<i>Non</i>	227 (51,4%)	215 (48,6%)	
<u>Risque CV :</u>			0,947
<i>Faible - Modéré</i>	181 (54,7%)	150 (45,3%)	
<i>Haut- Très haut</i>	116 (55,0%)	95 (45,0%)	
<u>Citation douleur poitrine</u>			0,251
<i>Oui</i>	179 (57,0%)	135 (43,0%)	
<i>Non</i>	145 (52,0%)	134 (48,0%)	
<u>Score connaissances</u>			0,707
<i>Sup. ou égal à 4</i>	124 (55,9%)	98 (44,1%)	
<i>Inférieur à 4</i>	200 (53,9%)	171 (46,1%)	

Tableau 5 : Facteurs associés à la connaissance de la bonne conduite à tenir en cas d'IDM

3.3.5 Formation des participants aux gestes de premiers secours

Dans notre population d'étude, 36,3% des participants déclaraient être formés aux gestes de premiers secours (Figure 12).

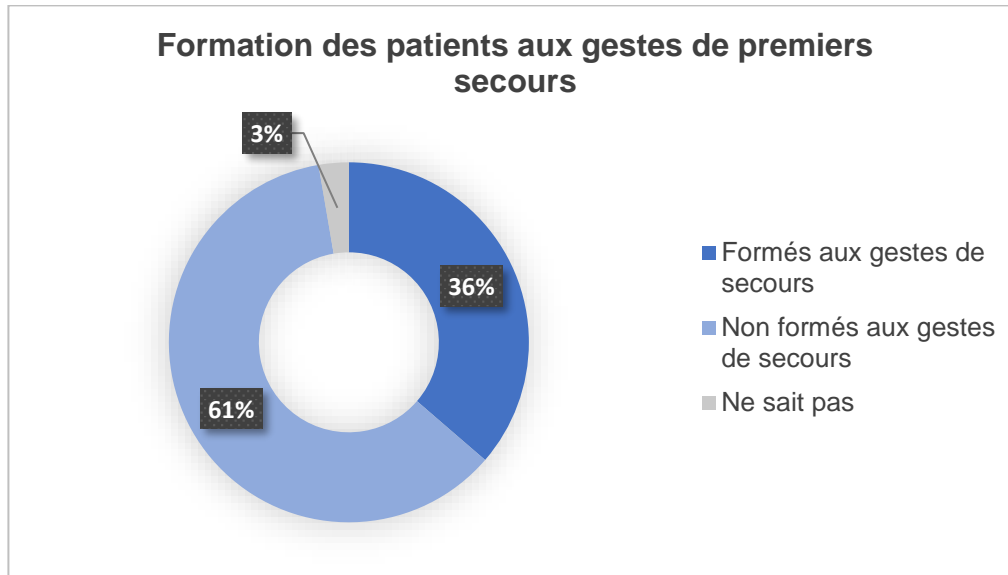


Figure 12 : Proportion de patients formés aux gestes de premiers secours

Nous avons également analysé les facteurs associés à la formation des patients aux gestes de secours. En plus de ceux étudiés dans la précédente partie, nous avons recherché si connaître l'urgence vitale de l'IDM était associé à une formation accrue aux gestes de secours. Pour cette analyse, les catégories « ne sait pas » et « non formés » ont été regroupées. Les résultats sont exposés dans le tableau 6.

Les patients les plus jeunes ($p < 0,001$) et ceux avec un niveau d'éducation supérieur ($p < 0,001$) étaient significativement plus formés aux gestes de secours.

À l'inverse, les participants ayant un antécédent personnel d'IDM ($p = 0,036$) et ceux à hauts risques cardiovasculaires ($p < 0,001$) étaient significativement moins formés.

Les participants qui avaient cité douleur dans la poitrine ($p = 0,001$) comme étant un symptôme d'IDM et ceux qui connaissaient le caractère urgent de l'IDM ($p = 0,007$) étaient significativement plus formés.

Avoir un proche qui avait déjà fait un IDM n'était pas associé à une formation accrue des patients aux gestes de secours.

Caractéristiques	Patient formé aux secours		p
	OUI	NON	
<u>Total :</u>	215 (36,3%)	377 (63,6%)	
<u>Sexe :</u>			0,994
<i>Hommes</i>	75 (35,9%)	133 (63,6%)	
<i>Femmes</i>	140 (36,5%)	244 (63,5%)	
<u>Classes d'âges :</u>			<0,001
<i>18-39 ans</i>	114 (58,5%)	81 (41,5%)	
<i>40-64 ans</i>	87 (28,5%)	218 (71,5%)	
<i>65 ans et plus</i>	14 (15,1%)	78 (83,9%)	
<u>Niveau d'étude :</u>			<0,001
<i>Primaire</i>	11 (13,3%)	72 (86,7%)	
<i>Secondaire</i>	114 (33,0%)	230 (66,7%)	
<i>Supérieur</i>	88 (59,9%)	59 (40,1%)	
<u>Antécédents :</u>			
<i>ATCD IDM</i>			0,036
<i>Oui</i>	5 (16,7%)	25 (83,3%)	
<i>Non</i>	210 (37,3%)	352 (62,5%)	
<i>ATCD autre MCV</i>			0,224
<i>Oui</i>	17 (27,9%)	43 (70,5%)	
<i>Non</i>	198 (37,2%)	334 (62,8%)	
<i>ATCD Familiaux IDM</i>			0,078
<i>Oui</i>	45 (29,8%)	105 (69,5%)	
<i>Non</i>	170 (38,5%)	272 (61,5%)	
<u>Risque CV :</u>			<0,001
<i>Faible - Modéré</i>	151 (45,6%)	180 (54,4%)	
<i>Haut- Très haut</i>	41 (19,4%)	169 (80,1%)	
<u>Citation douleur poitrine</u>			0,001
<i>Oui</i>	133 (42,4%)	180 (57,3%)	
<i>Non</i>	82 (29,4%)	197 (70,6%)	
<u>Total points Q9</u>			0,225
<i>Sup. ou égal à 4</i>	88 (39,6%)	134 (60,4%)	
<i>Inférieur à 4</i>	127 (34,2%)	243 (65,5%)	
<u>Urgence Vitale Q10</u>			0,007
<i>Oui</i>	177 (39,5%)	271 (60,5%)	
<i>Non</i>	38 (26,4%)	105 (72,9%)	

Tableau 6 : Facteurs associés à la formations aux gestes de premiers secours

3.3.6 Formation des proches des patients aux gestes de premiers secours

Dans notre échantillon, 51,1 % des participants estimaient que leurs proches n'étaient pas formés aux gestes de premiers secours, contre 25,8% qui estimaient le contraire (Figure 13).

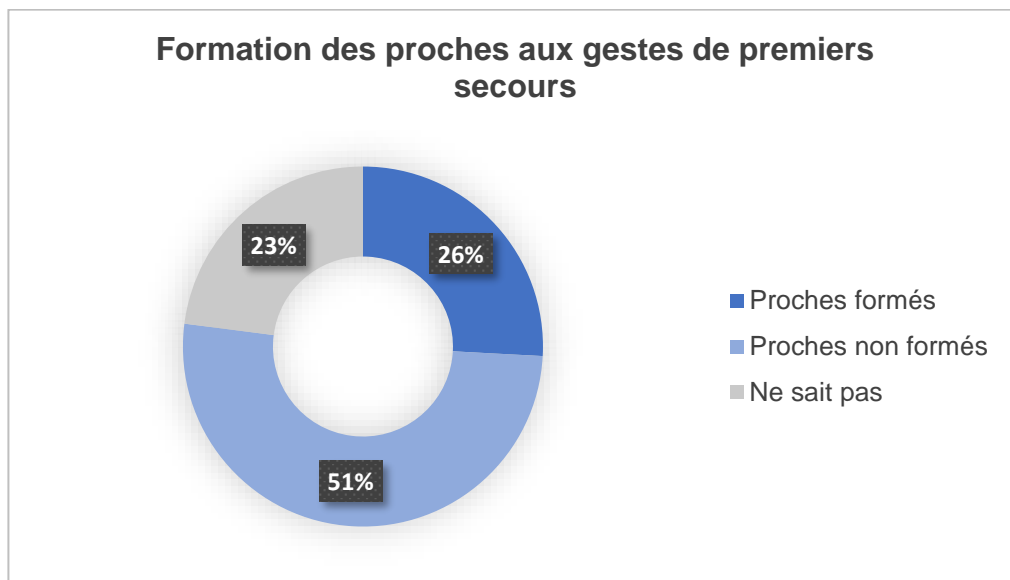


Figure 13 : Proportion des proches formés aux gestes de premiers secours

Concernant la formation des proches des patients aux gestes de premiers secours, nous avons analysé l'association avec les facteurs suivants : les antécédents personnels ou familiaux d'IDM du patient, les antécédents d'une autre MCV, et le niveau de risque cardiovasculaire des participants.

Ces facteurs, dans ce cas précis, étaient les plus pertinents, permettant de rechercher s'il existait une association entre les antécédents du patient, son risque cardiovasculaire et la formation de ses proches.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative liée à la présence d'antécédent ou au niveau de risque cardiovasculaire du patient concernant la formation de son entourage aux gestes de secours (Tableau 7).

Caractéristiques	Proches formés aux premiers secours			p
	OUI	NON	NSP	
<u>Total :</u>	153 (25,8%)	303 (51,1%)	136 (22,9%)	
<u>Antécédents :</u>				
ATCD IDM				0,843
Oui	9 (30,0%)	15 (50,0%)	6 (20,0%)	
Non	144 (25,6%)	288 (51,2%)	130 (23,1%)	
ATCD autre MCV				0,699
Oui	18 (29,5%)	28 (45,9%)	14 (23,0%)	
Non	135 (25,4%)	275 (51,7%)	122 (22,9%)	
ATCD Familiaux IDM				0,904
Oui	37 (24,5%)	77 (51,0%)	36 (23,8%)	
Non	116 (26,2%)	226 (51,1%)	100 (22,6%)	
<u>Risque CV :</u>				0,747
Faible - Modéré	92 (27,8%)	163 (49,2%)	76 (23,0%)	
Haut- Très haut	53 (25,1%)	110 (52,1%)	47 (22,3%)	

Tableau 7 : Facteurs associés à la formation de l'entourage aux gestes de secours

3.3.7 Motivation des participants à se former aux gestes de premiers secours

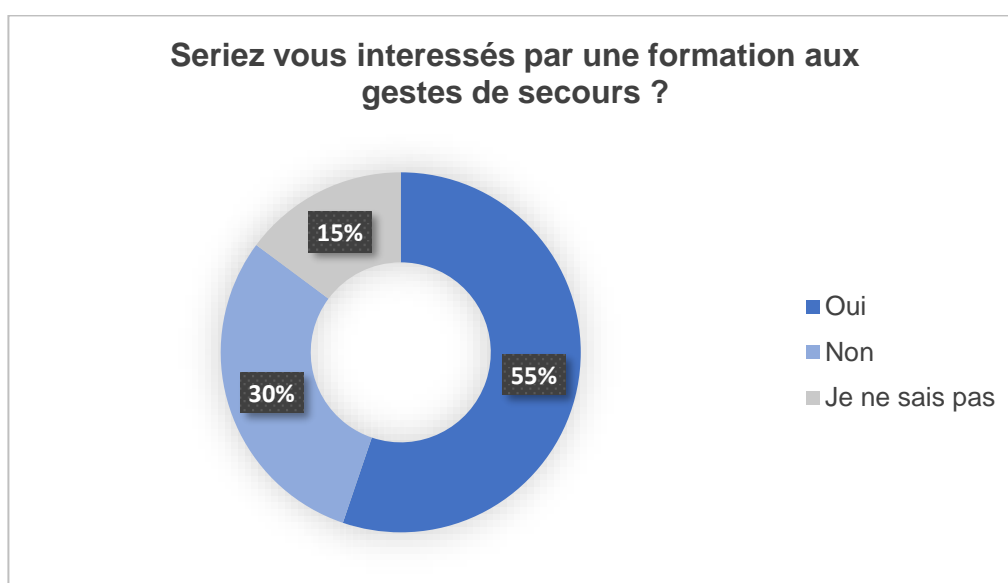


Figure 14 : Intérêt des patients pour une formation aux gestes de premiers secours

Dans notre échantillon, 55,1% des participants (Figure 14) seraient intéressés par une formation aux gestes de premiers secours, et 35 % pensent que leurs proches seraient également intéressés (figure 15).

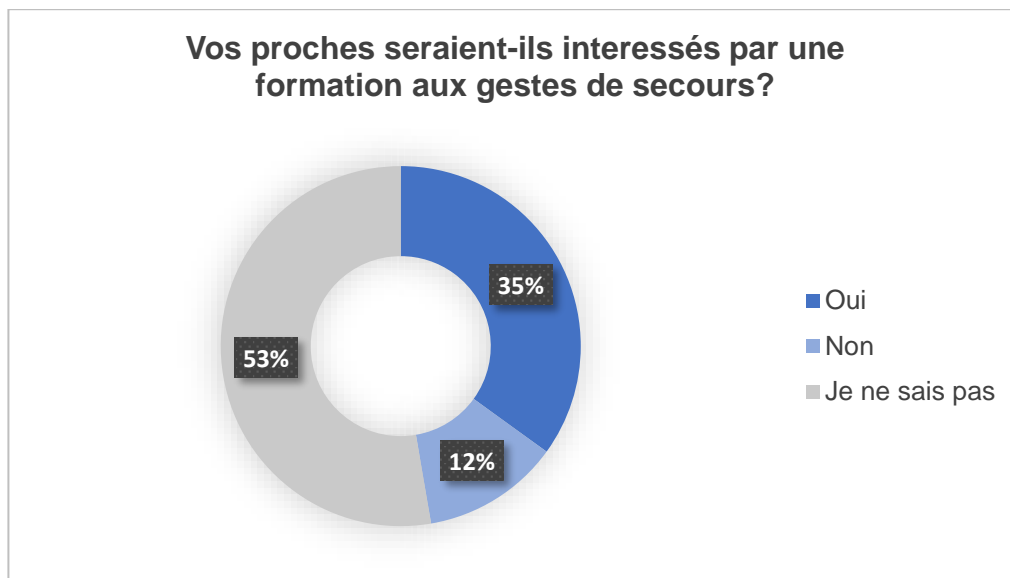


Figure 15 : Intérêt supposé des proches pour une formation aux gestes de secours

Par ailleurs, 59% des patients aimeraient que leur médecin traitant leur remette des coordonnées pour se former, eux et leurs proches, aux gestes de premiers secours (Figure 16).

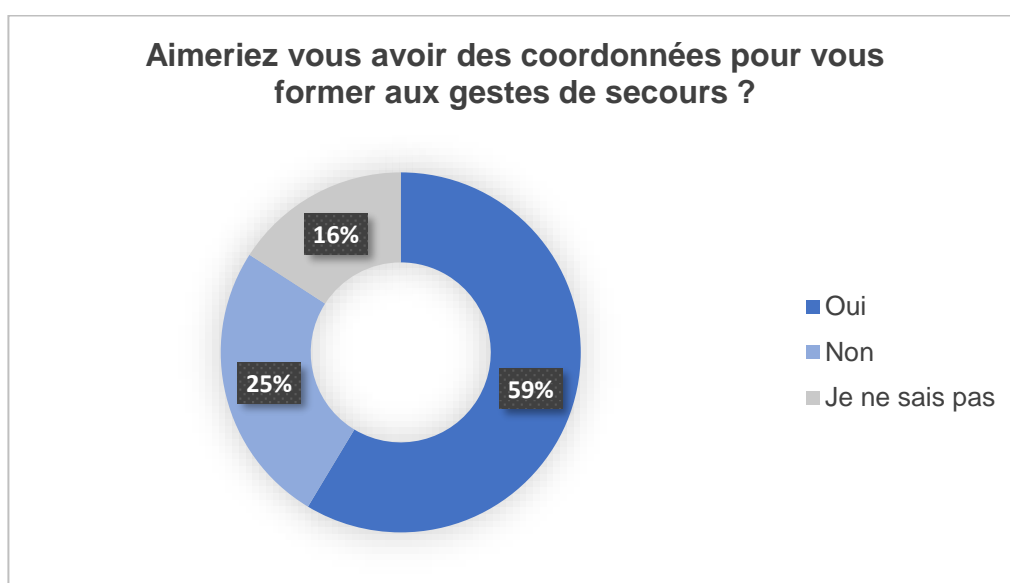


Figure 16 : Souhait des patients d'avoir des coordonnées de la part de leur médecin

4. Discussion

4.1 Caractéristiques sociodémographiques de notre population

Comparée à la population générale réunionnaise, notre population d'étude était plus féminine (64,8% contre 51,9%)(22), et plus âgée avec un âge moyen de 48 ans au lieu de 34 ans (10) dans la population générale. Les 65 ans et plus représentaient 15,7% contre 11,1% (22) sur notre île.

Le niveau d'étude était plus élevé dans notre échantillon, avec une majorité de patients de niveau d'étude secondaire (58,2% contre 41,1% dans la population réunionnaise) et supérieur (24,8% contre 19,6%), et moins de patients de niveau d'étude primaire (14% dans notre étude contre 39,5%) (22).

Cette sous-représentation du niveau d'étude primaire pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une étude réalisée à l'aide d'un questionnaire auto administré. Les participants avec un niveau d'étude primaire, pouvant avoir des difficultés de compréhension et d'expression écrite, pouvaient être dissuadés d'y participer.

Les pathologies chroniques comme le diabète, et l'HTA étaient environ deux fois plus fréquentes dans notre échantillon que dans la population générale réunionnaise (3,5). L'antécédent d'IDM était environ cinq fois plus représenté dans notre échantillon (3).

Cet âge plus élevé et cette fréquence augmentée de comorbidités dans notre échantillon pourraient s'expliquer par le fait que les participants de notre étude sont des patients consultant en médecine générale, donc possiblement suivis régulièrement pour des pathologies chroniques par leur médecin. La prévalence de pathologies chroniques augmentant avec l'âge, ceci expliquait probablement la plus forte représentation de sujets âgés et atteints de pathologies chroniques dans notre échantillon.

Les catégories socioprofessionnelles des professions intermédiaires et des ouvriers étaient moins représentées dans notre échantillon, à l'inverse des employés et des personnes sans activité professionnelle. Les autres catégories étaient sensiblement équivalentes à la population générale (22).

4.2 Connaissances sur l'IDM

4.2.1 Connaissance des symptômes d'IDM

Dans notre étude, sur leurs trois réponses, les participants avaient donné en moyenne 1,88 bonnes réponses d'IDM. Deux tiers d'entre eux avaient cité au moins deux bonnes réponses. Cependant derrière ces premiers chiffres positifs, nous pouvons constater que seulement 27,5% des patients avaient donné au moins deux réponses typiques d'IDM.

Les trois symptômes les plus fréquemment cités dans notre étude étaient « Douleur dans la poitrine » en première position (52,9%), suivi de « Trouble de la parole/difficulté à parler » (40,8%), qui est un signe d'AVC, et enfin de « Douleur dans l'épaule et/ou le bras » (40,6%).

D'après la littérature internationale, il apparaît que les trois premiers symptômes les plus fréquemment cités dans le monde sont « douleur dans la poitrine », « douleur dans l'épaule ou le bras » et « dyspnée » (11–13,23–28). La douleur dans la poitrine était le plus connu des symptômes et y était quasiment toujours citée en première position, alors que douleur dans l'épaule ou le bras et dyspnée alternaient entre les deuxième (11,12,23–26) et troisième(13,27,28) places en fonction des études, mais avec une fréquence supérieure pour la douleur dans l'épaule en deuxième position. Ainsi Goff et al. (11) ont montré que la douleur thoracique était connue par 89,7% de leurs participants, suivi de la douleur dans le bras par 67,3% et la dyspnée par 50,8%. Dans le même ordre de citation, Greenlund et al.(23), Donohoe et al.(26), ainsi que Swanoski et al.(25) ont trouvé que respectivement 94,9%, 87% et 92,7% de leurs participants connaissaient la douleur thoracique, 88,9%, 62% et 86,5% la douleur dans l'épaule ou le bras, et la dyspnée était citée par 87,3%, 56% et 84,9% des participants.

Nous pouvons en retenir deux enseignements : premièrement, nous avons dans notre étude, parmi les symptômes les plus fréquemment cités, deux sur trois qui sont les mêmes que ceux de la littérature. Cependant ce constat doit être nuancé. En effet, « douleur dans l'épaule ou le bras » était dans notre cas en troisième position. Surtout, nos participants avaient placé « trouble de la parole », qui est pourtant un signe d'AVC, en deuxième position. Par ailleurs, le symptôme dyspnée, qui figurait dans les trois

premières places des autres études, n'était chez nous cité qu'en neuvième position, proposé par moins de 11% des patients.

Deuxièmement, en plus de ces différences dans les trois symptômes les plus cités, les pourcentages de citation de ces symptômes sont globalement nettement inférieurs dans notre étude.

Ces éléments comparatifs issus de la littérature internationale nous amènent à considérer que la connaissance des symptômes d'IDM serait inférieure dans notre étude.

4.2.2 Connaissance spécifique du symptôme douleur dans la poitrine

Le symptôme douleur dans la poitrine a été cité par 52,9% de nos patients. Autrement dit, cela signifie que près d'un participant sur deux ne l'avait pas reconnu lorsqu'on lui demandait quels étaient selon lui les trois symptômes les plus importants d'un IDM.

Il s'agit pourtant du symptôme clé de l'IDM, puisqu'il est non seulement le plus cité parmi les symptômes connus dans le monde comme nous l'avons vu, mais il s'agit également du symptôme le plus fréquemment ressenti par les patients qui sont victimes d'un IDM.

En effet une méta-analyse de Canto et al.(29) avait retrouvé que 25 % à 31,6% des patients n'avaient pas de douleur thoracique. Une autre méta analyse, de Coventry et al.(30) avait montré que 77% des hommes et 69% des femmes ont eu une douleur dans la poitrine lors de leur IDM. De plus, Alconero-Camareron et al.(31) et Kirchberger et al. (32) ont montré que la douleur thoracique était encore plus fréquente et qu'elle était présente respectivement chez 87,6% et 94% des patients, sans différence significative en fonction du genre.

Ces données nous montrent donc l'importance de ce symptôme douleur dans la poitrine, qui devrait non seulement être connu en première position mais que sa connaissance devrait aussi être très largement répandue dans la population.

Nous nous sommes donc interrogés sur notre pourcentage de citation de la douleur dans la poitrine au regard de la littérature.

Pour se faire, nous avons comparé la fréquence de citation du symptôme douleur dans la poitrine entre notre étude et dix-huit autres (11–13,23–28,33–41) issues de la littérature internationale de ces vingt dernières années. Pour cette comparaison, nous n'avons volontairement sélectionné que les études qui avaient été réalisées dans des

populations ou communautés non spécialement atteinte d'IDM. En effet, les études de connaissance des symptômes réalisées uniquement avec des patients hospitalisés en unités de cardiologie, et venant de subir récemment un IDM, pouvaient sur représenter la citation du symptôme douleur dans la poitrine.

Comme dans la nôtre, la quasi-totalité de ces dix-huit autres études plaçaient le symptôme douleur dans la poitrine en première position, mais avec des pourcentages nettement supérieurs pour l'immense majorité d'entre-elles.

Seules les études de Poomsrikaew et al. en Thaïlande (37), de Limbu et al. au Népal (40) et de Hertz et al. en Tanzanie (41) ne plaçaient pas le symptôme douleur dans la poitrine en première position, mais à la deuxième place chez les Thaïlandais et Népalais et à la septième chez les Tanzaniens.

Cette comparaison, représentée dans la figure 17, illustre clairement le positionnement de notre étude au sein de la littérature internationale. Il est intéressant de noter que notre étude se situe au dix-septième rang sur dix-neuf. La très grande majorité des populations étudiées avaient reconnu la douleur thoracique à plus de 75%, soit beaucoup plus que les 52,9% de notre étude.

Cette différence importante pourrait peut-être, pour partie, s'expliquer par des méthodes différentes, et des populations étudiées différentes, à qui il était généralement demandé de donner tous les symptômes qui pouvaient être ceux d'un IDM, contrairement à notre étude où les participants devaient choisir les trois symptômes qui leur évoquaient le plus ceux d'un IDM.

Pour lutter contre ces différences et atténuer leurs effets, nous avons pris la précaution de ne comparer le pourcentage de citation que du premier symptôme, douleur dans la poitrine.

Nous nous sommes volontairement limités à la comparaison du symptôme douleur dans la poitrine, car nous nous attendions à ce qu'il allait être le plus cité dans notre étude. Ainsi en étant en première position, il s'agit donc du symptôme pour lequel l'écart entre notre étude et la littérature est le plus faible. C'est aussi celui pour lequel le risque d'être « sous-cité », compte tenu des différences méthodologiques, est le plus faible. C'est donc celui pour lequel l'écart potentiel, dû aux seules différences méthodologiques entre le résultat de notre étude et ceux de la littérature, est le plus

faible. Au total, ce premier symptôme a la probabilité la plus élevée d'avoir un écart qui soit le plus lié à une différence bien réelle qu'à des différences méthodologiques. D'autre part, nous n'avons comparé que la fréquence de citation du symptôme douleur dans la poitrine, car il est le symptôme le plus important en étant à la fois le plus connu dans le monde et le plus fréquemment vécu lors d'un IDM. Celui-ci devrait donc être le plus cité et en forte proportion, surtout quand on demande aux participants de choisir les trois symptômes les plus importants d'un IDM. La fréquence de citation d'un autre symptôme moins important, comme par exemple la nausée, pourrait en effet être diminuée par le fait de devoir choisir trois symptômes les plus importants, moins celui de douleur dans la poitrine.

Le choix de douleur dans la poitrine paraît bien être celui qui serait le moins impacté par cette différence méthodologique.

Par ailleurs, nous pouvons argumenter que la grande majorité des autres études avaient pourtant aussi entre elles des méthodes différentes, des questionnaires différents et des populations différentes sur différents continents, mais elles retrouvaient entre elles quand même des résultats plutôt cohérents, du même ordre de grandeur, alors que leurs chiffres diffèrent franchement des nôtres.

De plus, nous avons pris soin d'exclure de cette comparaison les études ayant utilisé des populations sélectionnées dans des unités de cardiologies afin de retenir des populations plus comparables à la nôtre et d'éviter la sur représentation du symptôme douleur dans la poitrine qui aurait pu être plus cité par des patients qui venaient de vivre un IDM.

Ces différents constats, en plus des précautions mises en œuvre et cet écart aussi important entre notre pourcentage et ceux de la littérature plaident plutôt en faveur d'une connaissance réellement différente, entre notre étude et la littérature, et qui ne soit pas seulement du fait de différences méthodologiques.

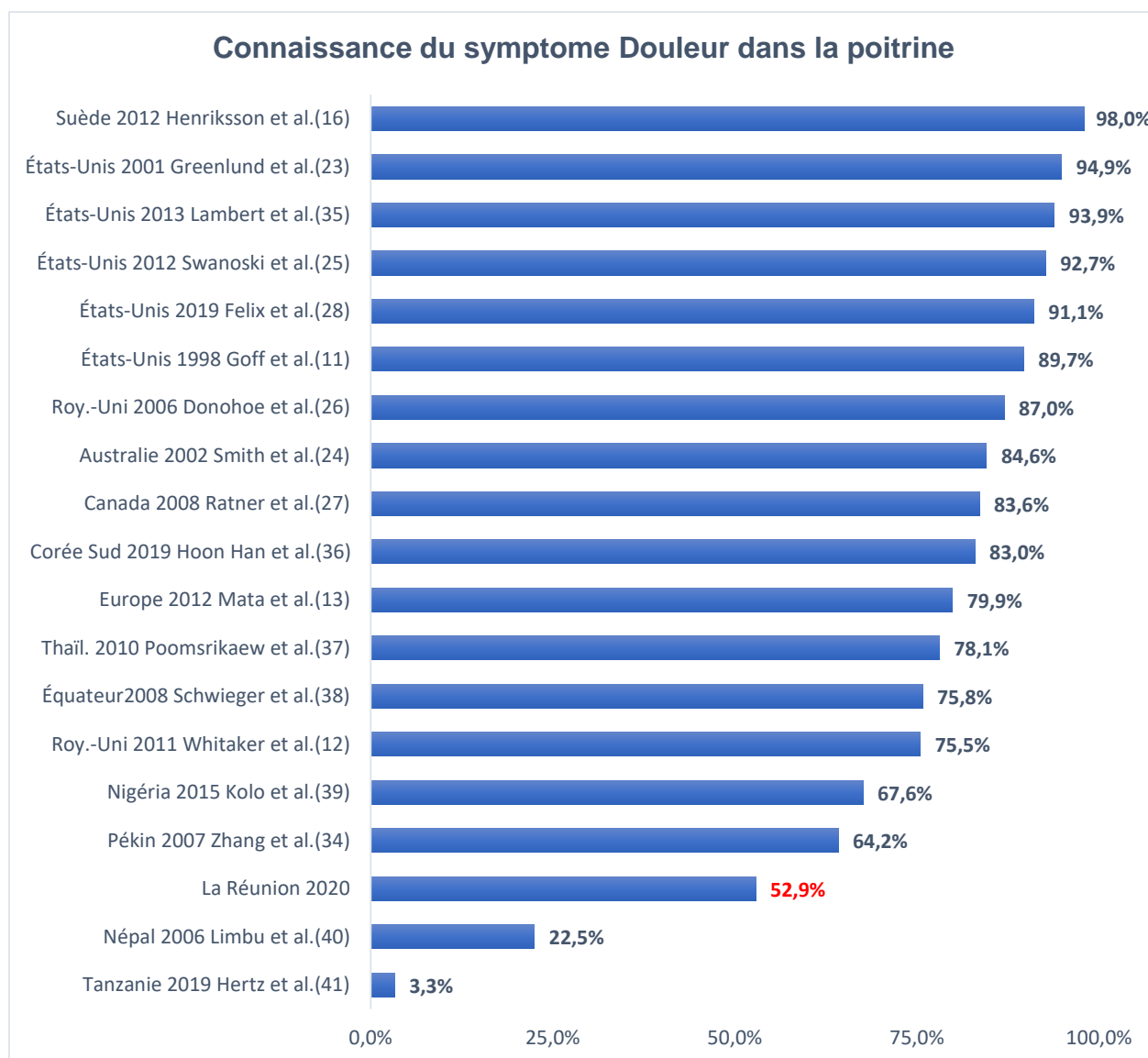


Figure 17 : Comparaison de la connaissance du symptôme « douleur dans la poitrine » entre la littérature internationale et notre étude

4.2.3 Confusion avec l'AVC

Dans notre étude, deux tiers des participants (67,1%) avaient incorrectement cité au moins un signe d'AVC parmi leurs trois réponses. Par ailleurs, sur les cinq premiers symptômes attribués à l'IDM par les patients, trois étaient des signes d'AVC. Plus surprenant, le symptôme « trouble de la parole/difficulté à parler » était en deuxième position, cité par 40,8% des participants, juste derrière douleur dans la poitrine.

Ces résultats laissent apparaître une confusion importante entre l'IDM et l'AVC de la part de nos participants.

Dans la littérature, une confusion avait parfois été observée, mais à un degré bien moindre que dans la nôtre.

Parmi les dix-huit études précédentes de comparaison, nous en avons trouvé six où les auteurs avaient également inclus des signes d'AVC dans leur liste de possibles symptômes d'IDM proposée à leurs participants (12,23,25,37,39,41). Aucune d'entre elle n'avait retrouvé comme nous un signe d'AVC en deuxième position, ni autant de signes d'AVC aux cinq premières places. Seulement deux études sur ces six retrouvaient un signe d'AVC parmi leurs cinq premiers symptômes cités : à la quatrième place pour Kolo et al. (39) et à la cinquième place pour Swanoski et al.(25). Les quatre autres études avaient rapporté leur premier symptôme d'AVC cité au-delà de la cinquième place. C'était le cas de Whitaker et al. (12) qui avaient montré que leur premier signe d'AVC choisi incorrectement par leurs participants était aussi trouble de la parole, mais à la neuvième position, choisi par seulement 6,8% de leurs répondants.

Ainsi, à la lumière de ces autres études, nous pouvons constater que cette confusion entre IDM et AVC est évidente dans notre étude, et de façon plus marquée qu'ailleurs.

Nous pouvons nous interroger sur le fait que notre liste de symptômes proposée aux patients ait pu induire en erreur une partie d'entre eux. Certains participants ont peut-être sélectionné par erreur « engourdissement dans le bras » à la place de « douleur dans le bras ». En d'autres termes, ils savaient qu'il pouvait y avoir un symptôme en lien avec le bras en cas d'IDM, mais ont confondu engourdissement et douleur. Ainsi, le symptôme engourdissement a pu être cité plus de fois à cause de cette éventuelle confusion.

Cependant, la liste que nous avons proposée n'est qu'une traduction légèrement simplifiée de celle proposée par Riegel et al. (17) et qui fait partie d'une échelle validée. Ces deux propositions « engourdissement dans le bras ou la main » et « douleur dans l'épaule ou le bras » figurent telles quelles dans la liste d'origine, et le symptôme engourdissement est dans la version initiale également considérée comme mauvaise réponse en tant que signe d'AVC.

De plus, cette possible confusion entre engourdissement et douleur ne changerait pas nos résultats. En effet « trouble de la parole » et « paralysie du bras », des symptômes

qui ne portent pourtant pas à confusion avec douleur dans le bras, seraient toujours dans les quatre premiers symptômes cités. Ainsi la confusion entre IDM et AVC retrouvée dans notre étude existe bien et n'est nullement remise en question.

4.2.4 Facteurs associés aux connaissances des symptômes d'IDM

Nous avons montré que seul le niveau d'étude était associé à la connaissance générale des symptômes de l'IDM, avec une connaissance supérieure des participants ayant un plus haut niveau d'étude. Les autres facteurs, comme le genre, l'âge, les antécédents personnels ou familiaux d'IDM, et le niveau de risque cardiovasculaire n'étaient pas associés significativement aux connaissances.

Concernant la connaissance particulière du symptôme clé de douleur dans la poitrine, le niveau d'étude supérieur était là aussi associé à une meilleure connaissance. Plus étonnant, nous avons montré que les patients les plus à risque connaissaient significativement moins le symptôme douleur dans la poitrine. Les antécédents personnels et familiaux d'IDM et le genre n'étaient pas associés à cette connaissance. Nous avons comparé nos résultats avec ceux de la littérature internationale pour chacun des facteurs étudiés.

Influence du genre féminin ou masculin sur les connaissances.

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine en fonction du sexe.

Zhang et al. (34) n'avaient également pas retrouvé de différence significative entre les deux sexes, contrairement à Ratner et al. (27) qui avaient montré une meilleure connaissance de ce symptôme par les hommes.

De même, les connaissances générales des symptômes, n'étaient pas différentes entre les hommes et les femmes dans notre étude.

L'analyse de la littérature internationale révèle des résultats contradictoires. En effet, en proportion quasiment égale les études n'ont soit pas retrouvé d'association significative, soit une connaissance significativement meilleure de la part des femmes.

Ainsi, comme dans notre étude, Goff et al. (11) , Zhang et al. (34) et Whitaker et al. (12) n'avaient pas retrouvé de différence significative des connaissances entre hommes et femmes.

A l'inverse, Greenlund et al. (23), Ratner et al. (27) et Mata et al. (13) avaient montré que les femmes avaient des connaissances significativement supérieures aux hommes concernant les symptômes d'IDM.

Nous n'avons retrouvé aucune étude réalisée en population générale qui avait montré de meilleures connaissances de la part des hommes.

Influence de l'âge sur les connaissances.

Nos résultats montraient une connaissance significativement meilleure des jeunes à propos du symptôme douleur dans la poitrine ($p = 0,006$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant les connaissances générales des symptômes d'IDM en fonction de l'âge.

Il est ainsi étonnant de constater que ce sont les jeunes, qui sont les moins à risque d'IDM, qui connaissaient le mieux le symptôme majeur de la douleur dans la poitrine, alors que les plus de 65 ans, plus à risque, sont ceux qui le connaissaient le moins.

Les résultats de la littérature sont en contradiction avec le nôtre concernant le symptôme douleur dans la poitrine. En effet, Zhang et al. (34) ont montré que les personnes âgées avaient significativement plus de connaissances que les plus jeunes, et Ratner et al. (27) ont trouvé qu'il n'y avait pas de différence significative.

S'agissant de l'influence de l'âge sur les connaissances générales des symptômes, les données de la littérature internationale sont plutôt différentes des nôtres.

Ainsi, même si certaines études comme celles de Whitaker et al. (12) ou de Limbu et al. (40) n'avaient pas retrouvé, comme nous, de différence significative concernant l'âge, la majorité d'entre elles avaient plutôt montré des connaissances significativement supérieures chez les participants d'âge moyen. Ce fut le cas notamment pour Goff et al. (11), Greenlund et al. (23) ou encore Mata et al. (13).

Influence du niveau d'étude sur les connaissances.

Nous avons montré que dans notre population, le niveau d'étude le plus élevé était à la fois significativement associé à une meilleure connaissance générale des symptômes ($p = 0,006$) ainsi qu'à la connaissance particulière du symptôme douleur dans la poitrine ($p < 0,001$).

Nos résultats sont complètement en accord avec ceux de la littérature. En effet, de nombreuses études avaient également montré cette association entre le niveau d'étude élevé et la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine (34,27) ainsi qu'avec les connaissances générales supérieures (11,13,24,36).

Nous avons vu précédemment que les patients à niveaux d'étude élevé, qui ont donc de meilleures connaissances, étaient surreprésentés dans notre échantillon. Pourtant, les connaissances dans notre étude semblent être déficitaires. Cela pourrait laisser supposer une encore plus faible connaissance en réalité dans la population générale. D'autres études pourraient être utiles afin de confirmer cette hypothèse.

Influence des antécédents personnels d'IDM sur les connaissances.

Dans notre étude, nous avons montré de façon très surprenante que les patients qui avaient un antécédent personnel d'IDM n'avaient pas de connaissances significativement différentes ni sur la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine, ni sur la connaissance plus générale des symptômes.

Cela veut donc dire, que le fait d'avoir déjà fait un IDM ne les a pas sensibilisés davantage à cette pathologie, alors qu'ils sont plus à risque d'en faire un nouveau.

Ce résultat est à la fois surprenant et très important. En effet les professionnels de santé pourraient penser que leurs patients coronariens sauraient mieux reconnaître que les autres un nouvel IDM, il n'en est rien. Une attention et une éducation particulière devraient leur être portés afin d'optimiser leurs connaissances.

Sur la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine dans la littérature, Ratner et al. (27) ont montré comme nous qu'il n'y avait pas de différence significative, alors que Zhang et al. (34) ont trouvé au contraire que le fait d'avoir un antécédent d'IDM était significativement associé à une meilleure connaissance de ce symptôme clé.

Concernant la connaissance plus globale des symptômes d'IDM, la plupart des études comme Goff et al. (11), et Whitaker et al. (12), ont montré une connaissance significativement supérieure chez les sujets qui avaient un antécédent d'IDM.

Très peu d'études, dont celle de Felix et al. (28), ont montré comme dans la nôtre une absence de différence significative.

Le faible effectif des patients avec un antécédent personnel d'IDM (n=30) dans notre échantillon pourrait peut-être expliquer cette absence de différence significative retrouvée dans notre étude.

Influence des antécédents familiaux d'IDM sur les connaissances.

La présence d'un antécédent familial d'IDM n'était pas significativement associé dans notre étude ni à la connaissance particulière du symptôme douleur dans la poitrine, ni à la connaissance globale sur les symptômes d'IDM.

Ce résultat est aussi surprenant, car nous nous attendions à ce que le fait d'avoir un proche au premier degré ayant déjà été victime d'IDM augmenterait la connaissance de l'entourage. Ce n'était donc pas le cas dans notre échantillon.

L'ensemble de la littérature allait pour sa part dans le sens de l'association entre l'histoire familiale d'IDM et de meilleures connaissances sur l'IDM, comme cela avait été montré entre autres par Smith et al. (24) et Ratner et al. (27).

Influence du niveau de risque cardiovasculaire sur les connaissances.

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de d'association significative entre le niveau de risque cardiovasculaire et la connaissance globale sur les symptômes d'IDM.

Ce résultat est corroboré par les études de Goff et al. (11), Greenlund et al. (23) et Mata et al. (13) qui ont tous montré l'absence de lien statistique entre le risque cardiovasculaire et les connaissances sur les symptômes d'IDM.

Par contre, le symptôme spécifique de douleur dans la poitrine était significativement moins connu par les patients à haut risque de notre étude ($p = 0,004$).

Ceci est inquiétant, car ces patients, qui ont le plus de probabilité d'être concernés par un IDM, connaissaient moins bien son symptôme majeur.

Par ailleurs ce dernier point confirme tous les autres facteurs associés significativement à la connaissance du symptôme douleur dans la poitrine décrits précédemment.

En effet, nous avons montré que dans notre étude, la connaissance de ce symptôme était significativement associée à l'âge jeune, au haut niveau d'étude, et au faible risque cardiovasculaire. Tous ces facteurs se recoupent entre eux et cela démontre la cohérence de nos résultats. En effet, les jeunes sont ceux qui ont plus de probabilité dans le contexte réunionnais d'avoir un niveau d'étude supérieur que les patients plus âgés et sont aussi ceux les moins à risque du point de vue cardiovasculaire.

4.3 Connaissance du caractère urgent de l'IDM

Trois quart de nos participants (75,6%) avaient correctement répondu que l'IDM était une urgence vitale immédiate, ce qui est encourageant. Néanmoins il est intéressant de rapprocher cette proportion satisfaisante aux connaissances sur les symptômes d'IDM, qui, nous l'avons vu étaient déficitaires dans notre échantillon. Nous pouvons donc nous demander, comment des participants qui ne sauraient pas toujours reconnaître correctement les symptômes de l'IDM, sauraient alors considérer ce qui leur arriverait comme une urgence vitale ?

Il est donc possible que certains participants savent qu'en théorie un IDM est une urgence vitale, mais qu'en pratique ces même participants ne sauraient pas toujours reconnaître cet IDM. Il leur serait alors difficile de faire le lien entre ce qu'ils ressentent et l'urgence vitale, et pourraient donc ne pas réagir de façon adéquate.

Il est ici aussi intéressant de constater que les patients avec les niveaux de risques cardiovasculaires les plus élevés connaissaient significativement moins bien cette urgence que les sujets à faible risque ($p = 0,045$). Ce qui veut dire que ce groupe le

plus à risque, connaissait à la fois significativement moins le symptôme majeur de l'IDM (douleur dans la poitrine) et le fait qu'il s'agissait d'une urgence vitale. Une éducation ciblée sur les groupes à hauts risques pourrait à nouveau être suggérée par ces résultats.

4.4 Connaissance de la conduite à tenir en cas d'IDM

Nous avons montré qu'un peu plus de la moitié de nos patients (54,6%) connaissait la bonne conduite à tenir en cas d'IDM, à savoir appeler le 15 immédiatement. Ce résultat est encourageant mais probablement perfectible.

Près d'un patient sur cinq (18,5%) voudrait d'abord consulter son médecin traitant ou le médecin de garde en cas d'IDM, ceci pourrait avoir comme conséquence de prolonger le délai de prise en charge.

L'étude britannique de Donohoe et al. (26) avait retrouvé des résultats similaires à la nôtre avec 55% des participants qui appelleraient le numéro d'urgence, 18% qui contacteraient leur médecin et 8% qui se rendraient par eux-mêmes aux urgences.

Néanmoins, la grande majorité des autres études ont montré une bien meilleure connaissance d'appel du numéro du service d'urgence. Ainsi Han et al. (36) et Lambert et al. (35) avaient montré respectivement que 83% et 96,1% de leurs participants savaient qu'il fallait appeler le service d'urgence en cas d'IDM.

Le seul facteur associé à la connaissance de la bonne conduite à tenir dans notre étude est présence d'antécédents familiaux ($p = 0,03$), avec 64,2% de ces personnes qui savaient la nécessité d'appeler le 15 en cas d'IDM. Cependant, Henriksson et al.(42) avaient retrouvé de meilleurs résultats avec 79% des proches de patients ayant un antécédent d'IDM qui connaissaient la bonne conduite à tenir.

Ainsi, même si au total près de 55% de nos participants savaient qu'il fallait appeler le 15 en cas d'IDM, cette proportion est plutôt inférieure à celle retrouvée dans la littérature. L'éducation du public, notamment des sujets à haut risque, devrait donc également porter sur ce point spécifique de la bonne conduite à tenir en cas d'IDM afin de réduire les délais de prise en charge.

4.5 Formation aux gestes de premiers secours

Dans notre étude, 36,3% des patients déclaraient être formés aux gestes de premiers secours. Cette proportion est très encourageante, même si certains auteurs avaient de meilleurs résultats.

Dans la littérature, Donohoe et al. (26) ont montré que 30% de leur échantillon était formé aux gestes de premiers secours, alors qu'Alexander et al. (43) ont montré que seulement 14 à 17% des participants étaient formés. Enfin, deux études australiennes de Cartledge et al. (44) et de Clark et al. (45) ont retrouvé respectivement que 56% et 53,9% de la population était formée aux gestes de secours.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'association entre la formation des patients aux premiers secours et les antécédents familiaux d'IDM.

Les plus jeunes et les participants avec un niveau d'étude supérieur étaient nettement plus formés ($p < 0,001$), ce qui est cohérent avec les résultats de Cartledge et al. et de Clark et al. (44,45).

Il est par ailleurs intéressant de voir que ceux qui avaient connaissance de l'urgence vitale que représente l'IDM étaient plus formés aux gestes de secours ($p = 0,007$).

Selon les patients, 26% de leurs proches seraient formés aux gestes de secours.

Il n'y avait pas d'association entre le niveau de risque cardiovasculaire du patient, ou son éventuel antécédent d'IDM et la formation de son entourage aux gestes de secours.

Nos résultats suggèrent qu'avoir un proche à haut risque cardiovasculaire ou ayant déjà fait un IDM ne sensibilisait pas l'entourage à se former davantage aux gestes de secours. Il apparaît donc nécessaire de promouvoir la formation de l'entourage des patients à haut risque ou ayant déjà été victime d'un IDM.

Le médecin traitant pourrait être celui qui promeut cette formation. En effet 55% des patients ont exprimé leur intérêt pour une formation et 59% aimeraient que leur médecin leur indique où se former à ces gestes qui sauvent des vies.

En ce sens, nous avons réalisé une fiche recensant les coordonnées de tous les organismes de formation aux gestes de premiers secours à La Réunion. Elle peut être remise aux patients. Elle se trouve en Annexe 8.

4.6 Implications pratiques

Notre étude nous a permis de mieux définir les connaissances des patients de La Réunion sur les symptômes d'IDM et sur la conduite à tenir. Nous avons vu que peu de patients citaient au moins deux signes typiques d'IDM, et que le symptôme majeur douleur dans la poitrine n'était connu que par à peine plus d'un participant sur deux. Une confusion majeure avec l'AVC a également été retrouvée, avec trois symptômes d'AVC parmi les cinq premiers symptômes attribués à l'IDM par les participants.

De façon surprenante, nous avons trouvé que les participants ayant un antécédent personnel d'IDM n'avaient pas de connaissances supérieures. Les patients à haut risque cardiovasculaire avaient même une connaissance significativement inférieure à ceux à faible risque concernant le symptôme clé douleur dans la poitrine et l'urgence vitale liée à l'IDM.

De même, la bonne conduite à tenir, consistant à appeler le 15, n'était pas assez connue dans notre échantillon, et une quantité non négligeable de patients avait indiqué qu'elle se rendrait plutôt chez son médecin généraliste en cas de symptômes d'IDM.

La comparaison avec la littérature internationale nous a permis de vérifier que les connaissances sur notre île étaient effectivement déficitaires.

Or ce manque de connaissances sur les symptômes, sur l'urgence, et sur la bonne conduite à tenir pourraient avoir un réel impact sur le délai de prise en charge d'un IDM, alors que ce délai devrait être le plus court possible. Plusieurs études ont d'ailleurs établi un lien entre le manque de connaissances des patients sur l'IDM et leur retard de présentation à l'hôpital (14,46–48).

Ainsi, à partir de nos résultats et ceux de la littérature, que pourrions-nous proposer comme implications cliniques et pratiques afin d'améliorer les connaissances de la population réunionnaise sur l'IDM ?

Nombre d'études ont montré que les campagnes de masse, non ciblées, avaient peu d'effet (49–53) sur les connaissances et sur le retard de présentation à l'hôpital, contrairement à une éducation individuelle et adaptée qui elle, avait montré son efficacité (54–57).

Nous l'avons vu, les patients à haut risque de faire un IDM ne connaissaient pas mieux que les autres patients les symptômes et la conduite à tenir. Ils connaissaient même

significativement moins le symptôme de douleur dans la poitrine et le caractère urgent de l'IDM.

À partir de ces résultats, nous pouvons suggérer qu'une éducation qui serait individualisée et ciblée sur les patients à niveau de risque élevé pourrait être utile. Ceci est d'ailleurs en accord avec de nombreuses études qui ont également fait la même proposition (11,23,50,57–60).

Par ailleurs, le médecin traitant et le cardiologue pourraient être ceux qui mènent à bien cette éducation, puisqu'il a été montré dans la littérature que les patients suivis par un médecin généraliste ou un cardiologue avaient de meilleures connaissances sur l'IDM (14,35,58).

De plus, nous avons vu dans notre étude que les proches d'une personne ayant déjà fait un IDM n'avaient pas de meilleures connaissances des symptômes ou de l'urgence liée à l'IDM. Ils n'étaient pas non plus mieux formés aux gestes de secours. Or, les proches étant souvent les premières personnes contactées lors de l'apparition des symptômes d'IDM (61), il serait judicieux d'également les éduquer afin d'améliorer l'efficacité de cette intervention. Cette suggestion est aussi avancée dans d'autres études (42,61).

Au total, afin d'améliorer les connaissances des patients réunionnais sur l'IDM, nous suggérons que le médecin traitant ou le cardiologue mène une éducation individuelle, adaptée et ciblée envers les patients à haut et très haut risque cardiovasculaire et leurs proches. Cette éducation pourrait se mener en deux temps : d'abord en face à face lors de la consultation, et ensuite par la remise d'une fiche de synthèse sur les points essentiels à retenir sur l'IDM.

4.6.1 Entretien individualisé et ciblé par le médecin traitant

Après avoir évalué le niveau de risque cardiovasculaire du patient afin de cibler les plus à risque, le médecin pourrait dans un premier temps lui poser simplement la question de ce qu'est pour lui un IDM et quels en sont selon lui les symptômes évocateurs. En fonction des réponses de celui-ci, le médecin valide ou corrige ses réponses et l'informe de la bonne conduite à tenir, appeler immédiatement le 15.

En plus d'avoir éduqué également les proches des patients à hauts risques, le médecin pourrait également encourager la formation aux gestes de secours de ces derniers. Ceci dans le but qu'ils puissent correctement réagir en cas d'arrêt cardiaque compliquant un éventuel IDM chez le patient.

4.6.2 Remise au patient à haut risque d'une fiche synthétique sur l'IDM

L'intérêt de cette fiche synthétique comportant des éléments simples à retenir par le patient et son entourage serait double. Elle permettrait à la fois de renforcer l'information verbale indispensable donnée lors de la consultation, et faciliterait la tâche du médecin traitant en limitant le temps du face à face à l'essentiel.

Les informations de cette fiche proviennent des résultats de notre étude et de l'analyse de la littérature internationale sur les facteurs associés au retard de présentation à l'hôpital des patients victimes d'IDM.

Après une brève sensibilisation du patient sur son haut niveau de risque cardiovasculaire et sur ce qu'est un IDM, les informations suivantes seront exposées.

Les symptômes possibles d'un IDM :

En se basant sur de nombreuses études et méta analyses étudiant les symptômes ressentis par les patients victimes d'IDM, nous proposons une liste de 5 symptômes, correspondant à ceux les plus fréquemment vécus lors d'un IDM (30–32,62–68).

Connaître que ces symptômes peuvent être ceux d'un IDM pourrait permettre au patient de mieux attribuer leur origine à son cœur. Ceci est un facteur important associé au temps de décision de contacter les secours qui a été retrouvé dans de nombreuses études (47,69–72).

Cette liste que nous proposons comprend des symptômes typiques et atypiques les plus fréquents d'IDM, que les patients à haut risque devraient connaître :

- Douleur ou oppression dans la poitrine ;
- Douleur dans l'épaule ou le bras ;
- Dyspnée ; Sueurs ; Nausées.

Il est important de préciser au patient que l'intensité de la douleur dans la poitrine n'est pas forcément intense, elle peut être « sourde » ou une simple gêne. En effet, plusieurs études ont montré que la différence entre l'intensité imaginée (forte à intense) et celle parfois vécue dans la réalité (modérée) par les patients est un facteur de retard de prise en charge (48,73).

Connaissance de l'urgence de l'IDM :

Le second point sur lequel informer le patient concerne la connaissance du caractère sérieux et de l'urgence vitale de l'IDM. Ce facteur influençant le délai est lui aussi retrouvé très fréquemment dans de nombreuses études (69,71,73–75).

Conduite à tenir en cas d'IDM :

Enfin, le dernier point sur lequel informer le patient concerne la connaissance de la bonne conduite à tenir. En effet, les patients de notre étude avaient relativement fréquemment donné des réponses inadaptées concernant celle-ci.

Il est important de leur préciser de ne pas attendre de voir si les symptômes disparaissent et de contacter les services de secours d'urgence immédiatement. Ceci dans le but d'être pris en charge rapidement et d'être transporté à l'hôpital en ambulance. Il est utile de préciser au patient de ne pas se rendre par ses propres moyens à l'hôpital ni de se rendre chez son médecin traitant en cas de suspicion d'IDM. La littérature confirme que de ne pas attendre, d'appeler les services de secours rapidement et d'être transporté par ambulance réduisaient le retard de prise en charge (46,71–77).

Une fiche synthétique sur l'IDM a été réalisée comme implication pratique de ce travail. Elle reprend les informations ci-dessus et peut être remise aux patients à haut risque cardiovasculaire après la phase d'entretien individuel. Cette fiche est en annexe 7.

4.7 Forces et limites de l'étude

4.7.1 Forces de l'étude

Puissance de l'étude :

Avec 593 participants inclus dans l'analyse, la taille de notre échantillon est satisfaisante. Nous avons atteint plus de 87% de l'objectif théorique maximal de 680 patients.

De plus, la proportion de patients à haut risque dans notre échantillon est assez importante avec 211 individus, représentant 35,5% de notre population.

Recrutement des patients sur toute l'île :

Un effort de répartition des cabinets recruteurs dans les différents secteurs de l'île et proportionnellement à la démographie a été réalisé. Ceci afin de toucher le plus de bassins de population possibles et d'améliorer la représentativité de notre échantillon de patients réunionnais.

Originalité :

À notre connaissance, notre étude est la première étude réalisée à La Réunion pour définir les connaissances des patients réunionnais sur l'IDM.

De plus, même au niveau national, aucune étude réalisée exclusivement avec des participants français n'a été retrouvée dans la littérature. Seule une étude européenne de 2012 comprenant entre autres des sujets français a été retrouvée.

Implications pratiques :

Notre étude permet de définir objectivement les connaissances des patients réunionnais sur l'IDM. Elle permet donc de dresser un premier état des lieux des connaissances sur cette pathologie fréquente, et de suggérer qu'une intervention d'éducation simple, ciblée et adaptée afin d'améliorer ces connaissances pourrait être utile. Des fiches synthétiques à remettre au patient sont proposées en annexe 7 et 8.

4.7.2 Limites de l'étude

Biais de sélection :

Il s'agit d'un biais inhérent à notre type d'étude. En effet l'instrument de l'étude était un questionnaire auto administré par les patients lors de leur passage en salle d'attente. Ceux qui étaient le plus sensibilisés à ce sujet ont peut-être davantage participé. Par ailleurs, les patients à plus faible niveau d'étude, illettrés, ou avec des difficultés de compréhension et d'expression écrite ont pu être dissuadés d'y participer.

Biais de mémorisation :

Certains participants ont pu éprouver des difficultés à se souvenir de certains éléments demandés dans notre enquête. Ce biais semble plutôt limité dans notre étude et pourrait concerner surtout les questions de formations des proches aux premiers secours. Il a probablement moins d'impact sur les autres questions de notre étude notamment les antécédents. En effet, les questions se limitaient aux antécédents personnels marquants (IDM, AVC, angioplasties) et celle sur les antécédents familiaux (uniquement d'IDM), s'est limitée aux parents du premier degré. Ces dispositions avaient été prises dès le départ afin de contenir ce biais de mémorisation.

Difficultés de compréhension :

Certaines questions ou propositions de réponses ont pu manquer de clarté. Notamment la question sur les antécédents personnels d'une autre maladie cardiovasculaire, ou sur le nombre de symptômes à choisir parmi la liste proposée de possibles symptômes d'IDM.

Des efforts de vulgarisation (exemples et synonymes donnés entre parenthèses dans l'intitulé des questions), de simplification des symptômes, et de consignes plus explicites (par des précisions entre parenthèses), ont été entrepris.

Cependant malgré cela, certains patients, en nombre limité, ont par exemple coché plus de 3 réponses à la question 9 et ont dû être exclus de l'analyse. De même, une mauvaise compréhension du terme « engourdissement dans le bras » a pu porter à confusion avec « douleur dans le bras » dans la liste des symptômes.

5. Conclusion

L'infarctus du myocarde représente une problématique majeure de santé publique pour La Réunion. Notre étude a permis de définir de façon objective les connaissances des patients réunionnais, et de montrer que celles-ci sont déficitaires.

Les signes typiques d'IDM ne sont pas assez connus et notamment le symptôme clé, douleur dans la poitrine, qui n'est pas connu par près de la moitié des participants. Nous avons montré également qu'il existe dans l'esprit de nos patients une confusion très importante entre l'accident vasculaire cérébral et l'IDM.

De façon étonnante nous n'avons pas retrouvé de connaissances significativement différentes chez les patients ayant déjà été victimes d'IDM. Pire, les patients à haut risque cardiovasculaire connaissent même significativement moins le symptôme douleur dans la poitrine et le caractère urgent de l'IDM.

Les connaissances déficitaires sur l'IDM pourraient impacter défavorablement le délai entre l'apparition des symptômes et la présentation à l'hôpital. Il paraît donc nécessaire d'améliorer ces connaissances chez nos patients réunionnais. C'est pour cela, qu'à partir de nos résultats, nous suggérerons qu'une éducation individuelle, adaptée et ciblée envers les patients à haut risque cardiovasculaire et leur entourage pourrait être mise en place.

Les médecins traitants, qui ont un lien privilégié avec leurs patients et qui jouent déjà un rôle central dans la prévention en santé, pourraient être ceux qui dispensent cette éducation.

Références bibliographiques :

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO). Maladies cardiovasculaires [Internet]. [cité 3 juill 2020]. 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. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO). OMS | À propos des maladies cardiovasculaires [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO). World Health Organization; [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/index.html
3. Observatoire Régional de Santé (ORS). Tableau de bord: Les maladies cardiovasculaires à La Réunion. Septembre 2017. [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/tb_orsoi_mcv_reunion_2017.pdf
4. Santé Publique France. Prévalence et incidence du diabète en 2016 [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>
5. Observatoire Régional de Santé (ORS). Le diabète et les personnes diabétiques à La Réunion Chiffres clés – Edition 2019. [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_chiffres_diabete_reunion_14112019.pdf
6. Observatoire Régional de Santé (ORS). La lettre de L'ORS. Les insuffisances rénales chroniques à La Réunion et à Mayotte. Février 2020. [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/20200228-4.pdf>
7. Santé Publique France (SPF). Bulletin de santé publique La Réunion. Tabac. Février 2019. [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-a-la-reunion.-fevrier-2019>
8. Observatoire Régional de Santé (ORS). Les comportements addictifs à La Réunion Actualisation 2017 des indicateurs de suivi. Mai 2018. [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_tb_addictions_reunion_2018.pdf
9. Observatoire Régional de Santé (ORS). Tableau de bord La nutrition-santé à La Réunion. Décembre 2018 [Internet]. [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ors-ocean-indien.org/tableau-de-bord-la-nutrition-sante-a-la-reunion,233.html>
10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). La population réunionnaise à l'horizon 2050 - Autant de seniors que de jeunes - Insee Analyses Réunion - 29 [Internet]. [cité 4 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3254355>

11. Goff DC, Sellers DE, McGovern PG, Meischke H, Goldberg RJ, Bittner V, et al. Knowledge of Heart Attack Symptoms in a Population Survey in the United States: The REACT Trial. *Arch Intern Med.* 23 nov 1998;158(21):2329-38.
12. Whitaker S, Baldwin T, Tahir M, Choudhry O, Senior A, Greenfield S. Public knowledge of the symptoms of myocardial infarction: a street survey in Birmingham, England. *Fam Pract.* 1 avr 2012;29(2):168-73.
13. Mata J, Frank R, Gigerenzer G. Symptom recognition of heart attack and stroke in nine European countries: a representative survey: Heart attack and stroke in nine European countries. *Health Expect.* juin 2014;17(3):376-87.
14. Albarqouni L, Smenes K, Meinertz Th, Schunkert H, Fang X, Ronel J, et al. Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time. Findings from the multicentre MEDEA Study. *Patient Educ Couns.* nov 2016;99(11):1845-51.
15. Gill R, Chow C-M. Knowledge of heart disease and stroke among cardiology inpatients and outpatients in a Canadian inner-city urban hospital. *Can J Cardiol.* déc 2010;26(10):537-41.
16. Henriksson C, Larsson M, Arnetz J, Herlitz J, Karlsson J-E, Svensson L, et al. Knowledge about Acute Myocardial Infarction (AMI) and attitudes to medical care seeking—A comparison between patients and the general public. *Open J Nurs.* 2012;02(04):372-8.
17. Riegel B, McKinley S, Moser DK, Meischke H, Doering L, Dracup K. Psychometric evaluation of the acute coronary syndrome (ACS) response index. *Res Nurs Health.* déc 2007;30(6):584-94.
18. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 14 oct 2016;37(39):2999-3058.
19. Haute Autorité de Santé (HAS). Deuxième chapitre-Évaluation du niveau de risque cardiovasculaire du patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
20. Société Européenne de Cardiologie (ESC). HeartScore France [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: https://www.heartscore.org/fr_FR/access
21. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018 - LA REUNION [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3292622?sommaire=3292701>
22. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Dossier complet – Département de La Réunion (974) | Insee [Internet]. [cité 6 août

2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974#consulter-sommaire>

23. Greenlund KJ, Keenan NL, Giles WH, Zheng ZJ, Neff LJ, Croft JB, et al. Public recognition of major signs and symptoms of heart attack: seventeen states and the US Virgin Islands, 2001. *Am Heart J.* juin 2004;147(6):1010-6.
24. Smith KL, Cameron PA, Meyer A, McNeil JJ. Knowledge of heart attack symptoms in a community survey of Victoria. *Emerg Med Australas.* sept 2002;14(3):255-60.
25. Swanoski MT, Lutfiyya MN, Amaro ML. Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. *BMC Public Health.* déc 2012;12(1):283.
26. Donohoe RT, Haefeli K, Moore F. Public perceptions and experiences of myocardial infarction, cardiac arrest and CPR in London. *Resuscitation.* oct 2006;71(1):70-9.
27. Ratner PA, Johnson JL, Mackay M, Tu AW, Hossain S. Knowledge of "Heart Attack" Symptoms in a Canadian Urban Community. *Clin Med Cardiol.* janv 2008;2:CMC.S709.
28. Felix H, Narcisse M-R, Ma BR, Long CR, Bursac Z, McElfish PA. Level of Recommended Heart Attack Knowledge among Native Hawaiian and Pacific Islander Adults in the United States. *PUBLIC Health.* 2019;78(2):5.
29. Canto JG, Goldberg RJ, Hand MM, Bonow RO, Sopko G, Pepine CJ, et al. Symptom Presentation of Women With Acute Coronary Syndromes: Myth vs Reality. *Arch Intern Med.* 10 déc 2007;167(22):2405-13.
30. Coventry LL, Finn J, Bremner AP. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung.* nov 2011;40(6):477-91.
31. Alconero-Camarero AR, Muñoz-Cacho P, Revuelta JM. Gender similarities and differences in the presentation of symptoms in acute myocardial infarction. *Int J Cardiol.* oct 2013;168(3):2968-9.
32. Kirchberger I, Heier M, Kuch B, Wende R, Meisinger C. Sex Differences in Patient-Reported Symptoms Associated With Myocardial Infarction (from the Population-Based MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry). *Am J Cardiol.* juin 2011;107(11):1585-9.
33. Henriksson C, Larsson M, Arnetz J, Herlitz J, Karlsson J-E, Svensson L, et al. Knowledge about Acute Myocardial Infarction (AMI) and attitudes to medical care seeking—A comparison between patients and the general public. *Open J Nurs.* 2012;02(04):372-8.

34. Zhang Q, Hu D, Yang J, Zhang S, Zhang X, Liu S. Public knowledge of heart attack symptoms in Beijing residents: Chin Med J (Engl). sept 2007;120(18):1587-91.
35. Lambert C, Vinson S, Shofer F, Brice J. The Relationship between Knowledge and Risk for Heart Attack and Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. oct 2013;22(7):996-1001.
36. Han CH, Kim H, Lee S, Chung JH. Knowledge and Poor Understanding Factors of Stroke and Heart Attack Symptoms. Int J Environ Res Public Health. 29 sept 2019;16(19):3665.
37. Poomsrikaew O, Ryan CJ, Zerwic JJ. Knowledge of heart attack symptoms and risk factors among native Thais: A street-intercept survey method: Thais' knowledge of heart attack symptoms and risks. Int J Nurs Pract. 20 sept 2010;16(5):492-8.
38. Schwieger J, Helderman T, Archer A, Chan SB. Knowledge of Heart Attack Symptoms in a Population Survey in Ecuador. Ann Emerg Med. avr 2008;51(4):477.
39. Kolo P, Ogunmodede J, Sanya E, Bello H, Ghadamosi M, Dele-Ojo B, et al. Public knowledge of heart attack symptoms and prevalence of self-reported cardiovascular risk factors in Ilorin, Nigeria. Niger J Cardiol. 2015;12(2):95.
40. Limbu YR, Malla R, Regmi SR, Dahal R, Nakarmi HL, Yonzan G, et al. Public knowledge of heart attack in a Nepalese population survey. Heart Lung. mai 2006;35(3):164-9.
41. Hertz JT, Madut DB, Tesha RA, William G, Simmons RA, Galson SW, et al. Knowledge of myocardial infarction symptoms and perceptions of self-risk in Tanzania. Am Heart J. avr 2019;210:69-74.
42. Henriksson C, Larsson M, Arnetz J, Berglin-Jarlöv M, Herlitz J, Karlsson J-E, et al. Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. Int J Cardiol. mars 2011;147(2):224-7.
43. Alexander TD, McGovern SK, Leary M, Abella BS, Blewer AL. Association of state-level CPR training initiatives with layperson CPR knowledge in the United States. Resuscitation. juill 2019;140:9-15.
44. Cartledge S, Saxton D, Finn J, Bray JE. Australia's awareness of cardiac arrest and rates of CPR training: results from the Heart Foundation's HeartWatch survey. BMJ Open. janv 2020;10(1):e033722.
45. Clark MJ, Enraght-Moony E, Balanda KP, Lynch M, Tighe T, FitzGerald G. Knowledge of the national emergency telephone number and prevalence and characteristics of those trained in CPR in Queensland: baseline information for targeted training interventions. Resuscitation. avr 2002;53(1):63-9.

46. Wechkunanukul K, Grantham H, Clark RA. Global review of delay time in seeking medical care for chest pain: An integrative literature review. *Aust Crit Care*. janv 2017;30(1):13-20.
47. Herlitz J, Thuresson M, Svensson L, Lindqvist J, Lindahl B, Zedigh C, et al. Factors of importance for patients' decision time in acute coronary syndrome. *Int J Cardiol*. juin 2010;141(3):236-42.
48. Khan MS, Jafary FH, Faruqui AM, Rasool SI, Hatcher J, Chaturvedi N, et al. High prevalence of lack of knowledge of symptoms of acute myocardial infarction in Pakistan and its contribution to delayed presentation to the hospital. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):284.
49. Luepker RV, Raczynski JM, Osganian S, Goldberg RJ, Finnegan, Jr JR, Hedges JR, et al. Effect of a Community Intervention on Patient Delay and Emergency Medical Service Use in Acute Coronary Heart Disease: The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Trial. *JAMA*. 5 juill 2000;284(1):60.
50. Caldwell MA, Miaskowski C. Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? *Patient Educ Couns*. janv 2002;46(1):1-9.
51. Tummala SR, Farshid A. Patients' Understanding of their Heart Attack and the Impact of Exposure to a Media Campaign on Pre-Hospital Time. *Heart Lung Circ*. janv 2015;24(1):4-10.
52. Coventry LL, Bremner AP, van Schalkwyk JW, Hegney DG, Thompson PL. The Effect of Media Campaigns, Patient Characteristics, and Presenting Symptoms on Prehospital Delay in Myocardial Infarction Patients: A Prospective Cohort Study. *Heart Lung Circ*. août 2019;28(8):1161-75.
53. McCarthy ML, Haynes S, Li X, Mann NC, Newgard CD, Lewis JF, et al. "Make the Call, Don't Miss a Beat" Campaign: Effect on Emergency Medical Services Use in Women with Heart Attack Signs. *Womens Health Issues*. sept 2019;29(5):392-9.
54. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H, et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. août 2009;46(8):1037-46.
55. O'Brien F, McKee G, Mooney M, O'Donnell S, Moser D. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. août 2014;96(2):179-87.
56. Mooney M, McKee G, Fealy G, O'Brien F, O'Donnell S, Moser D. A Randomized Controlled Trial to Reduce Prehospital Delay Time in Patients With Acute Coronary Syndrome (ACS). *J Emerg Med*. avr 2014;46(4):495-506.

57. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Couns.* janv 2005;56(1):45-54.
58. Dracup K, McKinley S, Doering LV, Riegel B. Acute Coronary Syndrome: What Do Patients Know? *Arch Intern Med.* 26 mai 2008;168(10):1049.
59. Finn JC, Bett JHN, Shilton TR, Cunningham C, Thompson PL. Patient delay in responding to symptoms of possible heart attack: can we reduce time to care? *Med J Aust.* sept 2007;187(5):293-8.
60. Nouredine S, Dumit NY, Maatouk H. Patients' knowledge and attitudes about myocardial infarction. *Nurs Health Sci.* mars 2020;22(1):49-56.
61. Henriksson C, Lindahl B, Larsson M. Patients' and Relatives' Thoughts and Actions During and after Symptom Presentation for an Acute Myocardial Infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs.* déc 2007;6(4):280-6.
62. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: A review of the research. *Heart Lung.* juill 2005;34(4):240-7.
63. Goldberg RJ, O'Donnell C, Yarzebski J, Bigelow C, Savageau J, Gore JM. Sex differences in symptom presentation associated with acute myocardial infarction: A population-based perspective. *Am Heart J.* août 1998;136(2):189-95.
64. O'Donnell S, McKee G, O'Brien F, Mooney M, Moser DK. Gendered symptom presentation in acute coronary syndrome: A cross sectional analysis. *Int J Nurs Stud.* nov 2012;49(11):1325-32.
65. Čulić V, Eterović D, Mirić D, Silić N. Symptom presentation of acute myocardial infarction: Influence of sex, age, and risk factors. *Am Heart J.* déc 2002;144(6):1012-7.
66. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation.* 20 févr 2018;137(8):781-90.
67. Arslanian-Engoren C, Patel A, Fang J, Armstrong D, Kline-Rogers E, Duvernoy CS, et al. Symptoms of Men and Women Presenting With Acute Coronary Syndromes. *Am J Cardiol.* nov 2006;98(9):1177-81.
68. Bhatia LC, Naik RH. Clinical profile of acute myocardial infarction in elderly patients. *J Cardiovasc Dis Res.* juin 2013;4(2):107-11.

69. Arrebola-Moreno M, Petrova D, Garcia-Retamero R, Rivera-López R, Jordan-Martínez L, Arrebola JP, et al. Psychological and cognitive factors related to prehospital delay in acute coronary syndrome: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* août 2020;108:103613.
70. Carney R, Fitzsimons D, Dempster M. Why People Experiencing Acute Myocardial Infarction Delay Seeking Medical Assistance. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2002;6.
71. Dracup K, Moser DK. Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung.* juill 1997;26(4):253-62.
72. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Ball C, Yamasaki K, Kim CJ, et al. International Comparison of Factors Associated with Delay in Presentation for AMI Treatment. *Eur J Cardiovasc Nurs.* sept 2004;3(3):225-30.
74. Dracup K, Hassenplug LW, McKinley SM, Moser DK. Australian patients' delay in response to heart attack symptoms. *Med J Aust.* mars 1997;166(5):233-6.
75. Nouredine S, Adra M, Arevian M, Dumit NY, Puzantian H, Shehab D, et al. Delay in Seeking Health Care for Acute Coronary Syndromes in a Lebanese Sample. *J Transcult Nurs.* oct 2006;17(4):341-8.
76. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-Hospital Delay in Patients with Acute Coronary Syndrome: Factors Associated with Patient Decision Time and Home-To-Hospital Delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* mars 2009;8(1):26-33.
77. Goff DC, Feldman HA, McGovern PG, Goldberg RJ, Simons-Morton DG, Cornell CE, et al. Prehospital delay in patients hospitalized with heart attack symptoms in the United States: The REACT trial. *Am Heart J.* déc 1999;138(6):1046-57.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire patient	69
Annexe 2 : Fiche d'information patient	72
Annexe 3 : Notice explicative à destination des secrétaires	73
Annexe 4 : Attestation d'enregistrement au registre CIL	74
Annexe 5 : Niveaux de risque cardiovasculaires selon l'ESC 2016.....	75
Annexe 6 : Tables Systematic coronary risk estimation (SCORE)	76
Annexe 7 : Fiche synthétique sur l'IDM à remettre au patient	78
Annexe 8 : Organismes de formation premiers secours à La Réunion	79

Annexe 1 : Questionnaire patient

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de participer à ce travail pour ma thèse de fin d'études de médecine générale. Le but est d'évaluer les connaissances des patients de La Réunion sur les symptômes de l'infarctus du myocarde, ou crise cardiaque, et sur la conduite à tenir si cela arrivait.

Répondez seul(e), sans aide, de manière sincère, avec vos seules connaissances personnelles. Vos réponses seront ensuite totalement anonymes, et ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes.

- 1) Vous êtes : Un Homme Une Femme 2) Quel est votre âge ? _____ ans
- 3) Quel est votre niveau d'études : École primaire Secondaire (brevet ou Bac) Études supérieures
- 4) Quelle est votre Catégorie socio professionnelle ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants ou chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadres et professions supérieures | <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires |
| <input type="checkbox"/> Employés | <input type="checkbox"/> Ouvriers |
| <input type="checkbox"/> Retraités | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
- 5) Avez-vous déjà été victime d'un infarctus, ou crise cardiaque ?
 OUI NON JE NE SAIS PAS
- 6) Avez-vous un antécédent d'une autre maladie vasculaire (AVC, sténose ou occlusion artérielle, artère bouchée ou rétrécie, stent ou « ressort vasculaire » ?)
 OUI NON JE NE SAIS PAS
- 7) Avez-vous un parent au 1^{er} degré (père/mère, Frère/sœur ou enfant) qui a déjà eu un infarctus, ou crise cardiaque ?
 OUI NON JE NE SAIS PAS
- 8) Êtes-vous fumeur (même occasionnel) ?
 OUI NON JE NE SAIS PAS
- 9) Parmi cette liste, cochez les 3 symptômes (et seulement 3) qui vous évoquent le plus un infarctus du myocarde (ou crise cardiaque) :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur au bas ventre | <input type="checkbox"/> Douleur dans l'épaule ou le bras | <input type="checkbox"/> Mal de tête |
| <input type="checkbox"/> Douleur dans le dos | <input type="checkbox"/> Engourdissement ou picotement dans le bras ou la main | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Vertiges/étourdissements | <input type="checkbox"/> Paralysie du bras |
| <input type="checkbox"/> Brulure d'estomac | <input type="checkbox"/> Douleur à la mâchoire et/ou au cou | <input type="checkbox"/> Sueurs |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Trouble de la parole/difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Douleur/serrement ou inconfort (brulure, lourdeur) dans la poitrine |
| <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements | <input type="checkbox"/> Douleur/serrement ou inconfort (brulure, lourdeur) dans la poitrine | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Pâleur/teint gris | <input type="checkbox"/> Palpitations | |
- 10) Si un ou plusieurs de ces symptômes vous arrivait, pensez-vous qu'il s'agit : (une seule réponse possible)
- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | D'une urgence, mais qui peut attendre un peu |
| <input type="checkbox"/> | Il n'y a pas d'urgence |
| <input type="checkbox"/> | D'une urgence vitale, immédiate |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

11) Si un ou plusieurs de ces symptômes vous arrivait, que faites-vous ? (Une seule réponse possible)

- Vous consultez votre médecin traitant, et s'il est fermé (soir ou WE) vous consultez le médecin de garde (cabinet de garde, SOS)
- Vous consultez votre médecin traitant, et s'il est fermé (soir ou WE) vous attendez jusqu'à ce que son cabinet ré-ouvre
- Vous appelez le 15 (SAMU) immédiatement, sans attendre
- Vous appelez le 15 si cela ne passe pas
- Vous vous rendez aux urgences hospitalières les plus proches immédiatement
- Vous attendez que cela passe
- Je ne sais pas

12) Êtes-vous formé aux gestes de premiers secours (massage cardiaque) ?

- OUI NON JE NE SAIS PAS

13) Pensez-vous que votre entourage, vos proches, soit formé aux gestes de premiers secours ?

- OUI NON JE NE SAIS PAS

14) Seriez-vous intéressé par une formation pour vous aux gestes de secours ?

- OUI NON JE NE SAIS PAS

15) Vos proches seraient-ils, selon vous, intéressés par une formation aux gestes de secours ?

- OUI NON JE NE SAIS PAS

16) Aimeriez-vous que votre médecin traitant vous transmette des coordonnées pour vous former vous et vos proches aux gestes de secours ?

- OUI NON JE NE SAIS PAS

-----**Partie à remplir impérativement**-----

Merci de remplir les informations ci-dessous, elles me permettront uniquement de vous joindre si des questions sont incomplètes. Ces données seront ensuite détruites par mes soins et les questionnaires rendus totalement anonymes.

Nom et prénom(s):

Date de naissance : / /

Numéro de Téléphone :

CADRE RESERVÉ À L'ÉVALUATEUR

Centre :

PAS : mmHg

Cholestérol Total : g/l

HDL-C : g/l

FDRCV : Diabète HTA Dyslipidémie

Si Insuffisance rénale chronique (selon CKD) : Modérée (<60ml/min) Sévère(<30ml/min)

SCORE (si calculé): %

Conclusion : Niveau de risque selon ESC 2016 Faible Modéré Élevé Très élevé

Annexe 2 : Fiche d'information patient

FICHE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Je me présente, je suis Moustapha OMARJEE, étudiant en médecine en fin de cursus à La Réunion.

Je réalise actuellement ma thèse de fin d'études de médecine générale, encadrée par l'Université de La Réunion et je sollicite votre attention et votre aide.

Je souhaite évaluer les connaissances des patients sur les signes de l'infarctus du myocarde ou crise cardiaque, et sur la conduite à tenir si cela arrivait. En effet, les pathologies cardiovasculaires et notamment l'infarctus du myocarde, ou crise cardiaque, sont malheureusement fréquentes à La Réunion et représentent une importante cause de mortalité. Par mon travail de thèse je souhaite donc définir les connaissances de la population réunionnaise sur ce sujet et ainsi discuter si une campagne de prévention peut être utile afin d'améliorer l'information aux patients et potentiellement sauver des vies.

Ainsi, par un simple et court questionnaire, qui dure moins de 5 minutes, je vous poserai des questions sur vos antécédents cardiovasculaires et vos connaissances personnelles sur l'infarctus.

J'aurai également besoin de connaître votre tension artérielle et votre taux de cholestérol. Ces données pourront m'être fournies, avec votre accord, par votre médecin, avec si besoin accès à ces données par votre dossier médical.

J'aurai aussi besoin de vos coordonnées (Nom, prénom(s) et numéro de téléphone) pour que je puisse éventuellement vous contacter, uniquement si des réponses sont manquantes ou si des précisions sont nécessaires.

Vos réponses seront ensuite totalement anonymisées, c'est-à-dire qu'il sera impossible de savoir de qui proviennent ces réponses lorsqu'elles seront analysées. Les données recueillies ne serviront que pour mon seul travail de thèse, et ne seront en aucun cas utilisées à d'autres fins, ni par un autre organisme. Toutes ces informations seront rigoureusement protégées. Ce travail de thèse a été enregistré auprès de la Commission Informatique et Libertés. La totalité des données sera détruite passé un délai d'un an après ma soutenance de thèse.

À la fin de ce travail, un compte rendu sera remis à votre médecin et vous pourrez ainsi prendre connaissance des résultats de mon étude.

En participant à mon travail de thèse vous reconnaissez avoir reçu, compris et accepté l'ensemble des informations de la présente fiche.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » (Article 27, loi du 6 Janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données qui vous concernent. Il peut être réalisé par simple demande écrite auprès de l'Université de La Réunion en envoyant un courrier à l'adresse suivante :

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR Santé Site de l'IES - Département de Médecine Générale
BP 350 - 97448 Saint-Pierre Cedex

Je vous remercie par avance de votre attention et espère sincèrement pouvoir compter sur votre aide dans mon travail.

Moustapha OMARJEE

Annexe 3 : Notice explicative à destination des secrétaires

NOTICE EXPLICATIVE DE LA THESE à l'attention des secrétaires et des médecins

But : évaluer les connaissances des patients de la Réunion sur les signes et la conduite à tenir en cas d'infarctus du myocarde, ou crise cardiaque. Travail de thèse de fin d'études de médecine générale.

Qui ? : Tous les patients de plus de 18 ans qui viennent en consultation.

Comment ? : Systématiquement proposer à TOUS les patients de participer et leur remettre la fiche d'information.

S'ils acceptent de participer, ils gardent la fiche d'information et leur remettre le questionnaire.

S'ils refusent, récupérer la fiche d'information et ne pas remettre de questionnaire.

Ils doivent absolument répondre seuls, avec leurs connaissances personnelles, sans l'aide d'un accompagnant ni d'internet, pendant qu'ils patientent en salle d'attente.

S'ils ne comprennent pas une question, notamment pour la question « antécédents », possibilité de demander au médecin.

Pour la question catégorie socioprofessionnelle en cas de doute, faire noter à l'écrit la profession à côté de la question.

Quand le patient a terminé, il amène avec lui le questionnaire dans la salle de consultation pour que le médecin note sa tension artérielle systolique (PAS) à l'arrière. En sortant de la consultation le patient rend le questionnaire à la secrétaire et il garde la fiche d'information.

Merci de vérifier svp que toutes les réponses soient remplies et surtout que les coordonnées soient bien inscrites en bas de la deuxième page.

Pendant combien de temps ? : Jusqu'à obtenir 40 réponses complètes par cabinet.

Rassurer le patient si besoin : Les données sont strictement protégées, et anonymisées ensuite (impossible de savoir qui a répondu quoi lors de l'analyse), elles ne seront pas utilisées à d'autres fins, cette thèse est encadrée par l'université, le CHU et la loi. Elle est enregistrée auprès Correspondant Informatique et Libertés de l'université de La Réunion.

Contact : En cas d'éventuelles questions de votre part ou du médecin, ou s'il manque des documents, n'hésitez pas à me contacter par téléphone au 069XXXXXXX ou par mail à l'adresse suivante : xxxxxxxxxxxxx@yahoo.fr

Je reste à votre entière disposition et je vous remercie sincèrement de votre aide précieuse.

Moustapha OMARJEE

Annexe 4 : Attestation d'enregistrement au registre CIL

U N I V E R S I T É D E L A R É U N I O N



ATTESTATION D'INSCRIPTION AU REGISTRE



Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le traitement n°20180314, concernant « **l'évaluation des connaissances des patients sur l'infarctus du myocarde : symptômes et conduite à tenir** », mis en œuvre par **Monsieur Moustapha OMARJEE** Doctorant au Département de médecine générale de l'UFR Santé, a fait l'objet d'une inscription au registre de l'Université de La Réunion le 23 mai 2018.

Fait à Saint-Denis, le 23 mai 2018
Thierry Brugnon
Correspondant informatique et libertés



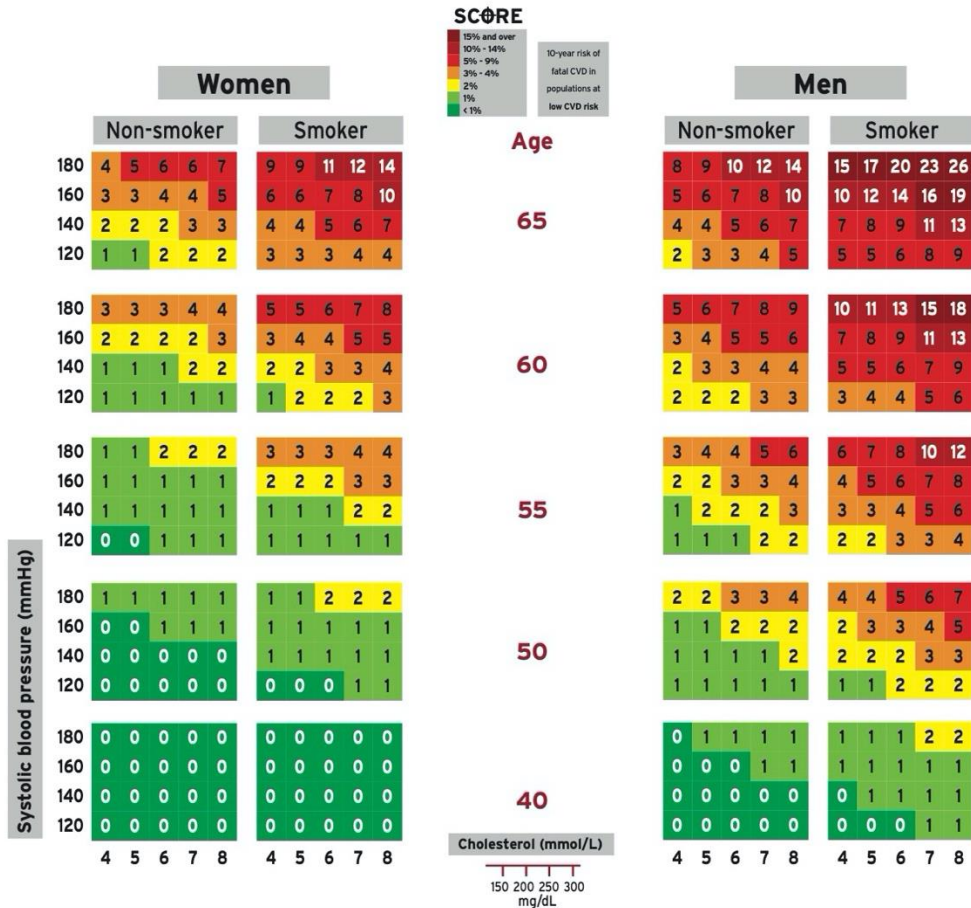
Annexe 5 : Niveaux de risque cardiovasculaires selon l'ESC 2016

Very high-risk	<p>Subjects with any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documented CVD, clinical or unequivocal on imaging. Documented clinical CVD includes previous AMI, ACS, coronary revascularization and other arterial revascularization procedures, stroke and TIA, aortic aneurysm and PAD. Unequivocally documented CVD on imaging includes significant plaque on coronary angiography or carotid ultrasound. It does NOT include some increase in continuous imaging parameters such as intima-media thickness of the carotid artery. • DM with target organ damage such as proteinuria or with a major risk factor such as smoking or marked hypercholesterolaemia or marked hypertension. • Severe CKD (GFR <30 mL/min/1.73 m²). • A calculated SCORE ≥10%.
High-risk	<p>Subjects with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markedly elevated single risk factors, in particular cholesterol >8 mmol/L (>310 mg/dL) (e.g. in familial hypercholesterolaemia) or BP ≥180/110 mmHg. • Most other people with DM (with the exception of young people with type 1 DM and without major risk factors that may be at low or moderate risk). • Moderate CKD (GFR 30–59 mL/min/1.73 m²). • A calculated SCORE ≥5% and <10%.
Moderate-risk	<p>SCORE is ≥1% and <5% at 10 years. Many middle-aged subjects belong to this category.</p>
Low-risk	<p>SCORE <1%.</p>

Annexe 6 : Tables Systematic coronary risk estimation (SCORE)

SCORE - European Low Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in low risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



How do I use the SCORE charts to assess CVD risk in asymptomatic persons?

1. Use the **low risk charts** in Andorra, Austria, Belgium*, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece*, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, The Netherlands*, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain*, Sweden*, Switzerland and the United Kingdom.

Use the **high risk charts** in other European countries. Of these, some are at **very high risk** and the charts may underestimate risk in these. These include Albania, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Egypt, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, FYR Macedonia, Moldova, Russian Federation, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan.

*Updated, re-calibrated charts are now available for Belgium, Germany, Greece, The Netherlands, Spain, Sweden and Poland.

2. Find the cell nearest to the person's age, cholesterol and BP values, bearing in mind that risk will be higher as the person approaches the next age, cholesterol or BP category.

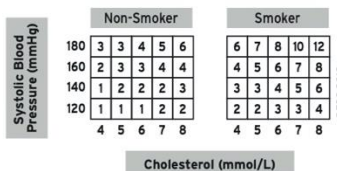
3. Check the qualifiers

4. Establish the total 10 year risk for fatal CVD.

Relative Risk Charts

Note that a low total cardiovascular risk in a young person may conceal a high relative risk; this may be explained to the person by using the relative risk chart. As the person ages, a high relative risk will translate into a high total risk. More intensive lifestyle advice will be needed in such persons. This chart refers to relative risk, not percentage risk, so that a person in the top right corner is at 12 times higher risk than a person in the bottom left corner.

Another approach to explaining risk to younger persons is to use cardiovascular **risk age**. For example, in the high risk chart, a 40 year old male hypertensive smoker has a risk of 4%, which is the same as a 65 year old with no risk factors, so that his risk age is 65. This can be reduced by reducing his risk factors.



Risk estimation using SCORE: Qualifiers

The charts should be used in the light of the clinician's knowledge and judgement, especially with regard to local conditions.

As with all risk estimation systems, risk will be over-estimated in countries with a falling CVD mortality rate, and under-estimated if it is rising.

At any given age, risk appears lower for women than men. However, inspection of the charts shows that their risk is merely deferred by 10 years, with a 60 year old woman resembling a 50 year old man in terms of risk.

Risk may be higher than indicated in the chart in:

- Sedentary or obese subjects, especially those with central obesity
- Those with a strong family history of premature CVD
- Socially deprived individuals and those from some ethnic minorities
- Individuals with diabetes- the SCORE charts should only be used in those with type 1 diabetes without target-organ damage; Other diabetic subjects are already at high to very high risk

Those with low HDL cholesterol* or increased triglyceride, fibrinogen, apoB, Lp(a) levels and perhaps increased high-sensitivity CRP.

Asymptomatic subjects with evidence of pre-clinical atherosclerosis, for example plaque on ultrasonography.

Those with moderate to severe chronic kidney disease (GFR <60 mL/min/1.73 m²)

*Note that HDL cholesterol impacts on risk in both sexes, at all ages, and at all level of risk. This effect can be estimated using the electronic version of SCORE, HeartScore, which has been updated to include HDL cholesterol level.

Visit www.heartscore.org
For the interactive version of the SCORE risk charts

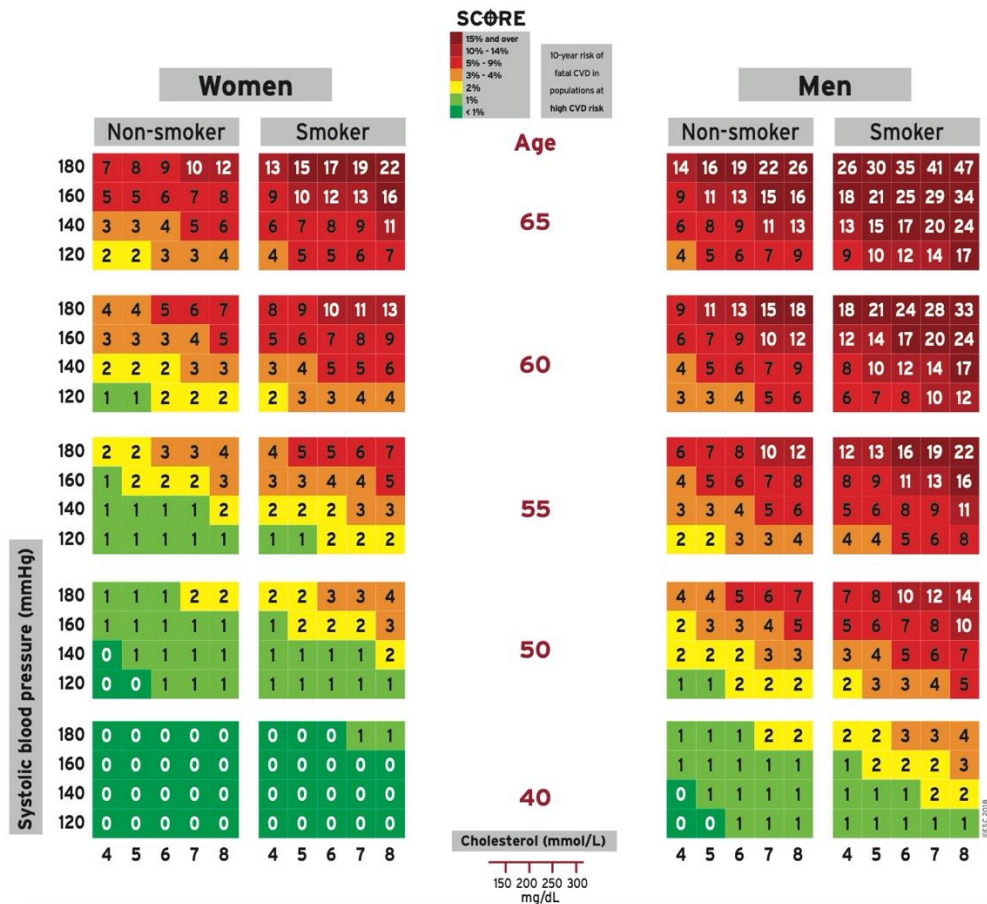
Source: European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016
Eur J Prev Cardiol. 2016; Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709



EAPC
European Association
of Preventive Cardiology
European Society of Cardiology

SCORE - European High Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



How do I use the SCORE charts to assess CVD risk in asymptomatic persons?

1. Use the **low risk charts** in Andorra, Austria, Belgium*, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece*, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, The Netherlands*, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain*, Sweden*, Switzerland and the United Kingdom.

Use the **high risk charts** in other European countries. Of these, some are at **very high risk** and the charts may underestimate risk in these. These include Albania, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Egypt, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, FYR Macedonia, Moldova, Russian Federation, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan.

*Updated, re-calibrated charts are now available for Belgium, Germany, Greece, The Netherlands, Spain, Sweden and Poland.

2. Find the cell nearest to the person's age, cholesterol and BP values, bearing in mind that risk will be higher as the person approaches the next age, cholesterol or BP category.

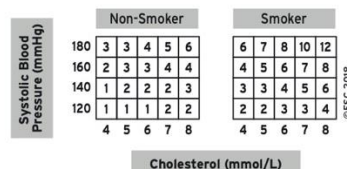
3. Check the qualifiers

4. Establish the total 10 year risk for fatal CVD.

Relative Risk Charts

Note that a low total cardiovascular risk in a young person may conceal a high relative risk; this may be explained to the person by using the relative risk chart. As the person ages, a high relative risk will translate into a high total risk. More intensive lifestyle advice will be needed in such persons. This chart refers to relative risk, not percentage risk, so that a person in the top right corner is at 12 times higher risk than a person in the bottom left corner.

Another approach to explaining risk to younger persons is to use cardiovascular risk age. For example, in the high risk chart, a 40 year old male hypertensive smoker has a risk of 4%, which is the same as a 65 year old with no risk factors, so that his risk age is 65. This can be reduced by reducing his risk factors.



Risk estimation using SCORE: Qualifiers

The charts should be used in the light of the clinician's knowledge and judgement, especially with regard to local conditions.

As with all risk estimation systems, risk will be over-estimated in countries with a falling CVD mortality rate, and under-estimated if it is rising.

At any given age, risk appears lower for women than men. However, inspection of the charts shows that their risk is merely deferred by 10 years, with a 60 year old woman resembling a 50 year old man in terms of risk.

Risk may be higher than indicated in the chart in:

- Sedentary or obese subjects, especially those with central obesity
- Those with a strong family history of premature CVD
- Socially deprived individuals and those from some ethnic minorities
- Individuals with diabetes - the SCORE charts should only be used in those with type 1 diabetes without target-organ damage; Other diabetic subjects are already at high to very high risk.
- Those with low HDL cholesterol* or increased triglyceride, fibrinogen, apoB, Lp(a) levels and perhaps increased high-sensitivity CRP.
- Asymptomatic subjects with evidence of pre-clinical atherosclerosis, for example plaque on ultrasonography.
- Those with moderate to severe chronic kidney disease (GFR <60 mL/min/1.73 m²)

*Note that HDL cholesterol impacts on risk in both sexes, at all ages, and at all level of risk. This effect can be estimated using the electronic version of SCORE, HeartScore, which has been updated to include HDL cholesterol level.

Visit www.heartscore.org
For the interactive version of the SCORE risk charts

Source: European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016
Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709



EAPC
European Association
of Preventive Cardiology
European Society of Cardiology

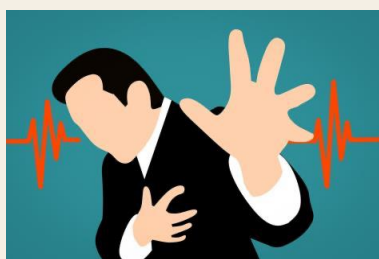
L'INFARCTUS DU MYOCARDE



ou crise cardiaque

L'INFARCTUS DU MYOCARDE, C'EST QUOI ?

Le cœur, comme tout organe, a besoin d'être alimenté en sang pour fonctionner. Lors d'un infarctus du myocarde (plus communément appelé infarctus ou crise cardiaque) une des artères vascularisant le cœur « se bouche » brutalement, et la partie du cœur alimentée par celle-ci souffre. Il s'agit d'une urgence vitale, avec un risque de complications et de décès. Le traitement, qui consiste à « déboucher » cette artère, doit être mis en œuvre le plus rapidement possible.



Cette fiche vous a été remise par votre médecin car **vous êtes à haut risque cardiovasculaire**. C'est-à-dire que du fait de votre âge, ou de vos antécédents, vous présentez un risque majoré d'être victime d'un événement cardiovasculaire et notamment d'un infarctus du myocarde (crise cardiaque).

Lisez attentivement cette fiche et conservez-la précieusement. Partagez-la avec vos proches afin de les sensibiliser également à l'infarctus.

Comment reconnaître un infarctus ?

Connaître les symptômes les plus fréquents de l'infarctus du myocarde est essentiel afin de mieux le reconnaître et de réagir le plus rapidement possible si cela vous arrivait.

Les symptômes les plus fréquents d'infarctus sont :

- Douleur ou oppression dans la poitrine
- Douleur dans l'épaule ou le bras
- Dyspnée (essoufflement)
- Sueurs froides
- Nausées/ vomissements ou douleur à l'estomac

A savoir : L'intensité de la douleur dans la poitrine ne préjuge pas de sa gravité. Cette douleur peut être forte à intense ou légère voire même une simple gêne. Néanmoins, dans tous les cas elle doit être prise au sérieux, et il s'agit d'une urgence.

Si vous ressentez un ou plusieurs de ces symptômes, vous êtes peut-être victime d'un infarctus du myocarde. **Il s'agit d'une urgence vitale, n'attendez pas.**

En cas d'infarctus, que faire ?

Contactez le SAMU en composant le 15 immédiatement. Même en cas de doute, appelez le 15, le médecin régulateur du SAMU vous orientera. Il est recommandé, en cas d'infarctus, de ne pas contacter en premier recours votre médecin traitant, ni de vous rendre par vos propres moyens à l'hôpital.

Si nécessaire une ambulance vous sera envoyée par le SAMU, vous serez ainsi pris(e) en charge de façon adéquate plus rapidement. Être transporté en ambulance lors d'un infarctus du myocarde réduit significativement les délais de prise en charge et de traitement.

Annexe 8 : Organismes de formation premiers secours à La Réunion

SE FORMER POUR SAUVER DES VIES

En cas d'arrêt cardiaque, chaque minute compte. Il faut agir vite pour augmenter les chances de survie de la victime. Être formé(e) aux gestes de premiers secours est donc essentiel.

Vous pouvez vous former en contactant l'un des organismes ci-dessous.

Tous ces organismes proposent une formation complète (d'une durée de 7 heures, sur une journée) intitulée Prévention et secourisme civique de niveau 1

(PSC1). La plupart d'entre eux proposent également une formation minimale (2 heures environ) aux Gestes qui Sauvent (GQS), initiant à l'appel des secours, au massage cardiaque et à l'utilisation d'un défibrillateur cardiaque.



NORD :

Centre Départemental d'Enseignement et de Développement du Secourisme (C.D.E.D.S.) :
0692 65 25 17 – Mail : cdeds470@orange.fr

Protection Civile :
0262 94 31 28 – 0692 10 53 65

Union Départementale des Sapeurs-Pompiers 974 (U.D.S.P. 974) :
0692 64 91 19 – Mail : secourisme.udsp974@yahoo.fr

QUEST :

Association Réunionnaise de la Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (A.R.F.F.S.S.) :
0262 33 23 33 – 0693 62 16 70 Mail : arffss@orange.fr
Site web : www.arffss.re

Croix-Blanche La Réunion :
0262 26 35 01 – 0692 60 34 80
Mail : contact@croixblanchereunion.re

Croix-Rouge française La Réunion :
Antenne locale de Saint-Paul : 0262 45 50 14

Union Départementale des Sapeurs-Pompiers 974 (U.D.S.P. 974) :
0692 64 91 19 – Mail : secourisme.udsp974@yahoo.fr

UFOLEP Réunion :
0262 43 84 95 – Mail : contact@ufolep974.org
Réservation de formation et paiement uniquement en ligne sur : www.ufolep974.org

SUD :

Association Prévention Sauvetage et Secourisme (A.P.S.S.) :
0693 01 09 83 – Mail : contact@apss.re
Site web : www.apss.re

Croix-Rouge française La Réunion :
Antenne locale de Saint-Pierre : 0262 35 36 62
Antenne locale de Saint-Louis : 0262 90 96 60
Antenne locale du Tampon : 0262 27 22 97

Fédération Nationale des Métiers de la Natation et du Sport (F.N.M.N.S.) :
0692 94 84 39
Site web : www.fnmns974.fr

Union Départementale des Sapeurs-Pompiers 974 (U.D.S.P. 974) :
0692 64 91 19 – Mail : secourisme.udsp974@yahoo.fr

EST :

Centre Départemental d'Enseignement et de Développement du Secourisme (C.D.E.D.S.) :
0692 65 25 17 – Mail : cdeds470@orange.fr

Croix-Rouge française La Réunion :
Antenne locale de Saint-Benoît : 0262 50 52 99

Union Départementale des Sapeurs-Pompiers 974 (U.D.S.P. 974) :
0692 64 91 19 – Mail : secourisme.udsp974@yahoo.fr

Tarif : Les formations sont payantes. En fonction de votre disponibilité et de votre budget vous avez le choix entre la formation complète (PSC1) facturée entre 65 et 80 euros, ou la formation plus courte aux gestes qui sauvent (GQS) proposée entre 20 et 30 euros.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des 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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui 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. »

Connaissances des patients réunionnais sur les symptômes et la conduite à tenir en cas d'infarctus du myocarde

Introduction : Les maladies cardiovasculaires, incluant les cardiopathies ischémiques en première position, sont la plus importante cause de mortalité à l'île de La Réunion, et représentent une problématique majeure de santé publique pour notre territoire. Pourtant, aucune enquête n'avait encore été réalisée sur notre île afin de définir les connaissances des patients réunionnais sur l'infarctus du myocarde (IDM).

Méthode : Une étude descriptive transversale a été réalisée chez des patients consultant en médecine générale, dans dix-sept cabinets répartis sur toute l'île. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire auto administré lors de leur passage en salle d'attente.

Résultats : 593 patients ont été inclus dans l'analyse. Les trois symptômes les plus cités étaient douleur dans la poitrine (52,9%), trouble de la parole (40,8%) et douleur dans l'épaule (40,6%). Le symptôme douleur dans la poitrine, symptôme clé de l'IDM, n'était cité que par un patient sur deux. Une confusion majeure avec l'Accident vasculaire cérébral a été retrouvée, avec le symptôme trouble de la parole qui était en deuxième position et trois des cinq premiers symptômes cités qui étaient des signes d'AVC. Par ailleurs, plus de quatre réunionnais sur dix (45,4%) ne savaient pas qu'il fallait appeler le 15 immédiatement en cas d'IDM. Les patients avec un niveau d'étude supérieur connaissaient mieux les symptômes d'IDM en général, ainsi que le symptôme douleur dans la poitrine et l'urgence vitale liée à l'IDM.

Plus intéressant, les patients ayant déjà fait un IDM n'avaient pas de connaissances significativement différentes sur les symptômes ou la conduite à tenir en cas d'IDM. Les patients à haut risque cardiovasculaires connaissaient même significativement moins le symptôme douleur dans la poitrine et l'urgence vitale que représente l'IDM.

Conclusion : Les connaissances des patients réunionnais sur l'IDM sont déficitaires, particulièrement chez ceux à haut risque cardiovasculaire. Une éducation menée par le médecin traitant auprès des patients à haut risque pourrait être utile afin d'améliorer leurs connaissances, dans l'espoir de réduire les délais de prise en charge en cas d'IDM.

Mots-clés : Connaissances, Infarctus du myocarde, Patients, symptômes, La Réunion

Reunionese patients' knowledge about symptoms and behaviour in case of acute myocardial infarction

Background: Cardiovascular diseases, including ischemic heart disease in first place, are the most important cause of death in Reunion Island, and represent a major public health problem for our territory. However, no survey had yet been conducted on our island to define Reunionese patients' knowledge on acute myocardial infarction (AMI).

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out on patients consulting their general practitioner, in seventeen practices spread across the island. Data were collected by using a self-administered questionnaire while they were in the waiting room.

Results: 593 patients were included in the analysis. The three most common symptoms were chest pain (52.9%), speech disorder (40.8%), and shoulder pain (40.6%). Chest pain, the key symptom of AMI, was cited by only one in two patients. Major confusion with stroke was found, with speech disorder symptom coming in second and three of the first five symptoms listed being signs of stroke. In addition, more than four in ten Reunion Islanders (45.4%) did not know they had to call emergency number immediately in case of AMI. Patients with higher level of education were more familiar with the symptoms of AMI in general, as well as the symptom of chest pain and life-threatening emergency associated with AMI.

More interestingly, patients who already had an AMI did not have significantly different knowledge about the symptoms or behaviour in case of AMI. Patients at high cardiovascular risk were even significantly less aware of the chest pain symptom and life-threatening emergency of AMI.

Conclusion: The knowledge of Reunionese patients on AMI is deficient, particularly among those at high cardiovascular risk. An educational intervention led by the general practitioner among high-risk patients could be useful in order to improve their knowledge, in the hope of reducing the delay to seek medical care in the event of AMI.

Keywords : Knowledge, Acute Myocardial infarction, Patients, symptoms, Reunion Island

Discipline : Médecine Générale, Maladies cardiovasculaires - General Medicine, Cardiovascular diseases
