

travail dans ce secteur suivent l'évolution générale de la société. Ce qui me frappe cependant dans toutes ces études, c'est qu'elles s'intéressent essentiellement à des éléments organisationnels et structurels: les heures de travail, l'organisation et la charge de travail, sa pénibilité et son contenu, la «work-life-balance», la formation, la hiérarchie, etc. Rarement on y trouve le patient ! Quand je réfléchis à ce qui m'a marqué durant ma vie professionnelle de médecin de famille et ce qu'il m'en reste, il n'y a que peu de souvenirs en relation avec des actes ou des événements liés à la science médicale. En revanche, je vois devant moi des

patients, des visages, j'entends leurs voix, je me rappelle les échanges et les émotions. Ce sont des gens avec lesquels j'ai partagé une partie de leur vie et j'ai pu vivre une relation. J'ai pu m'engager, être utile, me sentir utile et trouver du sens. Je suis convaincu que ce lien reste un élément central dans le processus du soin. Ce que j'y ai reçu en retour m'a enrichi de mon côté et a contribué à mon équilibre émotionnel. Chaque rencontre a contribué à mon apprentissage. J'en suis bien conscient que le tableau que je décris ne correspond plus aux conditions d'aujourd'hui, en particulier aux réalités du milieu hospitalier. Les barrières grandissantes

(organisationnelles, technologiques, administratives) rendent difficile cet engagement dans la relation. Mes souvenirs ressemblent plutôt au monde que John Berger a décrit dans son livre «Un métier idéal» avec le portrait magnifique d'un médecin généraliste dévoué, passionné et humaniste.² Mais n'oublions pas que ce médecin s'est suicidé 15 ans plus tard.... Il est donc évident que le changement doit se faire sur tous les niveaux et non seulement dans un réinvestissement de la relation avec le patient. Pour toutes ces raisons, la Tribune évoquée m'a beaucoup parlé, avec son appel à l'indignation, à la transformation du

«subir» en «agir». Jeunes collègues, battez-vous pour une médecine qui reste humaine, centrée sur le soin et le bien-être, celui du patient et du soignant ! Interrogez l'évolution de la médecine et de notre métier vers toujours plus de technicité ! Cherchez à trouver suffisamment de temps et de l'espace pour créer et développer une relation avec vos patients, pour leur profit, mais surtout aussi pour le vôtre !

- 1 Pham MA, Delamare E. Demain nous sommes médecins. Rev Med Suisse. 2022;18:2128. DOI: 10.53738/REV-MED.2022.18.803.2128.
- 2 Berger J. Un métier idéal. Paris: Éditions de l'Olivier, 2009.

ZOOM

Les ACOD? Pas forcément bons à tout faire

Les patients présentant une fibrillation auriculaire (FA) présentent un risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC) embolique en raison de la formation de thrombus dans l'oreillette gauche. Dans les pays à revenu élevé, l'origine de la FA est le plus souvent liée à une hypertension systémique, une cardiopathie ischémique ou un âge avancé. Cependant, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les cardiopathies rhumatismales restent une cause importante d'hypertrophie et de FA. Des essais randomisés ont démontré l'efficacité des antagonistes de la vitamine K (AVK) pour la prévention des AVC chez les patients présentant une FA. Le besoin de médicaments plus simples à administrer que les AVK conduit au développement des inhibiteurs du facteur Xa, c'est-à-dire des ACOD (anticoagulants oraux directs; par exemple, rivaroxaban). Des essais cliniques randomisés ont démontré que les ACOD sont aussi efficaces que les AVK pour la prévention des AVC et associés à un risque plus faible d'hémorragie intracrânienne. Cependant, ces études excluaient les patients avec cardiopathie rhumatismale.

Méthode: étude randomisée, multicentrique (Afrique, Asie et Amérique latine), de non-infériorité. Inclusion: > 18 ans, cardiopathie rhumatismale prouvée par échocardiographie et FA ou flutter auriculaire documentés. Pour que les patients soient éligibles, au moins l'un des critères suivants était également requis: un score CHA2DS2-VASc \geq 2, une sténose mitrale avec surface ne dépassant pas 2 cm², ou preuve échocardiographique d'un contraste spontané de l'oreillette gauche ou thrombus auriculaire gauche. Exclusion: présence d'une valve cardiaque mécanique ou probabilité d'en recevoir une dans les 6 mois,

utilisation d'une double thérapie antiplaquettaire, traitement par inhibiteurs puissants du CYP3A4 et de la glycoprotéine P, présence d'une insuffisance rénale sévère (DFG estimé < 15 ml/minute). Intervention: répartition aléatoire selon un rapport 1:1 pour recevoir soit le rivaroxaban (dose de 20 ou 15 mg/jour selon la fonction rénale), soit un AVK (dose ajustée). Issue primaire: composée des AVC, des embolies systémiques, des infarctus du myocarde et des décès de cause vasculaire (cardiaque ou non).

Résultats: 4531 patients inclus dans l'analyse finale. Âge moyen: 50,5 ans. Femmes: 72,3%. Arrêt

définitif du traitement plus fréquent avec le rivaroxaban qu'avec un traitement par AVK, à toutes les visites. Dans l'analyse en «intention de traiter», 560 patients dans le groupe rivaroxaban et 446 dans le groupe AVK ont présenté un événement primaire. La durée moyenne de survie restreinte était de 1599 jours dans le groupe rivaroxaban et 1675 dans le groupe AVK (différence: -76 jours; IC 95%: de -121 à -31; $p < 0,001$). Incidence plus élevée de décès dans le groupe rivaroxaban que dans le groupe AVK (durée moyenne de survie restreinte, 1608 jours vs 1680; différence: -72 jours; IC 95%: de -117 à -28). Aucune différence significative entre les groupes concernant le taux d'hémorragies majeures.

Discussion et interprétation: chez les patients présentant une FA associée à une cardiopathie rhumatismale, le traitement par AVK a entraîné un taux plus faible d'événements cardiovasculaires composites ou de décès que le traitement par rivaroxaban, sans que le taux de saignements ne soit plus élevé. On peut se demander si les rendez-vous fréquents pour l'adaptation des AVK ont permis de détecter et de prendre en charge plus précocement des complications qui auraient pu

mener au décès.

Conclusion: une des rares études randomisées portant sur l'anticoagulation de la FA dans un contexte valvulaire (maladie rhumatismale). Étonnamment, l'issue composite est meilleure sous AVK que sous rivaroxaban, avec une mortalité cardiovasculaire augmentée sous ACOD, et non en raison d'événements hémorragiques. Étude qui cherchait à démontrer une non-infériorité du rivaroxaban pour proposer ce traitement plus simple d'utilisation à une population qui certes nous touche moins en Suisse mais qu'on peut tout de même retrouver chez les immigrés (Afrique, Asie et Amérique latine). Eh bien non, les ACOD ne sont pas toujours forcément meilleurs que les AVK...

Pr Pierre-Alexandre Bart
Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Connolly SJ, et al. Rivaroxaban in rheumatic heart disease-associated atrial fibrillation. New Engl J Med 2022 Sep;387(11):978-88. DOI: 10.1056/NEJMoa2209051