

LU POUR VOUS Couvrir les frais médicaux pendant la grossesse: bon pour le nouveau-né?

Depuis le 1^{er} mars 2014, toutes les prestations médicales fournies à partir de la treizième semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement sont exemptées de participation aux coûts (franchise et quote-part). Jusqu'alors, seules les prestations en lien avec une grossesse dite

«normale» étaient exemptées. Au moyen d'un design quasi-expérimental, les auteur-es de l'étude ont cherché à évaluer l'effet de cette évolution législative sur la santé des nouveau-nés. En comparant les naissances ayant eu lieu en Suisse durant les 9 mois qui ont précédé la modification de

la LAMal (n = 61910) et les 9 qui l'ont suivie (n = 63991), les auteur-es ont pu mettre en évidence une augmentation significative de 23 g du poids moyen à la naissance et une diminution de 0,8% de la proportion d'enfants nés avec un poids faible (< 2500 g). L'effet sur l'âge gestationnel à la naissance était négligeable (+ 1 jour en moyenne). La proportion d'enfants nés prématurément et la mortalité néonatale n'étaient pas affectées.

Commentaire: si la présence de biais ne peut être formellement écartée, la robustesse du design quasi-expérimental utilisé s'approche de celle d'une étude randomisée. L'effet de la modification législative sur la santé des nouveau-nés peut paraître modeste. Cependant, compte tenu des risques associés à un faible poids de naissance, aussi bien immédiats (complica-

tions néonatales) que sur le long terme (facteurs de risque cardiovasculaire et mortalité à l'âge adulte), l'effet observé est loin d'être négligeable. En outre, il rappelle qu'en dépit du modèle d'assurance-maladie obligatoire en vigueur en Suisse, l'accessibilité aux soins souffre de multiples entraves, notamment financières.

Dr Julien Dupraz

Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Jean Perdrix

Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Epure AM, et al. C. Effect of covering perinatal health-care costs on neonatal outcomes in Switzerland: a quasi-experimental population-based study. *Lancet Public Health*. 2023;8(3):e194-202. DOI:10.1016/S2468-2667(23)00001-4



© gettyimages/Alter-photo

CARTE BLANCHE

MON CARNET BLEU



Pr Christophe Luthy

Service de médecine interne et de réadaptation de Beau-Séjour
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
christophe.luthy@hcuge.ch

Évidemment, j'ai l'âge de ceux qui ont vu le mur de Berlin s'effondrer. J'ai aussi connu au moins une quinzaine des derniers looks de Madonna. Durant ces années, je ne compte plus le nombre de patients traités, de collègues formés, de révolutions organisationnelles ou tarifaires, ni de discussions sur les conditions de travail des soignants. Pourtant, depuis tout ce temps où je noircis l'écran

de mon ordinateur pour cette rubrique de la *Revue Médicale Suisse*, je n'ai jamais imaginé que j'allais écrire un jour sur les petits carnets bleus que j'utilise pour me souvenir des tâches professionnelles que je dois réaliser ou pour relever au vol quelques idées. Il est là, juste à côté, dans la poche de ma blouse. Sa couverture cartonnée est écornée par les objets disparates habituellement enfouis à cet endroit. Elle est aussi parfois maculée par les fuites du flacon de solution hydroalcoolique. Malgré ces outrages, mon carnet bleu survit habituellement à plusieurs changements de blouses. Il m'est certes déjà arrivé de l'égarer mais sa durée de vie est le plus souvent dictée par le degré de conscience que j'ai de mes trous de mémoire et par mes humeurs. C'est le modèle classique de mon

institution. Un fascicule qui se déclinait auparavant également avec des pages lignées mais qui ne semble désormais disponible qu'avec des feuillets quadrillés. Ces dernières années, mon carnet bleu se repose le plus souvent durant les week-ends, mais il est l'un des alliés le plus dévoué de mes journées hospitalières. Il sait les périodes travailleuses, les pauses rêveuses

ou studieuses. Parce que personne d'autre que moi n'est capable de déchiffrer mon écriture ni d'en comprendre l'organisation, il est un tombeau pour les indiscrets. Sa confidentialité est encore significativement augmentée par le fait que je n'indique habituellement pas de date. Mes carnets peuvent donc être éliminés sans subir des normes de



LDL

sécurité compliquées ni souffrir entre les mâchoires d'un broyeur.

Mon carnet connaît de nombreuses salles de réunion dans mon hôpital ainsi que les bureaux de mes principaux collaborateurs. En revanche, il ne voit jamais le jour dans les chambres des malades. Son format est aussi bien calibré à mes vêtements professionnels – il se range verticalement dans la tenue d'été comme dans la tenue d'hiver – qu'à ses usages multiples tels que des prises de notes, l'archivage de vieux post-it et de feuilles diverses, ou encore l'arrachage partiel de pages vierges pour rendre service aux voisins de séance. Sa couverture souple est parfaite pour sa vie de nomade. Sa couleur, même délavée, sied

parfaitement à la culture d'hygiène et de propreté de mon employeur. De plus, cette même couleur est aussi symboliquement associée à la confiance, à la loyauté et à la spiritualité ... des valeurs qui ne peuvent que flatter mes modestes desseins.

Une chère collègue a certainement remarqué que je venais régulièrement quémander de nouveaux exemplaires. Lorsqu'on me remet l'objet avec délicatesse, mon carnet ne sait évidemment rien encore de sa destinée. À chaque fois, c'est une sensation très spéciale. Il est impeccable. Il sent bon la papeterie. Il est doux au toucher. Il est léger et plein de promesses pour la période à venir. À ce stade, mon carnet possède des caractéristiques parfaitement

anodines et impersonnelles, mais il est pourtant déjà exclusif puisque je dois être l'un des derniers médecins de l'hôpital à l'utiliser! À la dérochée, il m'arrive parfois d'entrevoir quelques-uns de ses frères jumeaux empilés sur l'étagère de l'armoire du secrétariat. C'est rassurant. Je comprends à cet instant que notre responsable administrative et financière n'a pas encore repéré cette dépense sans doute un peu vieillotte. Béatement, j'y vois un signe positif pour les comptes de notre département ainsi que pour ce qui reste de l'industrie du papier suisse.

Mais pourquoi vous gaver avec tant de vues nostalgiques? Eh bien, sachez que les derniers autres principaux avantages que je vois à cet objet culte

sont quasi transcendants. Comparativement à l'application dédiée de mon smartphone, mon carnet bleu ne nécessite en effet aucune mise à jour obligatoire. De plus, même s'il arrive que j'en stocke quelques exemplaires périmés, chacun de mes carnets constitue une ode à l'économie circulaire car 100% des pièces sont recyclées. Sans l'avoir calculé, je suis convaincu que le bilan CO₂ est infime! Finalement, mes carnets bleus n'alimenteront jamais de quelconques théories complottistes puisque les faits qui y sont relevés s'opposent systématiquement à l'ignorantisme qui consisterait à redonner du sens à des échanges sur la base de mes troubles cognitifs.

ZOOM

Quelle intensité pour un traitement de statine?

Les statines ont un rôle essentiel dans la prévention secondaire après un événement cardiovasculaire. Mais quelle stratégie adopter? L'étude LODESTAR a comparé deux approches: prescrire des statines de haute intensité d'emblée ou d'intensité modérée avec titration en fonction de la cible de LDL-cholestérol.

Méthode: étude randomisée et contrôlée, multicentrique (12 centres en Corée du Sud), de non-infériorité, ouverte. Inclusion: patients de ≥ 19 ans avec maladie coronarienne stable ou syndrome coronarien aigu. Exclusion: antécédent d'intolérance ou contre-indication aux statines. Intervention: statines de haute intensité (rosuvastatine 20 mg ou atorvastatine 40 mg 1 x/jour) vs statines à dose modérée titrées pour une cible de LDL-cholestérol (LDL-c) de 0,5 à 0,7 g/l (1,3 à 1,8 mmol/l). Issue primaire: composite d'événements cardiovasculaires (décès, infarctus du myocarde, AVC ou revascularisation coronarienne) dans les 3 ans avec une marge de non-infériorité de 3,0 points de pourcentage.

Résultats: 4400 patients randomisés entre novembre 2019 et octobre 2022 (âge moyen 65 ans, 28% de femmes) dont 2200 dans le groupe «treat-to-target». Seuls 54% des patients dans le groupe

«treat-to-target» ont reçu des statines de haute intensité vs 92% dans le groupe «haute intensité». Le taux moyen de LDL-c à 3 ans était pratiquement identique dans les deux groupes, soit de 0,69 g/l dans le groupe «treat-to-target» vs 0,68 g/l dans le groupe «haute intensité». À 3 ans, l'issue primaire n'était pas différente entre les deux stratégies puisque survenue chez 177 patients (8,1%) dans le groupe «treat-to-target» vs 190 patients (8,7%) dans le groupe «haute intensité» (différence absolue, -0,2 points pourcentage; $p < 0,001$ pour la non-infériorité). La sécurité était en outre similaire.

Discussion et interprétation: débiter avec un dosage en statines plus faible ne semble pas inférieur à un régime de haute intensité. D'autres traitements hypolipémiants étaient peu utilisés, probablement dans le but d'isoler l'effet des statines, raison expliquant probablement les nombreux patients qui n'ont pas réussi à atteindre la



cible de LDL-c $< 1,8$ mmol/l. En effet, 40% dans le groupe «treat-to target» et 30% dans le groupe «haute intensité» étaient au-dessus de la cible à 3 mois. Une autre limitation est la cible de LDL-c $< 1,8$ mmol/l, ne correspondant plus aux recommandations européennes actuelles qui visent un LDL-c $< 1,4$ mmol/l. En outre, l'étude était limitée à la prévention secondaire et ne concerne que peu de femmes. Finalement, les événements du critère d'évaluation étaient plus rares que prévu, avec une marge de non-infériorité de ce fait légèrement surestimée.

Conclusion: en pratique, la titration des statines pourrait convenir à certains patients qui sont réticents

à ce traitement, en particulier à des doses élevées. Cette stratégie pourrait favoriser la communication médecin-patient avec une approche individualisée menant potentiellement à une meilleure adhérence au traitement.

Dre Sabine Ammann

Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Hong S, et al. Treat-to-target or high-intensity statin in patients with coronary artery disease. JAMA. 2023 Apr 4;329(13):1078-87. DOI: 10.1001/jama.2023.2487