



HAL
open science

Observation dans une population de coronariens des conséquences immédiates et à moyen terme de l'information médicale reçue en dehors de la consultation

Gérôme Volpellièrè

► To cite this version:

Gérôme Volpellièrè. Observation dans une population de coronariens des conséquences immédiates et à moyen terme de l'information médicale reçue en dehors de la consultation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02097670

HAL Id: dumas-02097670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02097670>

Submitted on 12 Apr 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Observation dans une population de coronariens des conséquences
immédiates et à moyen terme de l'information médicale reçue en
dehors de la consultation**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 10 Janvier 2019

Par Monsieur Gêrôme VOLPELLIERE

Né le 8 juin 1986 à La Ciotat (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur PAGANELLI Franck

Président

Madame le Docteur (MCU-PH) SARI-MINODIER Irène

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Monsieur le Docteur LUCCISANO Francis

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	<p>AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy</p> <p>CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius</p>	MM	<p>FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTEY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony</p>
----	---	----	---

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danièle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGÉON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Héléne
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Franck PAGANELLI ,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail.
Merci également pour vous votre précieux enseignement.

A Madame le Docteur Irène SARI-MINODIER,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et pour votre disponibilité. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Aurélie DUMAS,

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et pour votre disponibilité. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Lyassine NAIT-SAIDI,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et pour ta précieuse aide pour la structuration de ce travail.

A Monsieur le Docteur Francis LUCCISANO,

Merci d'avoir co-diriger cette thèse, merci pour ton regard réaliste et sensible.

A ma famille,

Merci pour votre soutien au cours de ces longues années.

A ma mère, merci de m'avoir toujours fait confiance malgré les doutes et les difficultés.

A mon père, tu me manques.

A ma femme, merci pour ta patience, merci pour la douceur de chacuns des jours passés à tes cotés.

A mes deux petits garçons, merci pour tout ces moments de bonheur, je vous aime tellement .

A mes amis,

Merci.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
JUSTIFICATION DE L'ETUDE	2
MALADIE CORONARIENNE, SON TRAITEMENT	2
POLEMIQUES AUTOUR DES MEDICAMENTS	5
IMMEDIATETE ET MOYEN TERME	6
AUTRES DEFINITIONS	6
OBJECTIF DE L'ETUDE	8
II. MATERIEL ET METHODE	9
TYPE D'ETUDE	9
ESTIMATION DU NOMBRE DE SUJET NECESSAIRE	9
POPULATION DE L'ETUDE	9
PERIODE D'ENQUETE	10
RECUEIL DES INFORMATIONS	10
PLAN DU QUESTIONNAIRE	10
CONTROLE QUALITE	11
ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	11
III. RESULTATS	12
A. LA POPULATION	12
CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	12
CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUE	17
B. INFORMATION	20
C. CONSEQUENCES	22
DISCUSSION	27
V. CONCLUSION	35
ANNEXE	42
LISTES DES ABREVIATIONS	47

I. INTRODUCTION

JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'origine de cette étude est : les questions des patients lors de la consultation au sujet d'informations reçues en dehors de la consultation médicale.

Une étude du CNOM en 2010 nous montre la place de plus en plus importante de l'information dans la relation médecin-malade¹. La principale source d'information médicale est alors le médecin, mais l'internet arrive en 2ème place. L'information pourrait aussi avoir un impact sur l'observance thérapeutique et le vécu de la maladie.

Aujourd'hui l'information médicale par l'internet devient continue avec une certaine immédiateté, que l'on peut opposer à une organisation des soins programmée.

Ce délai durant lequel le patient ne trouve ou ne cherche pas d'interlocuteur médical laisse la liberté au patient de prendre des décisions thérapeutiques, ou d'adopter une vision de sa maladie inadaptée qui pourraient à terme être délétère .

Notre étude, au delà de la relation médecin-patient, explore le rapport à la thérapeutique et le vécu de la maladie.

MALADIE CORONARIENNE, SON TRAITEMENT

Au 31 décembre 2012, la maladie coronarienne (regroupant angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, cardiopathie ischémique chronique sous l'ALD 13) est la 3ème ALD, elle concerne 1 008 198 personnes.

Le nombre d'infarctus du myocarde en France est estimé entre 100 000 et 120 000 cas par an.

Deux études de suivi de cohorte² : une française et une suédoise ⁴⁵ publiées respectivement dans « l'American journal of cardiology » et le « European heart journal », ont mis en évidence un taux de mortalité des patients ayant une maladie coronaire chronique stable traitée selon les recommandations, pas différent de celui

de la population générale après la 1^{ère} année, la mortalité étant majoritairement liée à des causes non-cardiovasculaires.

Le traitement actuel de la maladie coronarienne est reconnu sous l'acronyme BASIC . Nous présentons ce consensus publié en 2007 par l'HAS en annexe 5 : Beta bloquant, antiagrégant plaquettaire, statine, IEC et correction des facteurs de risque cardiovasculaire.

Un aspect nous semble important : le traitement n'apporte pas de guérison.

Nous détaillons brièvement les études qualifiant chacun des traitements en prévention secondaire de la maladie coronarienne :

Les BétaBloquants (BBloquants): les dernières recommandations de l'ESC de 2017 préconisent d'initier un traitement par BBloquant au cours de 24h suivant l'événement cardio-vasculaire ce basant sur 2 études l'une de 2014 et l'autre de 2015 publiées dans le « *journal of the American College of cardiology* » révélant une baisse de la mortalité³⁻⁴.

Il est intéressant de voir que ces recommandations tiennent compte de l'étude REACH à contre courant des deux précédentes ⁵.

Les antiagrégants plaquettaires (AAP): Le médicament le plus connu des patients est l'aspirine. Il s'agit du premier AAP à avoir fait preuve de son efficacité en prévention secondaire ; confirmé au travers d'une méta-analyse en 2003 en 2009 par une nouvelle méta-analyse ⁶.

En 2000 l'étude CURE met en évidence le bénéfice de la bithérapie associant aspirine et clopidogrel sur la récurrence et la mortalité cardiovasculaire ⁷. En 2009 est évalué le Ticagrelor par l'étude PLATO et le Prasugrel par l'étude TRITON, ces AAP intègrent les recommandations de l'ANSM en 2012 et l'ESC en 2013 ⁸⁻⁹.

Statines ¹⁰ Entre 1995 et 2002 quatre études de grande ampleur ¹¹ (4S, HPS, LIPID et WOSCOP) suivi de plusieurs méta-analyse entre 2006 ¹² et 2011 ¹³ vont montrer l'intérêt des statines en prévention secondaire avec une baisse de la mortalité toutes causes ¹⁴⁻¹⁵. Les recommandations HAS de 2012 se basent sur ces dernières. Une revue de la littérature publiée dans « the Lancet » en 2016 confirme les bénéfices d'une baisse du cholestérol et de l'efficacité et la sécurité des statines ¹⁶. L'ESC dans ces recommandations de 2017 confirme l'usage de statine à la dose maximale

tolérée , si l'objectif n'est pas atteint se basant sur l'étude FOURIER ⁴⁴, l'ESC préconise l'association d'une autre thérapeutique comme un inhibiteur des PCSK9 ¹⁶. Nous notons là encore, d'autres études comme CARE en 1996 évaluant la pravastatine

qui ne montraient pas de baisse de la mortalité toute cause chez les patients aux antécédents d'IDM ¹⁷. La pravastatine fait partie des recommandation HAS de 2014 ¹⁸.

IEC : Les recommandations 2014 et ESC 2017 reposent sur la méta-analyse de trois études:¹⁹

- HOPE en 2000 (ramipril versus placebo) ²⁰ et EUROPA en 2003 (perindopril versus placebo) ²¹ qui vont montraient une baisse de la mortalité cardiovasculaire .
- La troisième étude est PEACE en 2004 (trandolapril versus placebo) ne révèle pas de différence significative sur la mortalité ²².

Cette méta-analyse considère que les résultats contradictoires sont liés aux comorbidités comme le diabète (38% étude HOPE contre 18% étude PEACE) ou encore la dyslipidémie (58% de patients sous hypolipémiant dans l'étude EUROPA contre 70% dans l'étude PEACE), et qu'il y a une baisse du critère de jugement principal composite (décès d'origine CV, IDM, AVC) ainsi qu'une baisse de la mortalité globale.

Correction des facteurs de risque cardiovasculaire tel que défini par l'AFSSAPS et l'HAS:

- les facteurs de risques non modifiables (âge , antécédent personnel ou familiaux).
- les facteurs modifiables (tabagisme, dyslipidémie, diabète, HTA).
- les autres facteurs à considérer (IMC, périmètre abdominal, sédentarité, consommation excessive d'alcool).

Chacune des ces familles de médicament ont leurs spécificités et leurs effets secondaires ou indésirables potentiellement sévères. Pour chacun des patients, le rapport bénéfice/risque doit être réévalué lors de la prescription initiale ou de son renouvellement.

Les bénéfices, individuellement ou par leur synergie, attendus des traitements est la diminution de la morbidité et de la mortalité.

POLEMIQUES AUTOUR DES MEDICAMENTS

Une polémique va être défini selon le dictionnaire Larousse comme: « un débat violent, vif et agressif ».

Une recherche d'information sur chacun des traitements renvoie parfois à des études contradictoires concernant chacun des médicaments ; c'est bien le principe de la démarche scientifique. L'étude REACH concernant les BBloquants en est un exemple. Les recommandations de l'ESC en 2017 tiennent compte de ces résultats.

La polémique naît de la vulgarisation de l'actualité médicale et du relais médiatique d'études le plus souvent négatif.

La polémique connue du public la plus récente est sans doute celle autour des statines : Les Pr EVEN et DEBRE, auteurs du livre « Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux », écrivent que « les statines peuvent être efficaces en prévention secondaire.» Mais ils en minimisent l'efficacité, considérant qu'elle est « beaucoup plus modeste que la vox pharmacia ne le prétend »²³. Ils ont privilégié la description des effets secondaires, et celle du rôle des statines dans la prévention primaire et très peu leur rôle dans la prévention secondaire.

C'est un des éléments de la polémique prolongée par une mise en cause du soignant responsable de surprescription de cette famille d'hypolipémiants, en dehors des recommandations de bonne pratique qui date alors pour l'HAS de 2005.

L'HAS en février 2013 fait une déclaration à ce sujet : « La HAS constate un certain mésusage des statines en France : un recours abusif aux statines en prévention primaire – en regard notamment des effets secondaires possibles de ces molécules –chez des personnes qui ne sont pas à haut risque, en même temps qu'un défaut de prescription de statines chez des patients qui le justifieraient. ».

Cela donnera lieu à l'actualisation des recommandations l'année suivante en 2014.

Les polémiques intéressent d'autre maladie chronique : les thyroïdites avec le Levothyrox , mais aussi des traitements préventifs, les pilules contraceptives ou encore les vaccins. Les médias ne sont pas seuls responsables ; certaines polémiques étant, nous le voyons, soutenues par des médecins.

IMMEDIATETE ET MOYEN TERME

Les notions d'immédiateté et de moyen terme pour des maladies chroniques ne sont pas clairement définies. Par exemple, nous l'avons vu plus pour la maladie coronarienne stable correctement traitée, la mortalité rejoint celle de la population générale, donc sans définition d'une espérance de vie statistiquement précise.

Nous avons envisagé le court terme à moins de 3 mois et le moyen terme au delà mais inférieur à 5 ans pour la maladie coronarienne.

Ce seuil de trois mois correspond au risque majeur de récurrence ²⁴⁻²⁵. La première consultation devant intervenir au cours de ces premiers mois.

La durée à 5 ans est en rapport avec les études de mortalité ; la survie étant souvent exprimée à 5 ans.

Le moment pour interroger les patients est choisi à 6 mois pour des raisons pratiques concernant la durée de l'étude, le nombre de perdu de vue ou de décès (estimé à 10% la première année) est un risque de majoration de l'effet de biais éventuel.

AUTRES DEFINITIONS

L'observance est l'action d'obéir à une habitude, en ce qui concerne la thérapeutique, cette définition regroupe plusieurs aspects souvent confondus selon le dictionnaire de l'Académie nationale de Pharmacie : il s'agit de « l'Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement » ; « est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social, improprement désignée sous le nom de compliance. » ²⁶.

L'arrêt est défini le plus simplement comme la suppression d'une thérapeutique ou sa suspension pour une durée significative, c'est un acte volontaire venant du patient ou après concertation avec le médecin. Nous définissons dans notre étude une suspension supérieure à 1 mois comme assimilable à un arrêt .

L'adhésion (ou « adhérence » en anglais) correspond à l'acceptation du patient de la stratégie de prise en charge qui lui est proposée.

Cette adhésion est dépendante des capacités intellectuelles et psychologiques, des croyances du patient, des acteurs de la chaîne de soins et de la transmission des informations sur le bénéfice/risque des traitements.

L'adhésion peut varier au cours du traitement, de par les effets indésirables et des altérations de la qualité de vie. Les déterminants de l'adhésion sont donc complexes et difficilement appréhendables ²⁶.

La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » Nous voyons qu'il n'y a pas de consensus quant au seuil.

Nous avons dans notre étude défini le seuil à 3 médicaments, le seuil est souvent situé à 5 médicaments comme nous le montre une revue de littérature de l'IRDES en 2014 ²⁷⁻²⁸. Mais il s'agit essentiellement d'études étudiant les interactions des médicaments ou les effets indésirables ²⁹.

La Maladie chronique est selon le dictionnaire de l'académie de médecine : « Maladie au long cours, à début généralement insidieux ou succédant à une maladie aiguë.

La disparition dans les pays développés de la plupart des maladies infectieuses ainsi que le vieillissement de la population ont augmenté la proportion des maladies chroniques ; leur histoire naturelle peut se prolonger sans diminuer l'espérance de vie de la personne et explique dans le fonctionnement des établissements de soins, la fréquence des hospitalisations. »

Un média est un anglicisme selon la définition du Larousse : « Procédé permettant la distribution, la diffusion ou la communication d'œuvres, de documents, ou de messages sonores ou audiovisuels (presse, cinéma, affiche, radiodiffusion, télédiffusion, vidéographie, télédistribution, télématique, télécommunication) »

Nous employons le terme de médias sociaux qui sont des sites internet dont le contenu est créé et animé par les visiteurs (blog , forum, réseau sociaux).

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'étude a pour objectif d'évaluer les conséquences à l'échelle de chaque individu dans leur environnement respectif, de l'information issue des médias. Que l'information soit positive ou négative selon le jugement du patient. Concernant les traitements la maladie et le rapport aux soins ou aux soignants, il ne s'agit pas de juger si l'attitude des patients est adéquate mais bien d'observer les conséquences de l'information hors consultation médicale.

II. MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, analytique, transversale, retrospective. L'aspect analytique nous impose la comparaison de deux groupes.

L'exposition résulte du choix personnel de l'individu ou de son environnement. Nous décrivons simplement le phénomène de santé en observant la réalité, sans intervenir sur les conditions d'exposition des sujets étudiés. L'état de la population est étudié à un instant unique et est fixé à 6 mois.

ESTIMATION DU NOMBRE DE SUJET NECESSAIRE

Le nombre de sujet nécessaire a été évalué avec un statisticien selon les variables connues spécifiques au service dont est issu la population source : activité annuelle du service de coronarographie, la mortalité, le taux d'examens normaux , la prévalence de la maladie selon le sexe. A cela s'ajoute une variable liée à la méthode de recueil des données.

Le nombre de patients à inclure c'est à dire répondant au questionnaire est fixé a priori à 130 patients dans l'hypothèse d'un sous groupe de sexe féminin d'au moins 30 patients.

Il y a une incertitude quant à la taille de l'effectif de sous groupe envisagé, selon par exemple les critères socio-professionnels ou les traitement antérieurs, et donc de leur significativité statistique.

POPULATION DE L'ETUDE

La population-cible est: les patients souffrant d'une pathologie coronarienne athéromateuse.

Les patients de la population-source sont recrutés dans le service de cardiologie de l'hôpital publique de Toulon, il s'agit de patients ayant bénéficié d'une coronarographie quelque en soit l'indication.

Les patients inclus sont ceux à qui l'on prescrit à l'issue de la procédure pour la première fois un traitement BASIC. Les patients ne répondant pas au questionnaire dans son intégralité sont également exclus.

PERIODE D'ENQUETE

L'étude doit avoir une durée définie a priori de 22 mois se décomposant en 16 mois pour le recrutement, suivi d'une période de questionnaire de 6 mois après la date d'inclusion du dernier patient.

RECUEIL DES INFORMATIONS

Le recueil des données est actif par questionnaire téléphonique selon les coordonnées présentes dans le dossier médical ou données lors de la prise de rendez vous des consultations. Chacun des patients correspondants aux critères d'inclusion ont été appelé afin de leur soumettre le questionnaire. Certaines informations sont issues du dossier médical notamment le sexe , l'âge, les antécédents thérapeutiques et médicaux.

PLAN DU QUESTIONNAIRE

Il nous a fallu penser le questionnaire de manière à avoir un vision précise de la réalité tout en évitant la culpabilisation des patients.

La plan du questionnaire est organisé en 5 parties :

- Une 1ère définie le profil socio-professionnel
- Une 2ème partie identifie les sources d'informations, le niveau d'information et le rapport à l'information
- Une 3ème partie concerne l'observance
- Une 4ème partie aborde le vécu de la maladie
- et la 5ème partie : la confiance vis à vis du médecin et une éventuelle altération du relationnel .

Le questionnaire est constitué de 20 questions.

CONTROLE QUALITE

La qualité du questionnaire a été préalablement testé sur 6 patients , il s'agit de s'assurer, en amont, de la période d'inclusion, de la bonne compréhension des questions , ainsi que de la bonne durée du questionnaire .

ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les données recueillies sont quantitatives et qualitatives. Elles ont été analysé à l'aide d'une fonction du logiciel Numbers sur Mac. Après compilation des réponses dans un tableur, les valeurs qualitatives sont substituées par une valeur quantitative quand cela est possible afin d'en faciliter l'analyse. La mesure se fait par le calcul du risque relatif (RR) ou ODD selon les variables considérées. La marge d'erreur est de 5% (intervalle de confiance à 95%). La comparaison des moyennes ; dont la variance de la population-source n'est pas connue ; est testée par la loi de student.

III. RESULTATS

A. LA POPULATION

CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Entre les mois de mai 2016 et Novembre 2017 soit 18 mois (en raison d'une baisse de l'activité au cours de l'année 2016) 1635 patients (annexe 1) ont bénéficié d'une coronarographie dans le service de cardiologie de l'hôpital Publique de Toulon, toutes indications confondues.

Le questionnaire a été soumis aux patients à 6 mois (6 mois +/- 5 jours).

On dénombre 40,2% de coronarographie normale soit 657 patients.

Parmi les 978 patients avec coronarographie anormale, 812 correspondent à une pathologie athéromateuse et pour qui il retenu une indication au traitement BASIC. Il y a 11 décès, 18 indications chirurgicales, 2 dossiers incomplets et 135 patients pour lesquelles le traitement BASIC n'est pas instauré de façon complète.(Figure 1)

476 patients était déjà sous traitement BASIC avant le début de l'étude.

La population inclus a un effectif de 206 patients soit un taux de réponse 61,3% .

Le taux de réponse est affecté par les décès et les refus.

	POPULATION SOURCE	POPULATION INCLUS	
EFFECTIFS	1635	206	
AGES MEDIANS (ans)	68,4	67,9	p>0,05
HOMMES	1091	136	p>0,05
FEMMES	544	70	p>0,05
TRAITEMENTS CV avant l'épisode actuel			
AAP	818	99	p>0,05
STATINES	474	57	p>0,05
IEC	138	15	p<0,05
BBloquant	568	47	p<0,05
Sans Traitement	362	49	p>0,05

Tableau 1 : Caractéristiques comparées de la population source et de la population de patients inclus (si $p>0,05$ les différences observés peuvent être lié a des fluctuations de l'échantillonnage.)

Figure 1: Fréquence prescription de chacun des traitements post coronarographie (n=206)

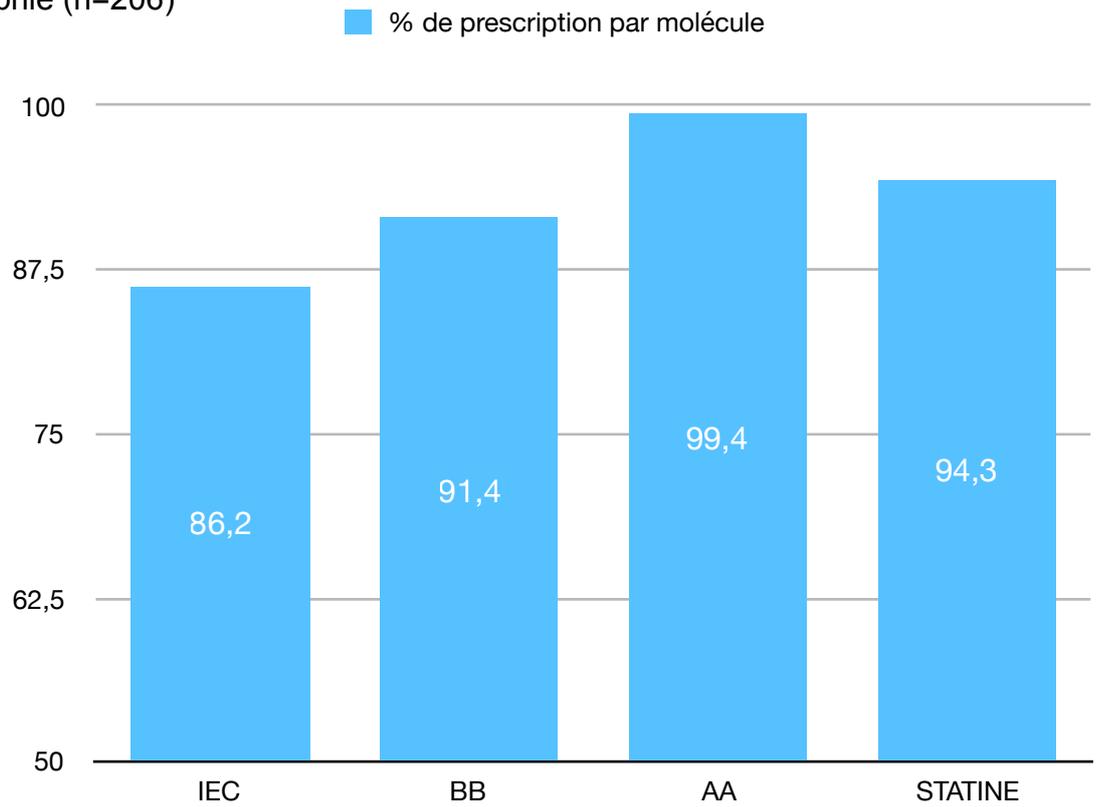
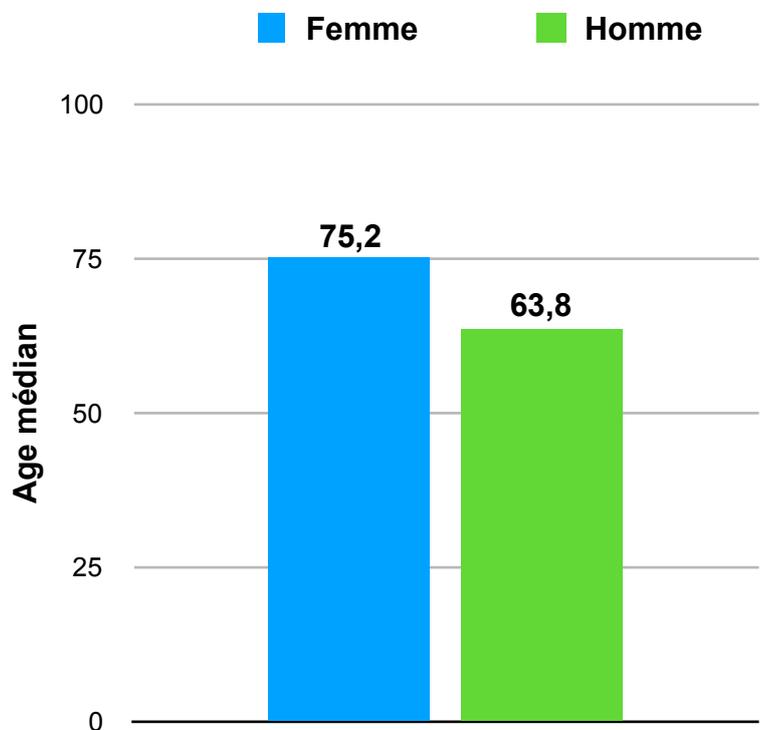


Figure 2: Age médian selon le sexe exprimé en années

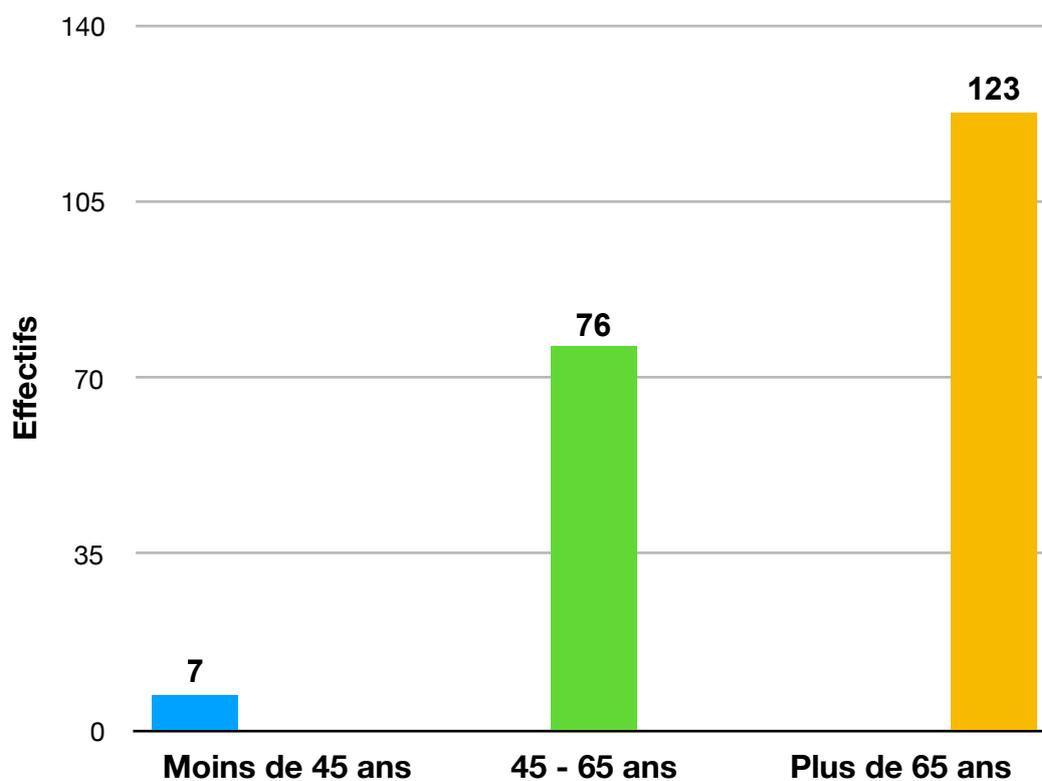


L'âge médian de la population inclus est de 67,9 ans (IC95 : 67,1 - 69,4 p<0,05)

Le plus jeune patient est âgé de 32 ans et le plus âgé à 92 ans.

Pour la suite seulement deux groupes seront considéré selon l'âge les patients âgés de moins de 65 ans soit 83 patients, 40,3% des répondants et les patients âgés de plus de 65 ans pour des raisons de significativité statistique le groupe de moins de 45 ans ayant un effectif faible. (Figure 3)

Figure 3 : Effectifs selon l'âge.



Lieu de vie	Effectifs
Domicile	187
Hebergement familiale	11
Foyer logement	6
Maison de retraite	2

Tableau 2: Effectifs selon le lieu de vie

CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUE

Les patients sous polymédication représentent 37,4% de la population soit un effectif de 76 patients.

La corrélation avec l'âge est significative avec un risque multiplié par 4,7 d'être polymédiqué pour les patients âgé de plus de 65 ans par rapport aux patients âgé de moins de 65 ans (ODD 4,7 IC95 2,5 - 8,7 p<0,05).

L'âge médian de la population polymédiqué est de 71,3 ans .

Les patients sans traitement à visée cardiologique avant l'événement cardiovasculaire actuel (naïf de traitement) représentent 23,7% de la population soit un effectif de 49 patients.

L'âge médian de ce sous groupe est de 53,1 ans.

Tableau 2 : Pourcentage de patient sous chacun des traitements selon les groupes d'âges avant l'événement CV

AGE / TRAITEMENTS	AAP	BBloquant	STATINES	IEC	AUCUN
moins de 45 ans	23 %	3,2 %	3,7 %	2 %	69,8
45 - 65 ans	39,7 %	16,1 %	21,8 %	7,4 %	40,2
plus de 65 ans	49,2 %	28,4 %	32,7 %	9,1 %	12 %

Tableau 3: Pourcentage de patients sous chacun des traitements avant l'événement cardiovasculaire.

Figure 4 : est une représentation de la proportion de chacun des facteurs de risques dans la population. Un même patient peut présenter plusieurs facteurs de risque.

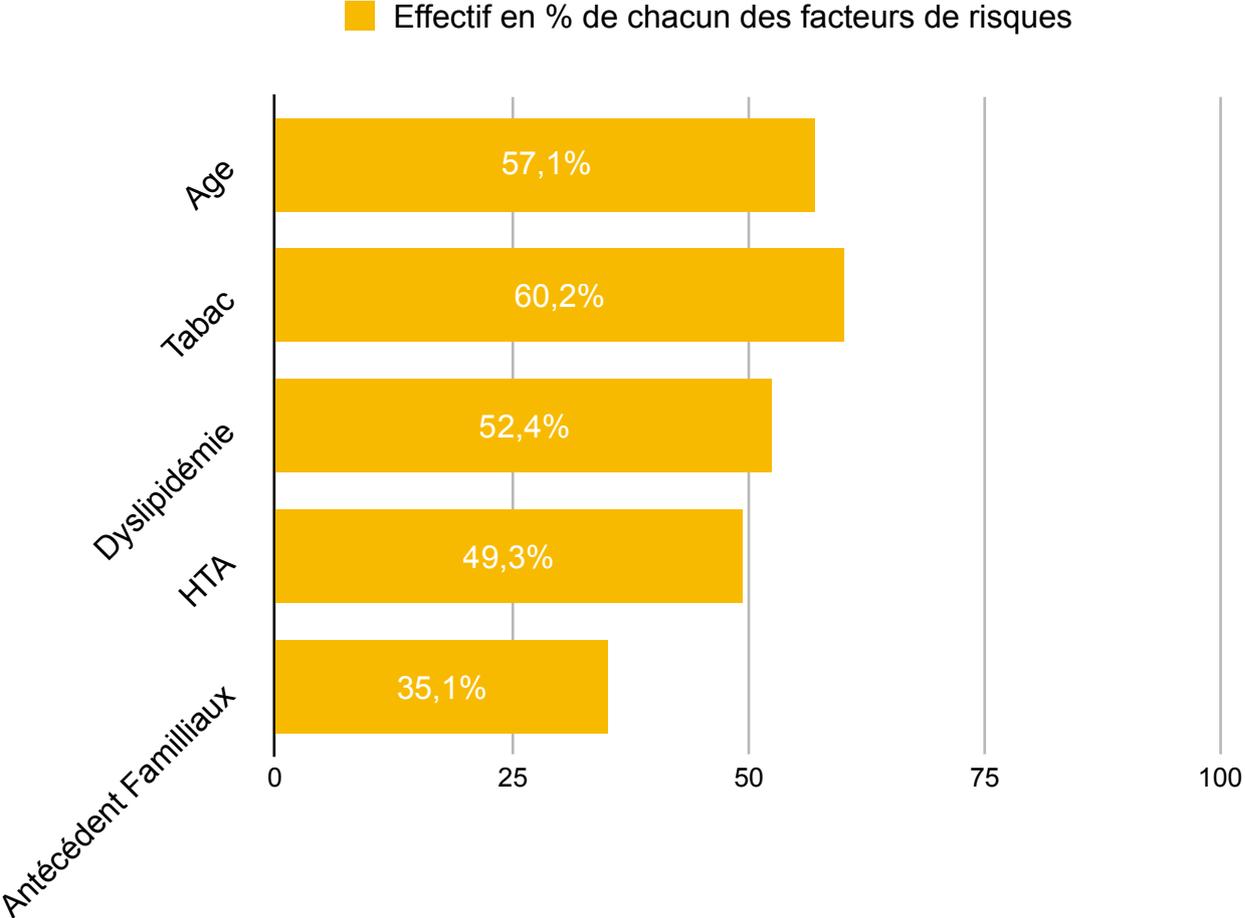
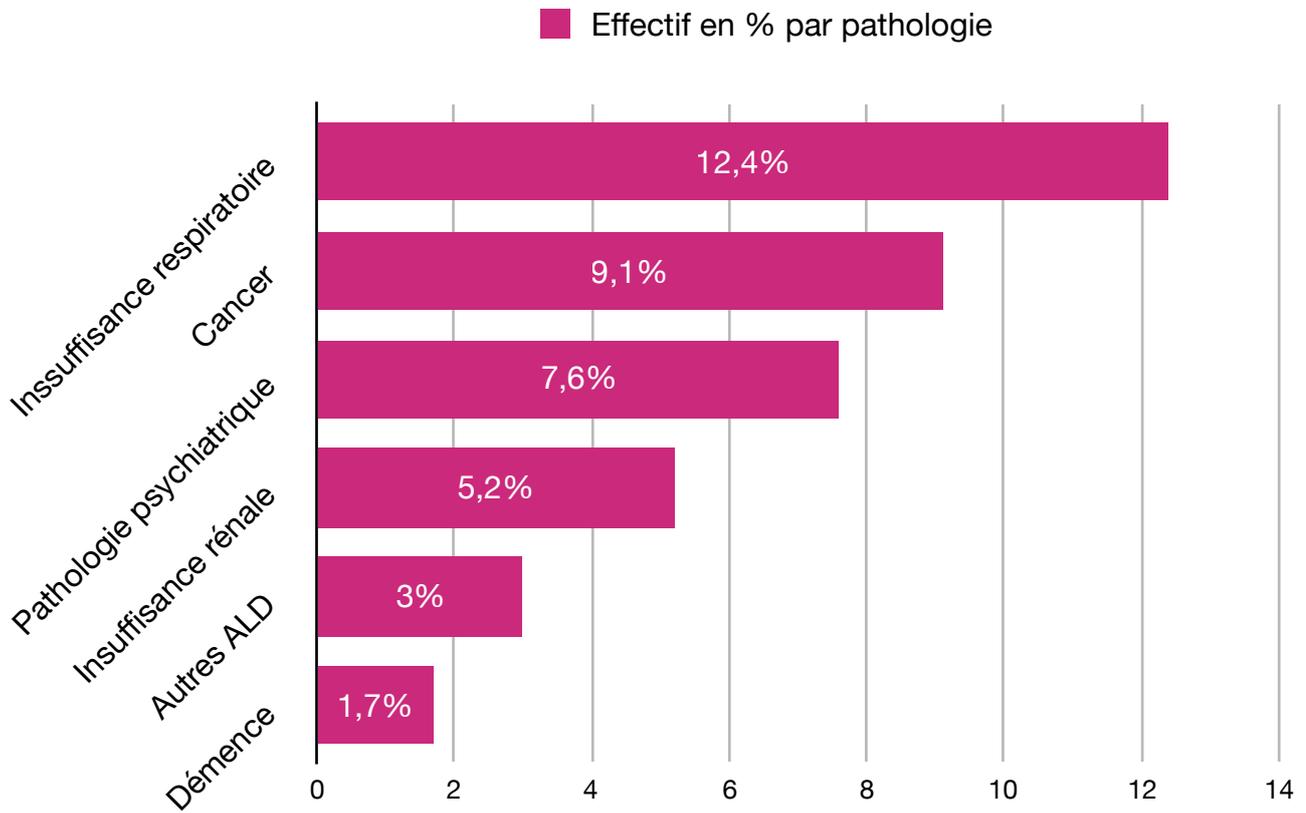


Figure 5 : Antécédent personnelle (selon les principale ALD hors cardiopathie, diabète et HTA).



B. INFORMATION

La recherche active sur la maladie, les traitements ou les soins concerne 58,3 % soit 120 patients mais nous remarquons que 66,5 % soit 137 patients disent avoir reçu une information sur le sujet au cours des 6 derniers mois en dehors de la consultation.

Parmi les patients polymédiqués 63,3 % sont informés soit un effectif de 48 patients.

Parmi les patients naïfs de traitement 67,3 % sont informés soit un effectif de patients de 33 patients

Le media privilégié était : Figure 6

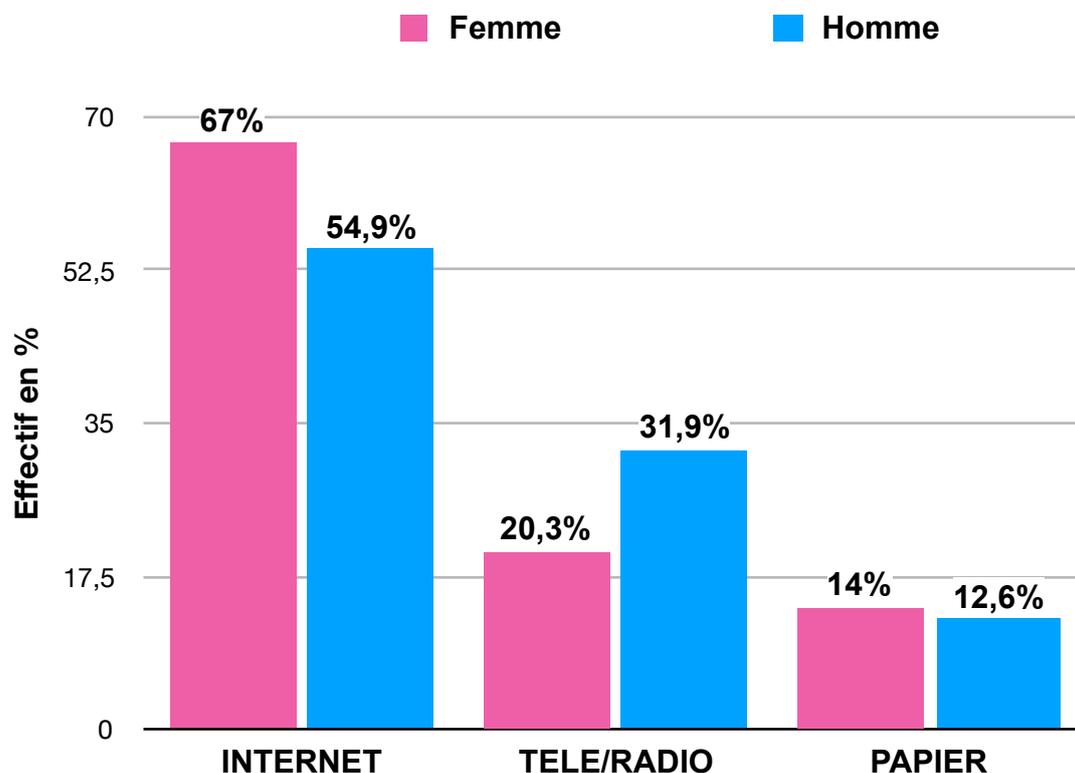


Figure 6 : Effectif en pourcentage dans la population globale de patients inclus selon le média privilégié

L'origine incertaine de l'information concerne 3% des patients.

AGE / MEDIAS	Internet / Réseaux sociaux	TELEVISION / RADIO	AUTRES MEDIAS
moins de 45 ans	74,7 %	16,3 %	9 %
45 - 65 ans	64,2 %	24 %	12,5 %
Plus de 65 ans	48 %	35 %	17 %
Tous	58,4 %	28,6 %	13 %

Tableau 4 : source d'information selon les groupes d'âge. (n=206)

La recherche active d'information portent sur la maladie dans 67,3% des cas et sur 34% des cas sur les traitements.

Parmi les patients ayant reçu une information elle portait principalement :

- sur les médicaments à 48%
- sur la maladie à 36 %,
- sans distinction à 16 %
- sur d'autres éléments de la thérapeutique ou des soins à 3%

Les patients sont 41 % à répondre savoir identifié un site internet de qualité.

La connaissance du label HON (Annexe 3) est connu de 26% des patients , dans le groupe informé le taux est de 26,8 % il est de 24,9 % dans le groupe non informé , la différence n'est pas significative.

Le label est mieux connu des patients privilégiant l'internet le taux est alors de 34% .

Pour 63,2 % des patients la perception de l'information qu'ils reçoivent est négative.

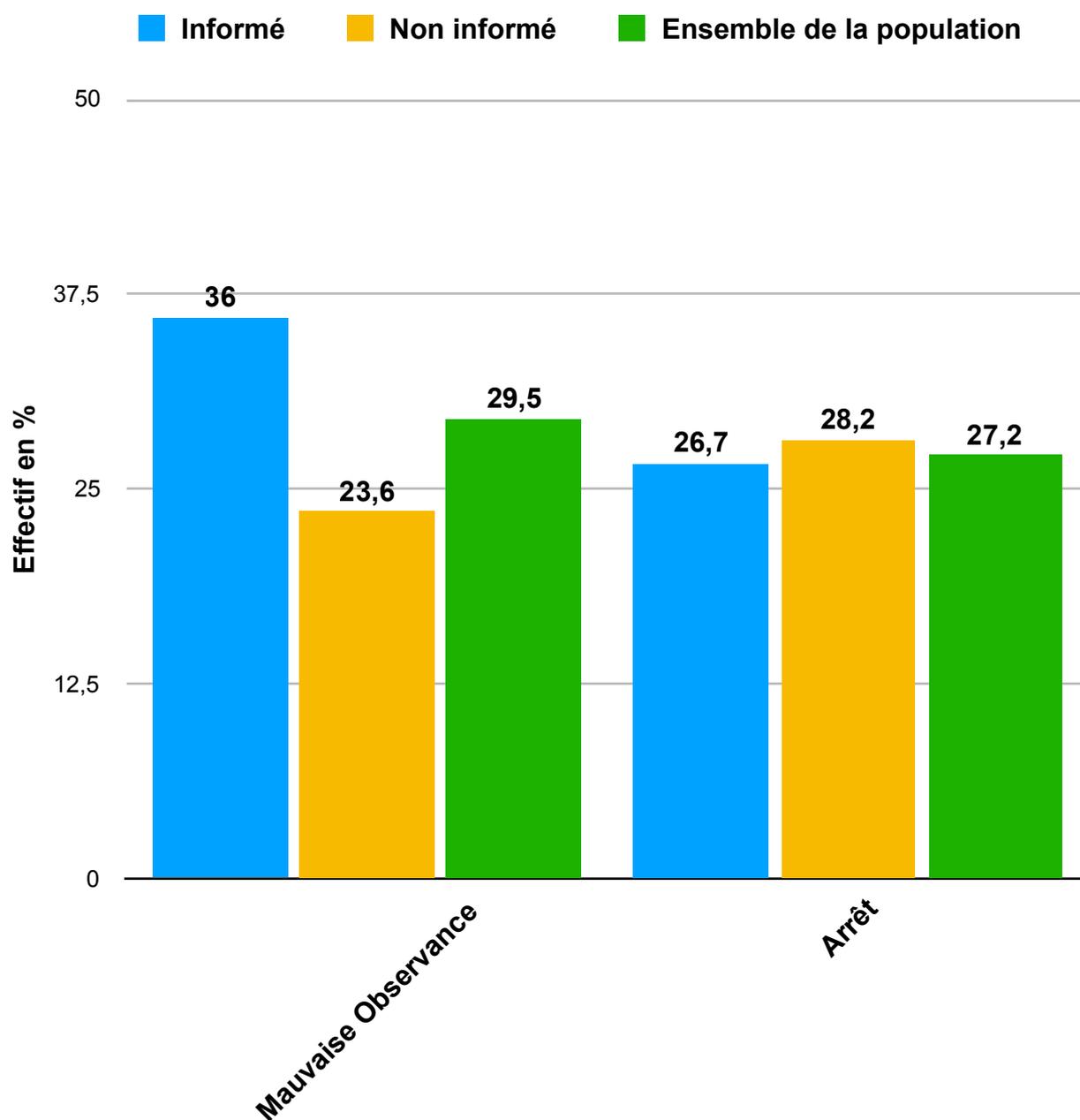
(OR=15,3 IC95 : 7 - 33 p<0,05)

Il est neutre pour 27,1 % des patients.

Le niveau de confiance à l'information reçu est de 74% en moyenne tout groupe d'âge confondu et tout support d'information.

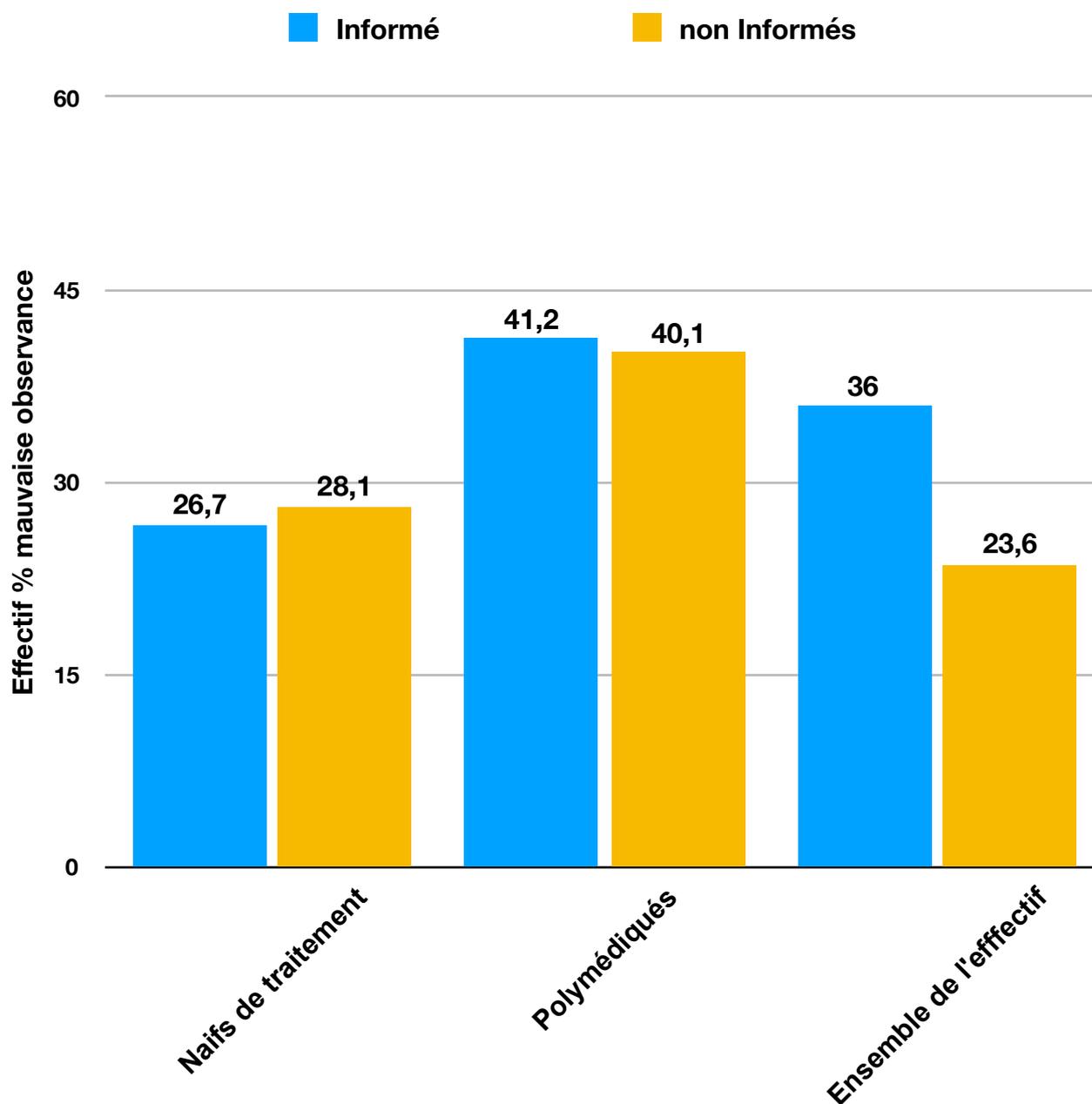
C. CONSEQUENCES

La figure 7 : Effectif de la mauvaise observance et de l'arrêt comparé entre groupe informé et non informé. (n=206)



La différence de mauvaise observance est significative uniquement si l'on considère la totalité de l'effectif (OR=1,88 IC95 : 1,12 - 3,49 p<0,05)

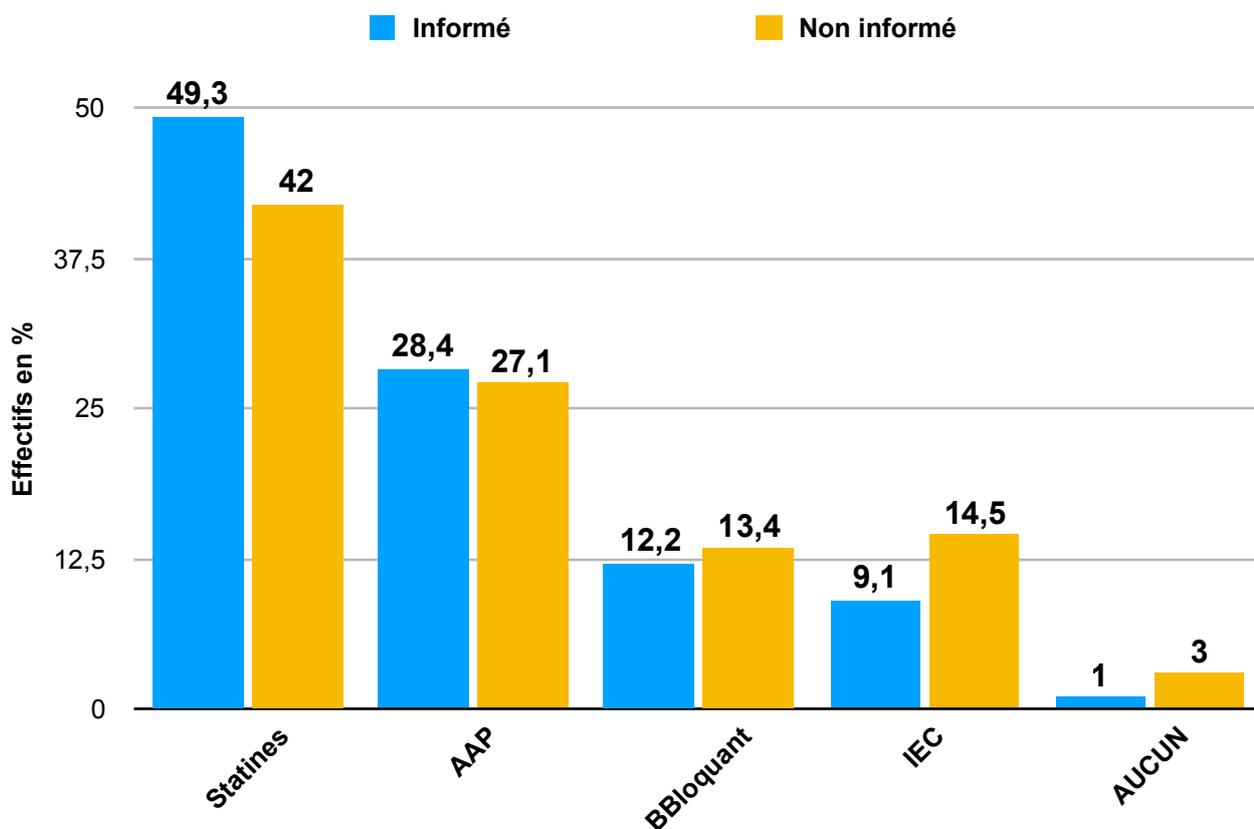
Figure 8 : Effectif de la mauvaise observance comparé, des sous-groupes de patients polymédiqué et de patients naïfs de traitement, selon le niveau d'information. (n polymédiqué=76 ; n naïf= 49).



La mauvaise observance n'est statistiquement pas différente pour chacun des sous groupes respectifs polymédiqués et naïfs de traitement informé ou non ($p > 0,05$)

Pour 38% des patients l'information médicale a contribué à leur adaptation thérapeutique

Figure 9: Premier médicament BASIc cité par les patients comparé entre le groupe informé et non informé



Il n'apparaît pas de différence significative entre les groupes informés et non informés,

Les patients échangent à 87% avec leur médecin des inquiétudes qu'ils avaient.

88,1% pour les patients informés contre 86,3% chez les non informés (OR= 1,19 IC95 0,52 - 2,72 $p>0,05$) la différence n'est pas significative.

Pour 34% des patients les réponses ou les éléments d'éducation de leur médecin ne sont pas satisfaisant ce taux est de 41,1 % chez les patients informés 20,1 % dans le groupe non informé. OR=2,78 IC95 1,48-5,23 $p<0,05$)

A la question de l'indépendance de leur médecin 51,4 % des patients considérant leur médecin indépendant dans le détail 48,4% des patients informés et 55,8% des patients non informés. (OR= 0,73 IC95: 0,42 - 1,27 $p>0,05$) , la différence n'est pas significative .

Figure 10 : Sujet principale d'inquiétude des patients

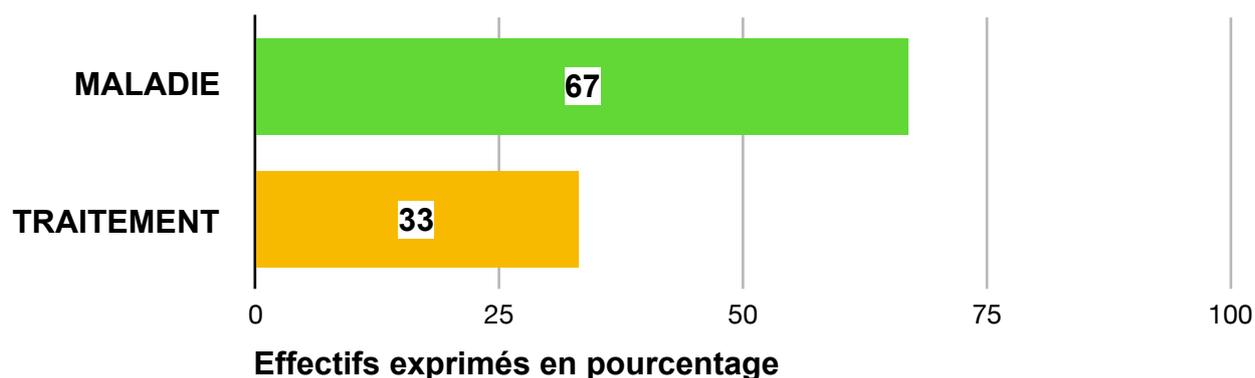


Figure 11: Effectifs selon chacun des aspects du vécu de la maladie pour les sous groupe de patients polymédiqués et et le sous-groupe de patients naïfs de traitement à visé CV avant l'événement actuel.

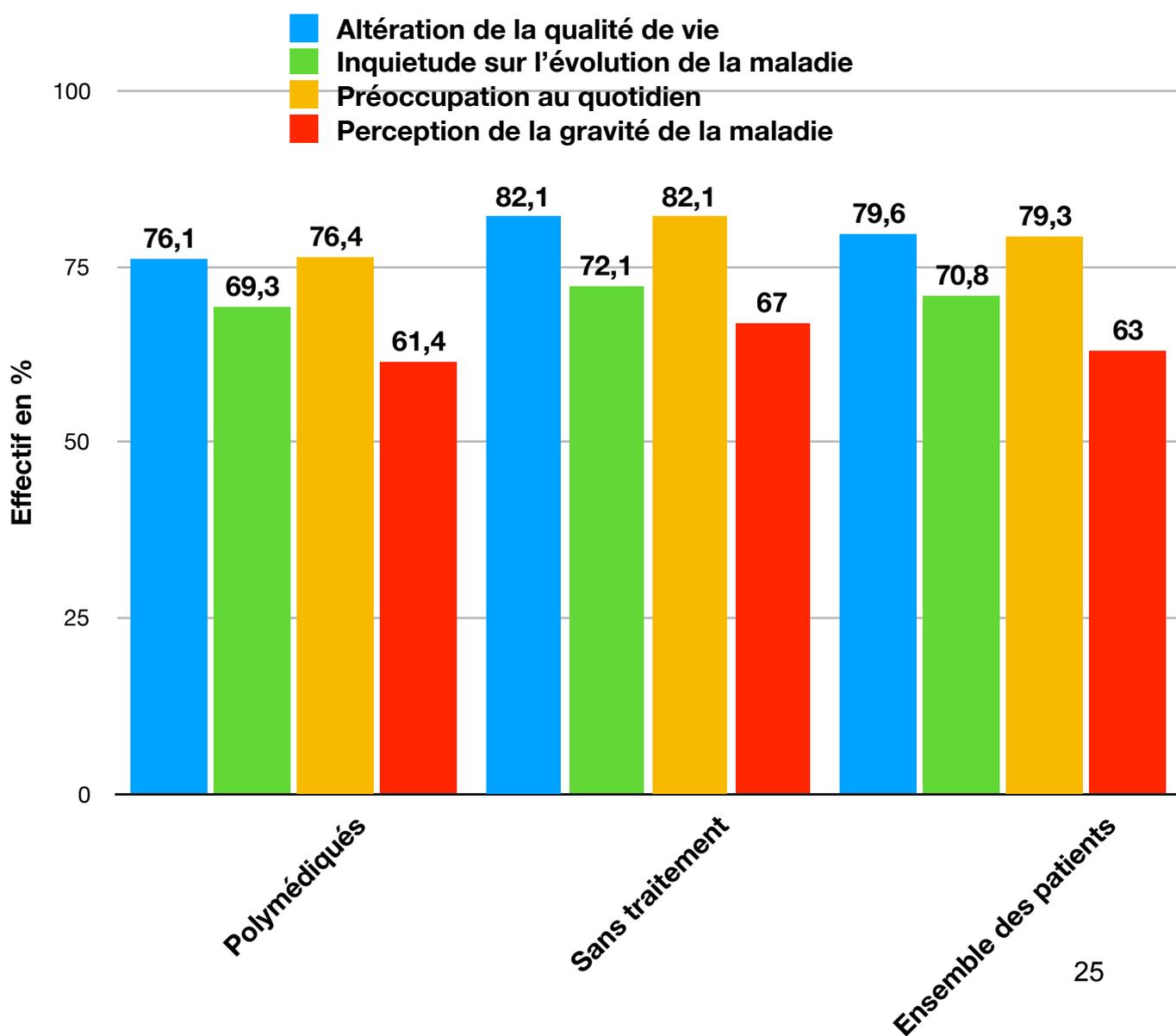
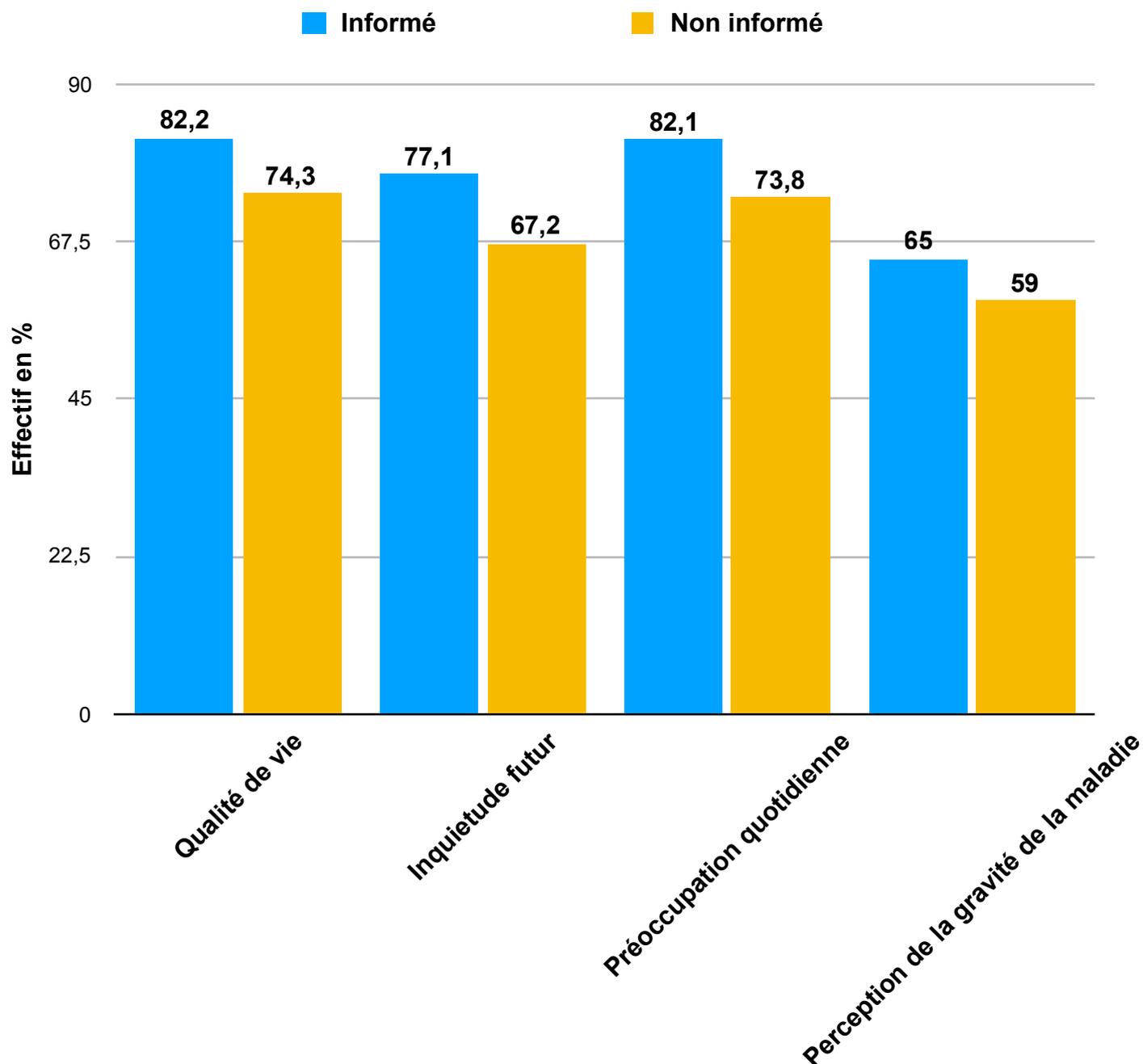


Figure 12 : Effectifs selon chacun des aspects du vécu pour les sous groupe informé et non informé.



La seule différence significative porte sur l'inquiétude vis à vis de l'évolution de la maladie entre le groupe informé et non informé pour l'ensemble de la population inclus (OR=1,83 IC95: 1,13-3,66 p<0,05).

Quel que soit le niveau de médication antérieure l'information ne modifie pas de façon significative le vécu.

DISCUSSION

NOTRE ETUDE

Notre observons dans notre étude que l'information a des conséquences délétères dans l'ensemble des trois dimensions : le traitement , le vécu de la maladie et le rapport au soignant. Cependant, nous observons des nuances selon les sous groupes considérés.

LA POPULATION

Nous considérons la population de l'étude statistiquement représentative concernant le sexe et l'âge .

Du point du vue de l'âge, la répartition suit une distribution normale. Les médianes d'âge sont comparables au population des études et aux statistiques connues selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de mars 2011 ³⁰, 64,5 ans pour les hommes et 75,5 ans pour les femmes. Dans notre population de patients inclus, l'âge est de 75,2 pour les femmes (IC: 73,3 - 77,1 $p < 0,05$) et 63,8 ans pour les hommes (IC95: 62,1 - 64,7 $p < 0,05$).

Le choix d'exclure des patients ayant déjà un antécédent coronarien et qui seraient donc déjà sous BASIC, apporte un rajeunissement des patients sans différence significative.

Dans l'étude EOLE³¹ basée également sur un questionnaire, l'âge moyen des répondants est de 63 ans composé: à 22% de femme , la proportion de femme inclus dans notre étude et de 33,9% ;ce dernier pourcentage est plus proche des données épidémiologiques d'une étude de l'INVS en 2013 où les femmes représentent 31,6% des hospitalisations.

Nous remarquons une différence entre la population de patients inclus et la population-source concernant les antécédents médicaux s'appuyant sur les 5 ALD les plus fréquentes. Nous retrouvons l'insuffisance respiratoire chronique et l'insuffisance rénale parmi ces ALD ; pouvant entraîner une contre-indication relative ou absolue au traitement BASIC complet ; d'où leur représentation inférieure à celle de la population-source. Une étude réalisée suite au chaînage des données du PMSI avec les données de remboursement de l'assurance maladie chez les patients qui

sortent d'hospitalisation suite à un IDM, a montré une diminution significative de la prescription du traitement BASIC chez les patients atteints de pathologies respiratoires obstructives ³².

Cette différence est significative pour ces deux pathologies. Cela est sans doute dû à notre choix de ne retenir que les patients qui se voient prescrire le traitement BASIC complet.

Ce choix de retenir les patients n'ayant pas de traitement BASIC, repose sur la volonté d'apporter une datation de l'information. Cette sélection n'aura pas été suffisante pour discriminer les conséquences immédiates et à moyen terme.

Le caractère unicentrique de l'étude ne pose selon nous, pas de problème de représentativité de l'activité par rapport aux services de cardiologie interventionnels hors CHU . Cependant là où le caractère unicentrique peut être vecteur de biais, c'est sur la qualité de l'information hospitalière initiale du patient. La qualité de cette information n'ayant pas pu être évaluée dans le cadre de cette étude.

INFORMATION

Nous avons dans un premier temps voulu observer le rapport des patients à l'information.

L'information hors cabinet médicale a pour principale vecteur l'internet nous voyons que cela est vrai pour toutes les classes d'âge. Il n'y a pas de différence significative entre homme et femme concernant le support de média consulté.

La recherche active sur la maladie concerne 58,3% des patients c'est une valeur que nous considérons comme élevée si nous la rapprochons de la proportion patient utilisant l'internet soit 58,4% de l'effectif, car nous pensons que l'internet est le seul média permettant d'effectuer des recherches, tout du moins les autres moyens sont sans doute très peu employés.

L'information porte à 48% sur les médicaments, mais les inquiétudes pour les patients portent à 67% sur la maladie pour l'ensemble de la population. Nous voyons cela comme un déséquilibre de l'information ; les patients ne sachant pas rechercher les informations voulues . Nous voyons dans la revue de littérature de l'HAS « les patients internautes » que déjà en 2007, les patients utilisent pour 60% d'entre eux,

un moteur de recherche. Ce dernier met en avant des sites d'informations pas nécessairement les plus pertinents. Dans plus de 90% des recherches Wikipédia apparait comme premier résultat (il s'agit d'un média social sous forme d'encyclopédie).

La maladie coronarienne (regroupant angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, cardiopathie ischémique chronique) est la 3ème ALD en 2016 en France, mais seulement la 78ème maladie recherchée en 2017 en France sur le principal moteur de recherche (au même rang que le SIDA ou le vitiligo) ³³⁻³⁴.

Si, nous nous intéressons à la confiance des patients dans les médias, nous remarquons une valeur élevée de 74%, dans cette étude du CNOM ¹ il s'agit du même taux concernant l'internet en 2010.

Cependant, les critères de qualité comme le rappel l'HAS (annexe3) concernant les sites internet d'information de la santé dont le label HON ne sont connus que de 26% des patients inclus et seulement de 38% des internautes ³⁵. Nous opposons ces valeurs à la part de patient considérant connaître les critères de qualité des sites d'information médicale qui elle est de 41%. Notre étude ne nous permet pas d'identifier les critères de qualité de l'information pour les patients.

La perception qu'a les patients de l'information reçue est négative pour 63%. Nous pensons que cela peut-être dû au fait que les recherches portent à 67% sur la maladie s'agissant d'une maladie chronique souvent liée à des comorbidités (figure 4).

Une particularité, les femmes sont significativement plus informées.. Cependant, ces dernières ne représentant que le tiers de l'effectif, nous pensons que cela n'affecte pas de manière significative les résultats à l'échelle de la population globale de l'étude.

L'étude de L'HAS en 2007 et celle de 2010 pour le CNOM, dressent le profil du patient internaute « une femme jeune de classe socio-professionnelle supérieure ».

Dans notre étude l'âge de la population est défini par la pathologie: les catégories socio-professionnelles sont trop dispersées pour la constitution de sous groupe, le profil du patient internaute n'est pas aussi précis ¹.

Si l'on considère les deux sous groupe d'âge, que sont les moins de 65 ans et les plus de 65 ans, il est intéressant de constater que les deux groupes sont informés en proportion égale. Une des différence notable est le vecteur de l'information.

L'internet est le média privilégié par les deux groupes de patients mais les patients plus âgés sont également informés par la télévision ou la radio (tableau 3) ce qui pour nous fait une différence quant à la disponibilité de l'information et sa datation dans ce type d'étude rétrospective, sans que cela soit suffisant pour discriminer les conséquences immédiates et à moyen terme.

TRAITEMENT/OBSERVANCE

La population des patients-inclus est comparable du point de vue des traitements avant l'événement cardiovasculaire actuel (Tableau 1) à la population source.

Le traitement le plus prescrit avant l'événement cardiovasculaire actuel est l'acide acétylsalicylique (sous forme de KARDEGIC 75 mg). Selon le rapport publique de l'ANSM de 2014 il s'agit du 4ème médicament le plus prescrit toute indication confondue, en France. Dans les études TRITON en 2009 et EOLE en 2013, le médicament le plus prescrit au patient avant l'événement cardiovasculaire est aussi l'acétylsalicylique ³⁶.

Nous n'avons pas considéré les facteurs de risque pour établir de sous groupe comme nous le voyons dans cette étude basée sur les registres de l'assurance maladie: le diabète par exemple ne modifie pas l'observance au traitement BASIC ³⁷. Nous avons privilégié le versant thérapeutique en discriminant un sous groupe de patients polymédiqués.

La sincérité des réponses peut être discutée notamment concernant l'observance. Cependant nous avons beaucoup réfléchi en construisant le questionnaire à ne pas culpabiliser le patient .

Notre étude montre que la mauvaise observance est supérieure dans le groupe informé 36% contre 23,6% dans le groupe non informé (OR=1,88; IC95 : 1,12 - 3,49; $p<0,05$).

Concernant l'arrêt, l'information n'entraîne pas d'augmentation.

Nous montrons une dissociation entre observance et arrêt.

Nous pensons en effet que la mauvaise observance est par définition du seul fait des patients. L'arrêt lui, peut-être concerté avec le médecin ; dans ce cas l'information ne semble pas influencer cette décision. Nous pensons que même s'il y a une dissociation entre observance et arrêt thérapeutique il faut considérer que si le patient est à l'origine de l'adaptation thérapeutique les conséquences cliniques sont similaires et sans doute délétères.

En 2016, des pharmaco-épidémiologistes de l'INSERM à Bordeaux publiaient une étude basée sur les registres de l'assurance maladie et sur les Archives of Cardiovascular Disease. Ces derniers montrent une diminution de la prescription de statines en France suite à la polémique sur les statines en 2013. Nous voyons que la responsabilité de l'arrêt est partagé entre le patient et le médecin prescripteur.

Une observation du sous-groupe de patients naïfs de traitement, avant l'événement cardiovasculaire, nous montre la meilleure observance de la population de patients-inclus, l'information ne modifiant pas l'observance. Nous pensons qu'il peut s'agir de l'aspect brutal de l'événement cardiovasculaire vécu comme un choc dans une population de patient qui ne vit habituellement pas avec la maladie et subissant un processus d'intégration comme défini dans le modèle de Lacroix et Barrier la réaction du patient à l'annonce d'une maladie chronique (annexe 4). Les premières phases qui suivent l'annonce de la maladie sont passives et peuvent dépasser 6 mois, qui est la limite de durée de l'étude³⁸.

Nous remarquons tout de même que les patients naïfs de traitements sont plus jeunes dans notre étude 53,1 ans mais la différence n'est pas significative (IC95: 50,1 - 56,4 $p>0,05$), selon une étude basée sur les registres de données de l'assurance maladie présentés au congrès 2014 de La SFC, le taux d'inobservance chez les patients de moins de 45 ans post IDM est de 25% contre 27,4 ans dans notre étude (IC95: 26,2 - 28,3 $p>0,05$). Ce décalage est sans doute explicable par le fait que la mauvaise observance augmente avec l'âge³⁷.

Il nous semble important de préciser que l'observance ne signifie pas l'adhérence au traitement tel que défini dans deux études de 2005 et 2010 publiées dans le *New England Journal of Medicine* qui placent l'adhérence au traitement comme le facteur majeur menant à l'observance³⁹⁻⁴⁰.

Le sous groupe de patients polymédiqués a lui, le plus haut taux de mauvaise observance. Elle concerne 40,3% des patients, l'information ne modifie pas là encore le taux d'inobservance. Nous voyons au travers de ces études issues de la littérature que l'âge est un facteur de risque de polymédication ²⁹⁻⁴². Dans notre étude, le risque d'être polymédiqué est 4,7 fois plus important pour les patients âgés de plus de 65 ans.

Les patients polymédiqués sont plus âgés , l'âge médian est de 73,4 ans. L'étude basée sur les registres de données de la sécurité sociale montrent une baisse de l'observance avec l'âge : cela est concordant avec les chiffres de notre étude ³⁷.

Une question porte sur le lien fait par les patients entre l'information et la mauvaise observance ou l'arrêt d'au moins un traitement , pour 38% des patients l'information en est une des causes. Cela nous apparaît élevé si l'on s'en réfère à nouveau aux facteurs connus de l'inobservance. Les médias ne sont pas cités ou n'apparaissent pas comme un facteur majeur d'inobservance comme par exemple pour les statines, nous voyons qu'il s'agit d'un élément mis en évidence: l'information semble bien responsable de la mauvaise observance mais la méthodologie de ces études ne permettent pas de définir la puissance de cette participation ce qui est le biais principale de ces études ⁴⁷⁻⁴⁸. De plus, selon un rapport de l'académie de médecine de 2015, les éléments principaux de l'inobservance sont plus souvent : la contrainte (horaire etc) pouvant entrainer une lassitude, l'absence d'efficacité immédiate perceptible et le coût.

VECU DE LA MALADIE

Nous concluons que le vécu est peu modifié par l'information sauf concernant l'évolution future de la maladie.

Le vécu de la maladie est dépendant de la gravité de celle-ci. Nous nous intéressons à la perception de la gravité que les patients ont de leur maladie. Nous voyons que l'information ne change pas cette perception .

Il en va de même pour ce qui est de leur préoccupation au quotidien.

Mais lorsque nous nous intéressons à l'évolution future de la maladie les patients sont à 70,8% inquiets. Chez les patients informés, ce taux atteint 78% ce qui

constitue une différence significative . Dans ce cas précis, nous ne savons pas dire s'il s'agit d'un effet négatif même si l'on définirait plutôt cela comme un facteur anxiogène.

Nous nous reportons alors au ressenti, quant à la qualité de vie, elle est altérée par la maladie ou les traitements pour 82,2% des patients. Mais là encore, l'information ne modifie pas ce taux de façon significative.

RELATION AU SOIGNANT

Nous voyons que 87% des patients échangent avec leur médecin sur les sujets de l'actualité médicale. C'est un élément rassurant. Mais, nous y opposons la satisfaction vis à vis des réponses apportées par leur médecin.

Dans l'ensemble de la population, 34% des patients ne sont pas satisfaits. Nous jugeons cela comme une valeur faible. Dans le détail, notre étude révèle une différence significative entre le groupe informé où 41 % des patients ne sont pas satisfaits des réponses de leur médecin alors qu'ils ne sont que 20 % dans le groupe non informé. Cette différence est significative, notre étude ne permet pas d'expliquer cette différence mais nous pensons qu'une des difficultés est d'apporter dans le temps de la consultation des réponses adaptées avec un argumentaire étayé et développé par un patient informé.

Dans la population globale 51,4% des patients pensent que leur médecin est indépendant. L'information ne modifie pas cette perception de façon statistiquement significative.

L'indépendance des médecins est donc un questionnement pour les patients et les médecins comme par exemple nous le voyons au travers d'un rapport de la commission nationale permanente du conseil de l'ordre national ⁴² ainsi que l'HAS qui a dû retirer des recommandations (parues en 2017 sur le traitement des dyslipidémie) attendues depuis 2005 suite à de possible conflits d'intérêts, cela est précédé par le retrait des recommandations sur la maladie d'Alzheimer. Il n'est pas certain que cela n'aggrave pas le déficit de confiance des patients.

Si pour le soignant les choix faits sont considérés comme les plus bénéfiques au patient, les médias apparaissent comme un acteur de santé très polymorphe auquel

le patient accorde beaucoup de crédit et qui interfèrent sans doute dans la relation médecin-malade. Cette interférence a dans notre étude une portée sans doute négative mais ils y d'autres exemples dans la littérature où cela est positif , ainsi cette étude sur les patients séropositifs⁴⁹. Nous voyons que l'information hors cabinet a été un relais médiatique de thérapeutique innovante pouvant redonner confiance à certains patients et les poussant à renouer avec les soins.

QUESTION D'EXTRAPOLATION

L'étude est basée sur un seul facteur: l'information dont on recherche l'exposition et ses conséquences de façon rétrospective : la datation. Selon la source de l'information apparaît difficile, elle pourrait être antérieure au début de l'étude. Par ailleurs tout au long de l'étude nous étions dans la crainte d'une nouvelle polémique pouvant apporter un biais de perception entre premier et dernier patient. La seule façon d'éviter ce biais aurait été de réduire la période d'étude et donc de la rendre multicentrique. Dans ce contexte, il nous est apparu impossible de différencier strictement conséquences immédiates et moyen terme.

Pour aller plus loin, une étude de basée sur l'étude EOLE s'est intéressée au taux de mortalité à 6 ans des patients selon s'il ont ou non répondu au questionnaire de l'étude. Ils concluent à une mortalité supérieure dans le groupe non répondeur. (HR=3,2) ⁴³.

Nous pensons, que malgré les limites évoquées, l'étude permet de conclure à un impact de l'information médicale hors cabinet extrapolable à une population de patients coronariens plus vaste notamment ceux étant déjà sous traitement BASIC avant l'événement cardiovasculaire actuel.

La question de l'extrapolation à d'autres pathologies chroniques peut se poser. Nous pouvons sans doute considérer que le rapport au soignant serait assez similaire mais on voit par exemple que le rapport à l'information paraît lui trop dépendant de l'âge des patients, de même que le vécu et l'inquiétude vis à vis de la maladie qui sont à rapprocher de la gravité et la soudaineté de la pathologie coronarienne.

V. CONCLUSION

L'étude révèle un impact de l'information, reçue en dehors de la consultation, sur les trois dimensions que sont la thérapeutique ou les soins, le vécu de la maladie et le rapport au soignant. Les effets observés sont, à l'échelle de la population globale de l'étude, délétères pour chacune des dimensions.

Nous révélons une mauvaise observance significative, dans le groupe informé pour 36% des patients alors qu'il ne concerne que 24% des patients dans le groupe non informé (OR 1,78 IC95 : 1,1-3,29 p<0,05).

L'information reçue est perçue comme étant négative par 63% des patients, sans qu'ils pensent que cela ait un impact sur le vécu de leur maladie. Nous pensons que la moins bonne observance dans le groupe le plus informé peut, à terme, avoir des conséquences notamment sur le plan fonctionnel et donc sur le vécu de la maladie. Cette information a un effet jugé « anxiogène » par 78,1% des patients du groupe informé contre 62,7% des patients dans le groupe non informé.(OR 4,24 IC95: 1,13-3,66 p<0,05)

Le sous groupe des patients « naïfs » de traitement à visé cardiologique, avant l'événement cardiovasculaire, fait exception. Dans ce sous-groupe plus jeune, l'information ne modifie pas l'observance, qui est la meilleure de l'échantillon, au cours des 6 premiers mois de traitement BASIC (OR 0,95 IC95 0,52-1,62 p>0,05). Nous pensons qu'il serait intéressant de mesurer l'adhérence aux traitements .

La confiance des patients dans l'information est de 74% quelque soit le media dont elle est issue. Pour l'internet, premier média consulté, les critères permettant de déterminer les sites de confiance de l'information sur la santé ne sont connus que par 34% des patients internautes.

Alors que 87 % des patients prennent l'avis de leur médecin concernant les informations reçues pour 41,2 % dans le groupe informé les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes alors qu'il n'est que de 21,3% dans le groupe non informé (OR=2,78 IC95 1,48-5,23 p<0,05) cette différence est significative.

L'information hors cabinet médical est disponible en permanence, il peut alors y avoir un délai long entre la réception de l'information et la consultation médicale.

Le médecin doit apprendre à répondre aux questions du patient qui est surinformé mais pas forcément bien informé. Il semble important d'éduquer les patients à la recherche d'information et aux critères de fiabilité et de pertinence de l'information médicale.

médicale

**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HOPITAL NORD**

13015 MARSEILLE CEDEX 20
SERVICE DE CARDIOLOGIE
Professeur Franck PAGANELLI

Tél. : 04 91 96 86 83
FINISS 13 07 86 04 9

Orlé et approuvé.

10/22/2018



BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des médecins. Relation médecin-patient-Internet <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d'internet-la-relation-medecins-patients-982> . 2010 fev 4
2. Bauters C et coll. : Prognosis of Patients With Stable Coronary Artery Disease (from the CORONOR Study). *Am J Cardiol.*, 2014; 113: 1142-1145.
3. Goldberger JJ, Bonow RO, Cuffe M, Liu L, Rosenberg Y, Shah PK, et al. Effect of Beta-Blocker Dose on Survival After Acute Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2015 Sep 29;66(13):1431–41.
4. Andersson C, Shilane D, Go AS, Chang TI, Kazi D, Solomon MD, et al. Beta-Blocker Therapy and Cardiac Events Among Patients With Newly Diagnosed Coronary Heart Disease. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Jul 22;64(3):247–52.
5. Bangalore S, Steg G, Deedwania P, Crowley K, Eagle KA, Goto S, et al. β -Blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. *JAMA.* 2012 Oct 3;308(13):1340–9.
6. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet Lond Engl.* 2009 May 30;373(9678):1849–60
7. Mehta SR, Yusuf S, Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) Study Investigators. The Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) trial programme; rationale, design and baseline characteristics including a meta-analysis of the effects of thienopyridines in vascular disease. *Eur Heart J.* 2000 Dec;21(24):2033–41.
8. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, Cannon CP, Emanuelsson H, Held C, et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N. Engl. J. Med.* [en ligne] 2009 ; 361 (11) : 1045-1057. <<https://www-nejm-org.docadis.ups-tlse.fr/doi/full/10.1056/NEJMoa0904327>> (consulté le 23/05/2017)

9. Montalescot G, Wiviott SD, Braunwald E, Murphy SA, Gibson CM, McCabe CH, et al. Prasugrel compared with clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction (TRITON-TIMI 38): double-blind, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2009 Feb 28;373(9665):723–31.
10. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R, et al. Intensive versus Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med.* 2004 avril;350(15):1495–504.
11. Vital Durand D. Statines : des informations disponibles à la prescription courante.... *Rev Médecine Interne.* 2014 Mar;35(3):151–3.
12. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet Lond Engl.* 1994 Nov 19;344(8934):1383–9.
13. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2002 Jul 6;360(9326):7–22.
14. Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med.* 1998 05;339(19):1349–57.
15. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW, et al. Prevention of Coronary Heart Disease with Pravastatin in Men with Hypercholesterolemia. *N Engl J Med.* 1995 Nov 16;333(20):1301–8.
16. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J [en ligne].* 2017; 00 : 1-66. <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/doi/10.1093/>

eurheartj/ehx393/4095042/2 017-ESC-Guidelines-for-the-management-of-acute>
(consulté le 18/09/2017)

17. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med*. 1996 Oct 3;335(14):1001–9
18. HAS. Guide du parcours de soin maladie coronarienne stable [en ligne]. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_maladie_coronarienne_version_web_.pdf> (consulté le 22/05/2017)
19. Dagenais GR, Pogue J, Fox K, Simoons ML, Yusuf S. Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials. *Lancet Lond Engl*. 2006 Aug 12;368(9535):581– 8.
20. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2000 20;342(3):145–53.
21. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *The Lancet*. 2003 Sep 6;362(9386):782–8
22. Braunwald E, Domanski MJ, Fowler SE, Geller NL, Gersh BJ, Hsia J, et al. Angiotensin- converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2004 Nov 11;351(20):2058–68.
23. Even P, Debré B. Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Le cherche midi; 2012
24. Steg PG et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis; *JAMA* 2007; 297: 1197-206.
25. Stone GW, et al. A prospective natural-history study of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2011;364(3):226-35.

26. Astier A, Blanchet F, Brouard A, Chambrin PY, Delmas JL et al. Rapport de l'académie de pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France. 2015 mars.
27. Fulton M.M. et Allen E.R. (2005). "Polypharmacy in the elderly: a literature review." J Am Acad.Nurse • Pract 17 (4):123-132.
28. Hajjar E.R., Cafiero A.C. et Hanlon J.T. (2007). "Polypharmacy in elderly patients." Am J Geriatr. Pharmacother. 5 (4):345-351
29. Monégat M., Sermet C., Perronnin M. «La polymédication : définitions, mesures et enjeux Revue de la littérature et tests de mesure».QS.204.décembre 2014. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
30. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jougla E. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(22):249-55
31. Droz C, Dureau C, Thomas D, Danchin N, Tricoire J, Benichou J, Paillard F, Hercberg S, Sibon I, Rouanet F, Rambelomanana S, Maizi H, Bernard MA, Blin P, Moore N.Value Health. 2014 Nov;17(7):A476. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.1366. Epub 2014 Oct 26.
32. Tuppin P, Neumann A, Danchin N, Weill A, Ricordeau P, de Peretti C, et al. Chaînage des données du PMSI avec les données de remboursement de l'assurance-maladie : exemple de l'analyse de la prévention secondaire après un infarctus du myocarde. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2009 Oct;57:S87.
33. Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Actes et prestations. Affections de longue durée. HAS; 2016.http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_maladie_coronarienne.pdf
34. Google keywords planner trend; Infarctus du myocarde; 2017 fev-2018 fev. <https://trends.google.fr/trends/explore>
35. Haute Autorité de Santé Bonnes pratiques et criteres de qualite des revues et journaux de la presse medicale francaise. HAS; 2013.<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/>

36. De Peretti C, Chin F, Tuppin P, Danchin D. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002–2008. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(41):459-65.
37. Danchin N, La maladie coronaire, session commune caisse nationale d'assurance maladie/SFC : les bases de données de l'assurance maladie : une mine d'or ? », congrès SFC 2014, 16 janvier 2014
38. Labonté R et Desbordes C. Rien n'est permanent sauf le changement. http://www.mastership.fr/news_management_changement.htm (consulté le 11/04/18)
39. Osterberg L, Blaschke T.— Adherence to medication. N Engl J Med, 2005, 353, 487-497.
40. Cutler DM, Everett W.— Thinking outside the pillbox – Medication adherence as a priority for health care reform. N Engl J Med, 2010, 362, 1553-1555.
41. Cahir C., Fahey T., Teeling M., Teljeur C., Feely J. et Bennett K. (2010). "Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study." Br J Clin Pharmacol• 69 (5):543-552
42. Biencourt M, Bouet P. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2010. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Indépendance_décision_médicale.pdf.
43. Guize L, Thomas D, Danchin N, Paillard F, Tricoire J, Hercberg S, Bénichou J. Cohorte EOLE en post-infarctus du myocarde : impact de la non-réponse aux questionnaires de suivi attendus sur le risque de mortalité à 6 ans. 8ème Colloque Données de Santé en vie réelle.2016 juin
44. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, Honarpour N, Wiviott SD, Murphy SA, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017 04;376(18):1713–22.
45. Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M et coll. Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the

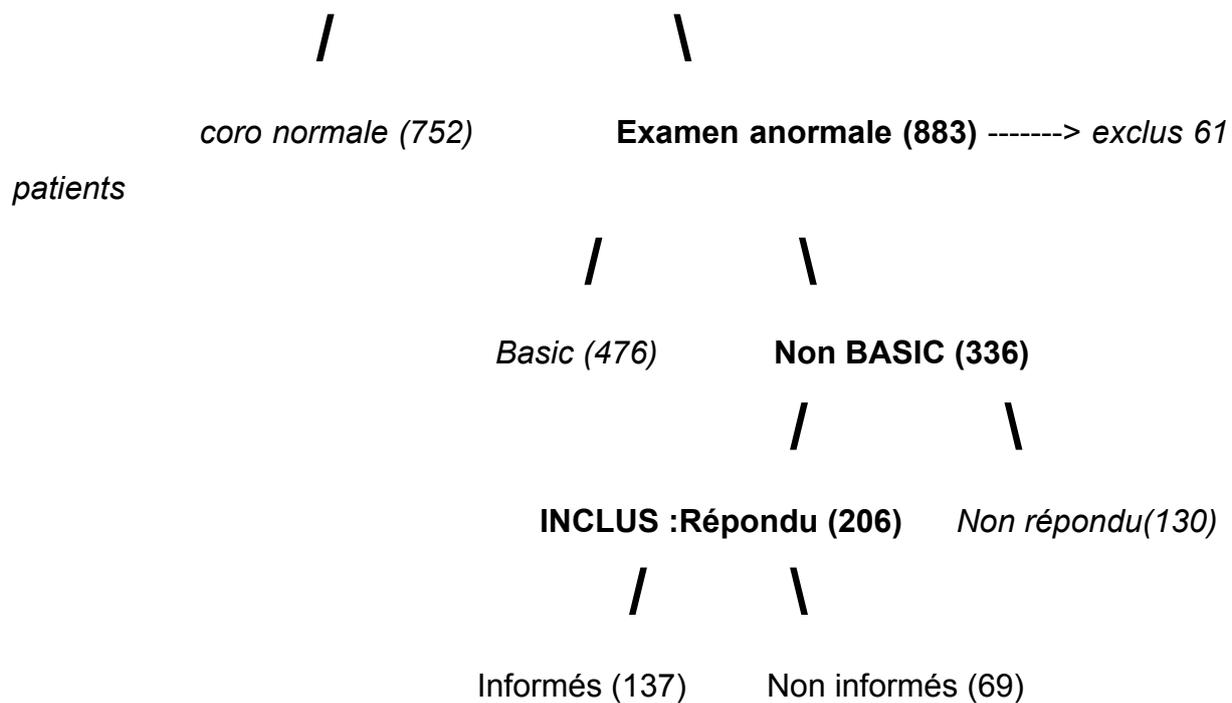
importance of a long-term perspective. *Eur Heart J.* 2015 14;36(19):1163-70. doi: 10.1093/eurheartj/ehu505.

46. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. R. Collins et al. *The Lancet*, 9 sept. 2016. doi:10.1016/S0140-6736(16)31357-5
47. Bezin J, Francis F, Nguyen NV, Impact of a public media event on the use of statins in the French population, *Archives of Cardiovascular Diseases*
48. Saiba A, Sabbah L, Perdrix L, Blancharda D, Danchin N, Puymirat E. Evaluation of the impact of the recent controversy over statins in France: The EVANS study
Évaluation de l'impact de la controverse récente sur les statines en France. *Archives of cardiovascular Disease*. Octobre 2013.
49. Barbot J, Dodier N. L'émergence d'un tiers public dans la relation médecin-malade: exemple du VIH. *Science sociale et santé*. 2000 mars;(18):76-119

ANNEXE

Annexe 1: Population source - Patient inclus

Patients ayant bénéficié d'une coronarographie (1635)



Annexe 2 : Questionnaire

- 1) **Quelle est votre Profession ?**
- 2) **Où vivez vous (domicile, foyer logement , maison de retraite) ?**
- 3) **Avez vous Recherché vous des informations sur la maladie coronarienne depuis votre examen de coronarographie ?**
- 4) **Comment avez vous cherché les informations ?**
- 5) **Sur quoi portait vos recherches : maladie, médicaments, autre ?**
- 6) **Si vous avez reçue une information c'était par : la télévision, l'internet, la radio , la presse papier, autre/(ne sais pas) ?**
- 7) **Sur quoi portait l'information : maladie, médicament, autre ?**
- 8) **Avez vous confiance dans l'information reçue ?**
- 9) **Connaissez vous le label HON (health on the net) pour les sites internet ?**
- 10) **Savez vous citer un traitement de la maladie coronarienne ?**
- 11) **Avez toujours bien suivi votre prescription sauf oubli ?**
- 12) **Avez vous arrêté votre traitement plus de 1 mois ou définitivement ?**
- 13) **Pensez vous que l'information a contribué à votre décision d'arrêt ou de modification de votre traitement ?**
- 14) **Pensez vous qu'il s'agissent d'une maladie grave ?**
- 15) **Etes vous inquiet vis à vis de l'évolution futur de votre maladie ?**
- 16) **La maladie est elle une préoccupation au quotidien ?**
- 17) **La maladie a t elle modifié votre qualité de vie ?**
- 18) **Echangez vous avec votre médecin traitant ou cardiologue au sujet de l'information ?**
- 19) **Etes vous satisfait des réponse apportées par votre médecin ?**
- 20) **Pensez vous que votre médecin est indépendant vis à vis de laboratoire ou d'autres organismes ?**

Internet santé ► Faites les bons choix

Vous cherchez des informations pour votre santé ?

- Multipliez les sources
- Comparez les informations
- N'écoutez pas seulement un avis

Commencez par choisir un site web dans lequel figurent une personne, une institution, une organisation qui vous inspire confiance

Posez-vous au moins 3 questions

Qui a écrit le contenu du site ?
Quelles sont ses compétences ?
Quelles sont ses motivations ?

- **Les auteurs** sont-ils identifiables (nom, appartenance professionnelle, titres et qualifications s'il s'agit d'un professionnel de santé) ? L'adresse électronique et l'adresse physique de l'auteur ou du responsable du site devraient être également fournies
- **Les sources** utilisées pour créer le contenu sont-elles clairement référencées et indiquées ?
- L'information médicale évoluant constamment, **la date de publication ou de mise à jour** est-elle indiquée ?
- Vérifiez que tout parrainage, soutien, **financement** est clairement indiqué : les auteurs ont-ils un intérêt à proposer un point de vue, un produit ou un service plutôt qu'un autre ?
- N'hésitez pas à contacter le site, si ces informations ne sont pas disponibles

Enfin, soyez vigilant

- Ne vous fiez pas aux sites qui se considèrent comme seuls détenteurs de la vérité
- Ne vous laissez pas impressionner par des liens vers des sites reconnus, ce n'est pas une garantie de qualité
- Évitez tout médecin qui vous propose un diagnostic ou un traitement sans vous examiner et sans connaître votre dossier médical
- Lisez bien les mentions légales, notamment la déclaration de protection de la vie privée
- Sachez que vos données personnelles peuvent circuler sans votre accord ou apparaître dans un moteur de recherche si vous les avez laissées par exemple dans un forum. Leur confidentialité ne peut jamais être totalement garantie.
- N'achetez aucun médicament sur Internet et ne prenez aucune décision importante concernant votre santé sans avoir pris l'avis de votre médecin.

En conclusion, utilisez votre bon sens

- Comparez les informations
- Recherchez plusieurs avis et méfiez-vous des traitements miracles !

Pour vous aider dans vos recherches, la HAS a mis en place une procédure de certification des sites santé français avec la fondation Health on the Net.

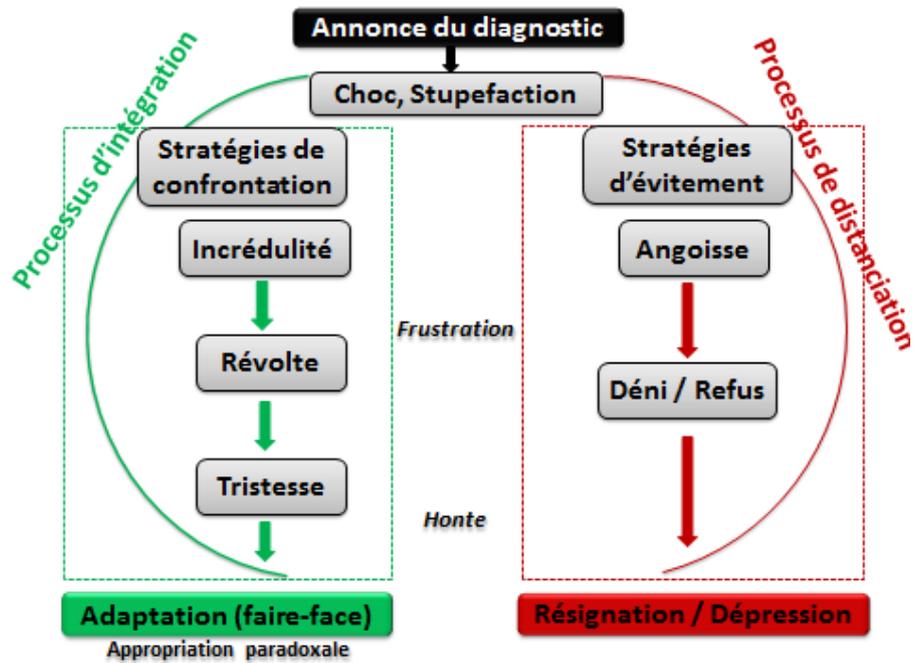
Les sites qui affichent le logo ci-après sont certifiés et se sont engagés à respecter les principes du Honcode



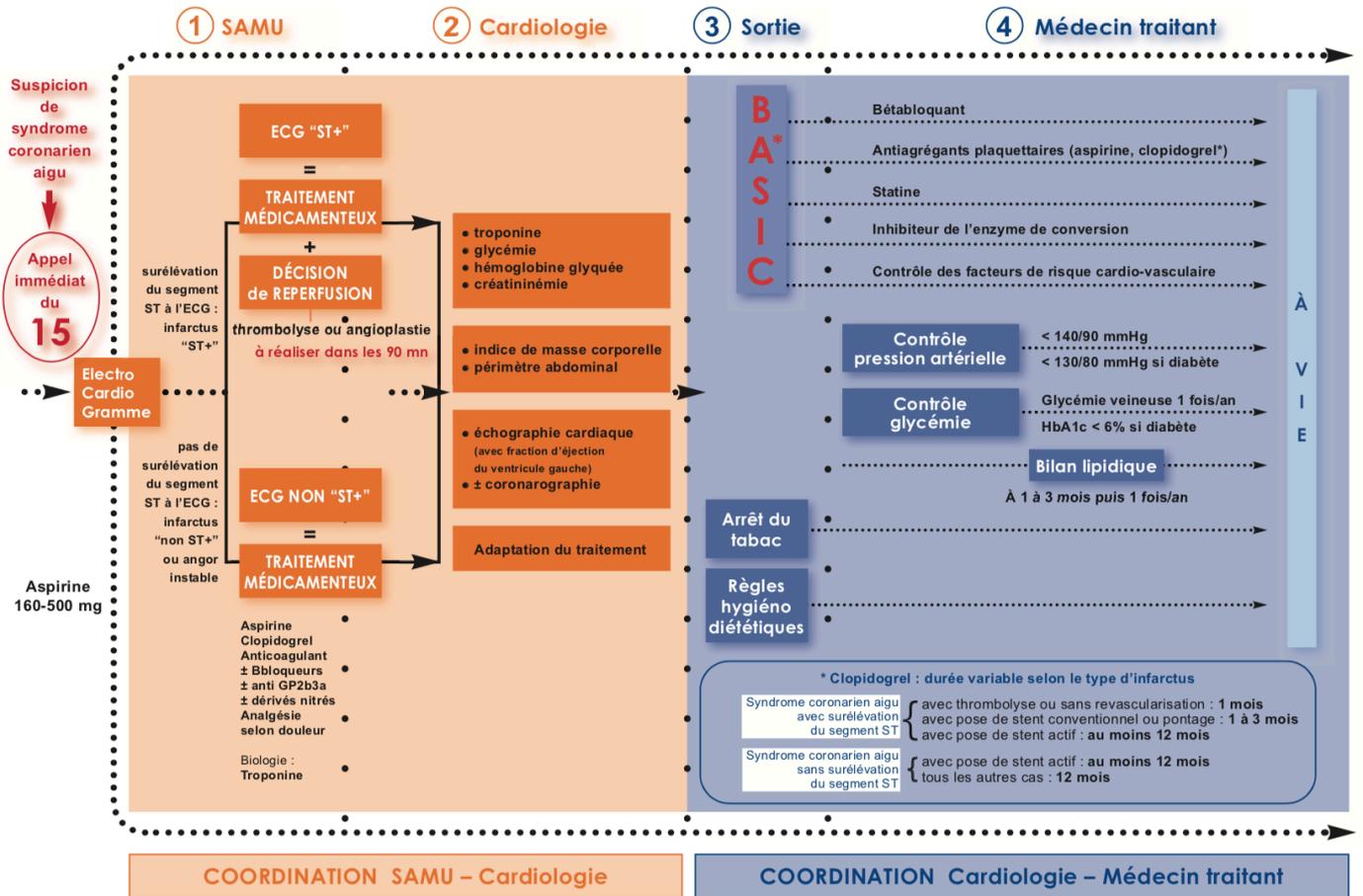
▲ Cliquez sur le lien

Toutes nos publications sur
www.has-sante.fr

Annexe 4: Réactions du patient à l'annonce de la maladie chronique modèle de Lacroix 2009



Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : une chaîne à respecter



LISTES DES ABREVIATIONS

AAP : Antiagrégant Plaquettaire

ACC : American College of Cardiology

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
(remplacée par l'ANSM en 2012)

AHA : American Heart Association

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BBloquant : Bétabloquant

CDOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CV : Cardio-vasculaire

ESC : European Society of Cardiology

HAS : Haute Autorité de Santé

HON : Health On The Net

HR : Hazard Ratio (rapport du risque instantané dans le groupe traité par le risque dans le groupe contrôle)

HTA : Hypertension Artérielle

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

IDM : Infarctus Du Myocarde

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

IMC : Indice de Masse Corporelle ($\text{poids}/(\text{taille}^2)$)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio ou rapport de cotes (nombre de personnes qui présentent un évènement par rapport à ceux qui ne le présentent pas)

PCSK9 : Proprotéine Convertase Subtilisine/Kexine de type 9

RR : Risque Relatif (rapport du risque sous traitement par le risque sans traitement)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

L'objectif de l'étude est d'observer les conséquences de l'information sur une population de coronariens à 6 mois.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle analytique transversale.

Le recueil est fait par questionnaire téléphonique. Les patients sont inclus après une coronarographie. Sont exclus les patients étant sous BASIC avant l'examen. Deux sous groupe sont comparés, les patients informés et non informés, sur le plan du vécu de la maladie, l'observance et du rapport aux soignants.

Les patients sont 74% à avoir confiance dans l'information reçue par les médias. Seul 26% des patients connaissent les critères de qualité de l'information via l'internet qui est la principale source d'information pour 58,4% des patients. (IC95= 54,8 - 61,3 p<0,05).

Dans le groupe informé la mauvaise observance est plus fréquente 36% contre 23,6% (OR=1,88 IC95 : 1,12 - 3,49 p<0,05), le vécu est différent concernant le futur de la maladie 77,1% contre 67,2% (OR=1,83 IC95: 1,13-3,66 p<0,05) sans que la qualité de vie soit significativement altérée (p>0,05), les patients informés se révèlent moins satisfait vis à vis des réponses de leur médecin aux questions d'actualités 41,1% contre 20,1% (OR=2,78 IC95 1,48-5,23 p<0,05).

L'information a un impact sur les patients, les conséquences sont délétères dans l'ensemble des trois dimensions explorées. Les critères de qualité de l'information sont peu connues par les patients mais la majorité des patients ont confiance dans l'information. Il faut éduquer les patients à l'information sur la santé.

Mots-clefs:

Information - Média - Maladie coronarienne - Observance - Qualité de vie - Traitement BASIC

Discipline: Médecine générale

Abstract:

The objective of the study is to observe the consequences of information on a coronary population at 6 months.

This is a cross-sectional observational epidemiological study.

The collection is done by telephone questionnaire. Patients are included after coronary angiography. Patients who are under BASIC before the exam are excluded.

Two subgroups are compared informed and uninformed patients, in terms of experience of the disease, compliance and report to caregivers.

74% of patients have confidence in the information received by the media. Only 26% of patients know the information quality criteria via the internet, which is the main source of information for 58.4% of patients. (IC95 = 54.8 - 61.3 p <0.05).

In the group informed the poor compliance is more frequent 36% against 23.6% (OR=1.88 IC95: 1.12 - 3.49 p <0.05), the experience is different concerning the future of the disease 77, 1% against 67.2% (OR=1.83 IC95: 1.13-3.66 p <0.05) without the quality of life being significantly altered (p> 0.05), patients informed about less satisfied with their doctor's answers to current questions 41.1% vs. 20.1% (OR=2.78 IC95 1.48-5.23 p<0.05).

Information has an impact on patients, the consequences are deleterious in all three dimensions explored. The criteria of quality of the information are little known by the patients but the majority of the patients trust in the information. Patients need to be educated about health information.

Keywords:

Information, Media, Coronary heart disease, Compliance, Life quality - BASIC treatment

Discipline: Medecine