

# Et si j'étais le patient?

**Hans Stalder**

Prof. Dr méd., membre de la rédaction



Dans ce numéro, Carola Huber et Thomas Rosemann [1] résument leur article publié en janvier dans *Clinical Therapeutics* [2], qui s'intéresse à l'observance médicamenteuse après un infarctus du myocarde. Cet article est à la fois remarquable et intéressant. Remarquable car il s'agit d'une collaboration assez inhabituelle entre une caisse maladie et un institut de médecine de famille – intéressant car les auteurs démontrent que moins que 5% des patients prennent régulièrement tous les 5 médicaments recommandés après un infarctus, soit la double thérapie antiplaquettaire, un modificateur des lipides, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un bloqueur du récepteur de l'angiotensine et un bêtabloquant. Si seulement trois médicaments sont prescrits, une bonne observance n'est constatée que chez environ 7% d'entre eux.

Dans une synthèse récente [3], 80 facteurs (!) contribuant à la non-observance des guidelines ont été identifiés, dont, comme Huber et Rosemann le suggèrent, les plus plausibles sont les suivants:

Tout d'abord, les médecins n'ont de loin pas prescrit tous les médicaments recommandés à cause de contre-indications: par exemple un patient sous anticoagulation pour une fibrillation auriculaire n'aura pas reçu d'antiplaquettaire, un asthmatique pas de bêtabloquant. On doit aussi présumer que les patients arrêtent l'un ou l'autre des médicaments parce qu'ils ont ressenti des effets secondaires. L'adhésion aux bêtabloquants (env. 12%) a été particulièrement basse. Peut-être la communication entre médecins et patients ou la transmission des données entre hôpital et cabinet n'ont pas été optimales. Il y a évidemment le problème de la polypharmacie. On sait que l'observance diminue avec le nombre de médicaments prescrits [3]. Or des patients dont la moyenne d'âge était 68,5 ans ne devaient pas seulement prendre ces nouveaux médicaments, mais la plupart en prenaient déjà avant leur accident cardiaque [4].

Je pense qu'il est important d'ajouter un autre facteur: les problèmes financiers. La participation aux frais des soins est particulièrement lourde pour les personnes souffrant de pathologies multiples, qui renoncent alors aux soins. Il a été démontré que la suppression de la

participation aux frais des médicaments après un infarctus augmente la survie des patients et leur qualité de vie sans augmenter les coûts totaux [5, 6]. (Apparemment de telles données laissent insensibles nos parlementaires qui veulent augmenter la franchise.)

La prise des médicaments a été associée à un meilleur pronostic. Il est donc probable, comme les auteurs le suggèrent, qu'une meilleure observance améliore la survie ou au moins diminue l'incidence de nouveaux événements cardiovasculaires. Cependant l'âge avancé et les comorbidités étaient davantage associés à une mauvaise survie. Le dicton «mieux vaut être jeune, riche et en bonne santé» s'applique aussi après un infarctus...

Ce travail a le mérite de montrer les limites de l'application de l'*evidence-based medicine* chez un patient individuel. Chacun des médicaments isolé et proposé par les guidelines a montré son efficacité, en tout cas contre un placebo et en général chez des patients sans comorbidités. Mais ça sert à quoi, si ni les médecins ne les prescrivent ni les patients ne les prennent?

Difficile de résoudre problème! Imaginez un moment que vous êtes vous-mêmes le patient. Après un infarctus, prendriez-vous les 5 médicaments prescrits en plus des deux ou trois déjà ordonnés avant? A noter qu'ils sont tous prescrits à titre préventif, car vous n'avez plus aucun symptôme. Est-ce que le pronostic s'aggrave beaucoup si j'ometts l'un ou l'autre? Dois-je arrêter l'antidépresseur qui m'a fait tant de bien, l'anti-diabétique, l'antiasthmatique ou encore les vitamines? Puis-je continuer mon antidouleur sans quoi je ne peux bien marcher?

Avec les auteurs, nous ne pouvons que supposer les réponses. Pour les connaître, il faudrait poser à chaque patient la question du pourquoi. Ceci pourrait se faire lors d'une nouvelle étude, cette fois plutôt qualitative, et pourquoi pas faite en collaboration avec une caisse maladie et des médecins: «Dites-nous pourquoi vous ne prenez pas les médicaments que le docteur vous a prescrits?»

Les références se trouvent sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) → Numéro actuel ou → Archives → 2019 → 22.

Voir également sur le même sujet l'article «Medikamentöse Sekundärprävention nach Myokardinfarkt» de Carola Huber et Thomas Rosemann en page 779–781 de cette édition.

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)

**Références**

- 1 Huber CA, Rosemann T. Medikamentöse Sekundärprävention nach Myokardinfarkt. *Schweiz Ärzteztg.* 2019;100(22):779–81.
- 2 Huber CA, Meyer MR, Steffel J, Blozik E, Reich O, Rosemann T. Post-myocardial infarction (MI) care: medication adherence for secondary prevention after MI in a large real-world population. *Clin Ther.* 2019;41:107–17
- 3 Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16:1093–101.
- 4 <https://www.bfs.admin.ch/news/fr/2019-0117>
- 5 Ito K, Avorn J, Shrank WH, Toscano M, Spettel C, Brennan T, Choudhry NK. Long-term cost-effectiveness of providing full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8:252–9.
- 6 Choudhry NK, Patrick AR, Antman EM, Avorn J, Shrank WH. Cost-effectiveness of providing full drug coverage to increase medication adherence in post-myocardial infarction Medicare beneficiaries. *Circulation.* 2008;117:1261–8.