

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

N°2016-96

**Impact d'une intervention médiatisée sur les consultations
des patients traités par statines**
Etude qualitative auprès des médecins généralistes de l'Oise

Thèse

Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2016

Par

Marie-Laure BLUM

Président du Jury : Monsieur le Professeur Andrejak

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Luc Schmit
Monsieur le Professeur Bernard Desablens
Monsieur le Professeur Antoine Galmiche

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel François

A Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez accepter l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez accepter l'expression de ma très vive gratitude.

A Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Antoine GALMICHE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Centre de biologie humaine - Biologie spécialisée

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Gabriel François

*Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse,
et de m'avoir accompagnée avec bienveillance et générosité.*

A mes parents, pour m'avoir soutenue et permis de reprendre des études de médecine. Cette réorientation est le plus beau cadeau que vous pouviez me faire, et je vous suis tous les jours reconnaissante de m'avoir permis d'exercer ce métier que j'aime tant.

A ma grand-mère, qui n'a pas pu faire d'études, qui, je le sais, est très fière des études de ses petits-enfants et de compter maintenant un médecin dans la famille. Tu es pour moi un modèle de courage et de générosité.

A mes sœurs pour votre soutien dans les moments difficiles, votre bienveillance et votre amour.

A ma marraine, qui n'est probablement pas innocente dans le choix de la médecine. Merci pour tout l'amour que tu me portes et que tu me témoignes tout au long de l'année, malgré la distance physique.

A Jean, qui m'a tant apporté et qui m'a aidée à découvrir ma vocation.

A mes amis rencontrés durant les années de médecine à Marseille ou issus de la vie d'avant. Pour votre soutien et les moments partagés qui sont un carburant pour avancer.

Aux personnes rencontrées durant mon parcours médical et qui m'ont permis de progresser et d'évoluer. **Aux collègues et secrétaires du cabinet St Exupéry** de Nogent sur Oise avec qui j'ai beaucoup de plaisir à travailler depuis trois ans.

A Pierre-Yves pour ton amour inconditionnel, ta patience, ta générosité et ton regard sur la vie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	11
1 La genèse d'une polémique	13
1.1 Historique du cholestérol et des statines.....	13
1.1.1 La théorie lipidique dans les maladies cardio-vasculaires	13
1.1.2 La naissance des statines	14
1.1.3 Mécanisme d'action des statines	15
1.1.4 Les essais autour du bénéfice cardio-vasculaire des statines	15
1.2 Les statines en France.....	16
1.2.1 Le marché des statines en France	16
1.2.2 La prescription des statines par les médecins généralistes.....	17
1.2.3 L'encadrement de la prescription des statines.....	18
1.3 La polémique autour des statines.....	19
1.3.1 Le livre du Pr. Even : la vérité sur le cholestérol	19
1.3.2 Avant 2013 : les prémices de la polémique.....	20
1.3.3 Le rôle des média dans la polémique	21
1.3.4 Un contexte de multiplication des polémiques envers les médicaments	22
1.4 Objectif de l'étude	23
2 Matériel et méthode	25
2.1 Choix de la méthode et de la technique de recueil des données.....	25
2.2 Elaboration du guide d'entretien	25
2.3 Constitution de l'échantillon	26
2.4 Recueil des données.....	27
2.5 Analyse des données.....	27
3 Résultats.....	29
3.1 Constitution de l'échantillon et déroulement des entretiens.....	29
3.2 Caractéristiques de l'échantillon	29
3.3 Analyse des résultats	32
3.3.1 Ressenti des médecins sur l'utilisation des statines	32
3.3.2 Abord de la polémique en consultation.....	36
3.3.3 Connaissance et compréhension de la polémique	38
3.3.4 Ressenti par rapport à la polémique	41
3.3.5 Impact sur les traitements par statines.....	43
3.3.6 Impact sur la relation de confiance envers les acteurs de santé et les médicaments	48

3.3.7	Comment le médecin peut-il se positionner face à ses patients dans un contexte de polémiques sanitaires à répétition	52
4	Discussion	55
4.1	Force de l'étude :	55
4.2	Limites de l'étude	56
4.2.1	Biais de sélection.....	56
4.2.2	Biais d'investigation.....	56
4.2.3	Biais d'interprétation.....	57
4.3	A propos des résultats de l'étude	57
4.3.1	L'impact de l'intervention médiatisée sur les traitements par statines	57
4.3.2	Evolution du comportement des patients à la suite de l'intervention médiatisée	61
4.3.3	Evolution du comportement des médecins à la suite de l'intervention médiatisée	63
	CONCLUSION	69
	Bibliographie.....	71
	ANNEXE	77

INTRODUCTION

L'information sur la santé a envahi les médias et les scandales sanitaires font régulièrement la Une de l'actualité. Les allégations sur les effets secondaires des vaccins, le scandale du Médiator®, les accidents thromboemboliques sous pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont été largement relayés par les médias et ont pu impacter la confiance des Français dans le système de santé, selon la manière dont ils ont été relayés par les media. Entre vrais scandales et fausses polémiques, il n'est pas toujours aisé d'y voir clair.

Les livres écrits par des médecins trouvent eux aussi un large écho dans les médias. Parmi eux, en février 2013, *La vérité sur le cholestérol* et son auteur le Professeur Even, alimentèrent la presse écrite, les émissions de radio et de télévision pendant quelques semaines. Internet se chargea d'amplifier le phénomène. Rapidement, le terme de « polémique » fut employé. Du grec polêmikôs, signifiant « disposé à la guerre », le terme de polémique désigne une discussion, un débat, une controverse qui traduit de façon violente et passionnée des opinions contraires. En effet, de nombreux débats s'en suivirent et le corps médical s'opposa vivement aux idées avancées dans le livre.

Dans ce contexte, les patients, comme les médecins, ont probablement reçu ces informations portées par les médias. D'après une étude menée par des cardiologues français dans le mois qui suivit la sortie du livre [1], 23% de leurs patients ont spontanément abordé la polémique en consultation de cardiologie, et 68% en avaient eu connaissance.

Cette nouvelle polémique a-t-elle eu des conséquences sur les patients, sur le médecin généraliste et sur le colloque singulier médecin-patient ?

Le but de cette thèse est de comprendre comment cette intervention médiatisée du Pr. Even a pu impacter les consultations de médecine générale. Il paraissait intéressant de donner la parole aux médecins, principaux prescripteurs de médicaments anti-cholestérol et interlocuteurs privilégiés des patients lorsque surviennent des inquiétudes ou des doutes au sujet de leur santé ou de leurs traitements.

1 LA GENESE D'UNE POLEMIQUE

1.1 Historique du cholestérol et des statines

1.1.1 La théorie lipidique dans les maladies cardio-vasculaires

C'est au XVIII^{ème} siècle que le cholestérol fut découvert au sein des calculs biliaires, mais on en ignorait le métabolisme et le rôle physiologique, voire pathologique. Il fut l'objet de nombreuses recherches et questionnements pendant trois siècles [2].

Ces recherches portèrent sur la mise en évidence du rôle possible du cholestérol dans les lésions athéromateuses artérielles.

Parmi ces recherches, certaines furent déterminantes :

- En 1857, R. Virchow (anatomo-pathologiste allemand), mit en évidence, par un examen microscopique, la présence de cristaux de cholestérol dans les lésions athéromateuses artérielles.
- En 1913, Nicolaï Anitschkow induit une hypercholestérolémie et des lésions d'athérome comparables aux lésions humaines en nourrissant des lapins avec du cholestérol [3]. Mais ses travaux tombèrent dans l'oubli jusqu'en 1940, car ses résultats expérimentaux ne purent être retrouvés chez le rat ou le chien, alors que les taux de cholestérol observés chez le lapin semblèrent extravagants et non crédibles.

Dans les années 50, les maladies cardio-vasculaires connurent un développement sans précédent dans les pays occidentaux. De nombreuses études épidémiologiques permirent de mettre en évidence des facteurs de risque majeur à ces maladies (tabac, diabète, hypertension artérielle et taux de cholestérol élevé). Ils constatèrent ainsi un lien statistique entre taux de cholestérol et accidents cardiovasculaires [4]. Il restait encore à prouver que le risque cardio-vasculaire pouvait être diminué en traitant les facteurs de risque, et notamment en abaissant le taux de cholestérol. En dépit de cette absence de preuve, abaisser le taux de cholestérol devint l'un des objectifs des laboratoires pharmaceutiques [5].

1.1.2 La naissance des statines

Les premières molécules mises au point pour réduire le taux de cholestérol furent celles de la famille de la cholestyramine, l'acide nicotinique et des fibrates, mais dont l'activité hypocholestérolémiante était modérée.

En 1971, la première statine, la mevastatine, fut découverte par deux chercheurs japonais dans une souche de *Penicillium citrinum*. Rapidement, il fut confirmé que la mévastatine permettait d'abaisser le cholestérol plasmatique chez le lapin, le singe et le chien [5].

En 1978, la lovastatine fut découverte dans une fermentation d'*Aspergillus terreus*. Ultérieurement, on montra que la lovastatine était produite par d'autres sources naturelles et notamment la levure de riz rouge.

Les premiers essais cliniques débutèrent en 1980 et furent stoppés quelques mois plus tard en raison d'une toxicité animale à fortes doses (cataracte et carcinogénèse). Le développement clinique fut repris en 1982 aux Etats-Unis dans des formes sévères d'hypercholestérolémie, avec des résultats d'abaissement significatif du taux de Low Density Lipoprotein (LDL), sans effet secondaire notable [6].

De nombreux chercheurs ont ensuite essayé de modifier les statines naturelles dans le but d'obtenir des produits plus efficaces. C'est ainsi que sont nées :

- la simvastatine, statine de semi-synthèse dérivée de la lovastatine (1988 en France, sous les noms de ZOCOR®, LODALES®),
- la pravastatine, analogue de la mévastatine avec présence d'un groupe hydroxyl supplémentaire (1989 en France sous les noms d'ELISOR®, VASTEN®).

Puis vint la génération des statines totalement synthétiques avec :

- la fluvastatine (1995 sous les noms de LESCOL®, FRACTAL®),
- l'atorvastatine (1997 sous le nom de TAHOR®),
- la cérvastatine (1998 sous les noms de CHOLSTAT®, STALTOR®) retirée du marché mondial en août 2001,
- la rosuvastatine (2003 sous le nom de CRESTOR®).

1.1.3 Mécanisme d'action des statines

Le mécanisme principal d'action des statines est une diminution de la synthèse intracellulaire du cholestérol par inhibition compétitive de l'Hydroxymethylglutaryl-CoA réductase (HMG-CoA réductase), enzyme clé qui catalyse la conversion de l'HMG-CoA en mévalonate, précurseur du cholestérol. Cette inhibition diminue la concentration de cholestérol libre intracellulaire, surtout au niveau des hépatocytes. Pour rétablir cette concentration intracellulaire, il se produit une augmentation de l'expression du gène du récepteur aux LDL. En augmentant le nombre de ces récepteurs, la statine favorise la clairance des LDL plasmatiques.

De nombreux autres effets non hypolipémiants dits pléiotropes ont été décrits avec les statines. Ce sont des effets anti-inflammatoires, anti-oxydants, anti-thrombotiques ainsi que des effets favorables sur la dysfonction endothéliale.

1.1.4 Les essais autour du bénéfice cardio-vasculaire des statines

S'il était aisé de prouver que les statines permettaient une réduction du taux de cholestérol, il a fallu démontrer qu'elles étaient efficaces pour réduire les événements cardio-vasculaires et la mortalité non vasculaire et confirmer ainsi la « théorie lipidique ». Jusqu'au milieu des années 90, les médicaments sur le marché visant à réduire le taux de cholestérol n'avaient pas permis de mettre en évidence ce lien.

Des voix discordantes commençaient à se faire entendre dans la sphère médicale et certains remirent en question l'utilité de faire baisser le taux de cholestérol pour réduire les événements cardio-vasculaires [7].

En 1994, l'étude 4S [8] fut la première à établir une réduction de la mortalité totale et coronaire sous statines. Cette étude fut réalisée chez des patients coronariens de 35 à 70 ans, ayant des taux moyens de LDL à l'inclusion proches de 1.90 g/l et recevant de la simvastatine ou un placebo. Elle a permis d'observer une réduction de la mortalité totale de 30% (11,5% de décès dans le groupe placebo contre 8,2 %, dans le groupe traité), et de la mortalité coronaire de 42%.

D'autres essais ont ensuite confirmé le bénéfice des statines dans des populations variées de patients à plus ou moins haut risque cardiovasculaire : CARE [9] et LIPID [10] avec la pravastatine en prévention secondaire, WOSCOPS [11] avec la pravastatine en prévention primaire, HPS [12] et CARDS [13] chez les patients diabétiques en prévention secondaire, ASCOTT [14]

avec l'atorvastatine chez les patients hypertendus, JUPITER [15] avec la rosuvastatine chez les patients à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire...

Ces études ont donné lieu à de nouvelles controverses notamment sur la méthodologie employée.

1.2 Les statines en France

1.2.1 Le marché des statines en France

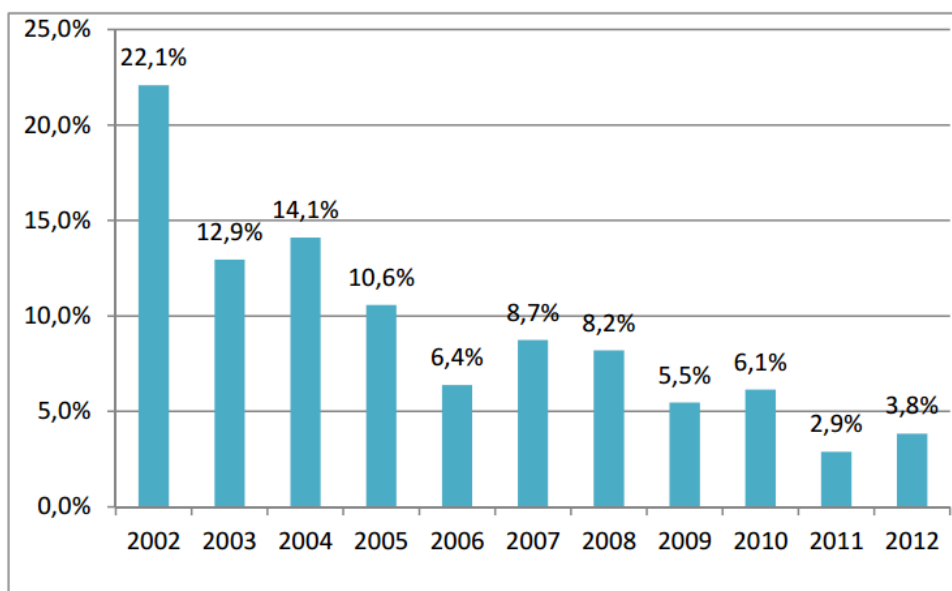
L'hypercholestérolémie est la dyslipidémie la plus fréquente en France puisqu'elle touchait 37% des adultes de 35 à 64 ans, soit 9,1 millions de personnes en France en 2007 [16].

Les statines se sont progressivement imposées comme la référence des médicaments anti-cholestérol et l'un des piliers de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Sur l'ensemble des hypolipémiants, les statines représentaient, en 2008, 76% du montant total remboursé et 85% du chiffre d'affaires [17].

En 2013, 6,4 millions de français étaient sous statines, et 1 million de nouveaux patients étaient traités chaque année. Les statines représentaient, en 2012, 1,2 milliard de remboursements [18]. Parmi elles, La rosuvastatine (Crestor®), seule statine n'ayant pas d'équivalent générique, était en 2015 le 2^{ème} médicament le plus prescrit en France en montant [19].

Les dernières années, la prescription des statines en volume tend tout de même à évoluer.

Après des taux de croissance annuelle très élevés dans les années 2000 (jusqu'à +22% par an au début de la décennie et 6 à 7% par an dans la 2^{ème} moitié de la décennie), on assiste à un ralentissement de la croissance en 2011 et 2012 (respectivement +2,9% et +3,8%) (**Figure 1**) [18]. Les volumes prescrits, quant à eux, continuent quand même de progresser, du fait probablement de l'augmentation et du vieillissement de la population, de l'utilisation plus large d'exams de dépistage et de l'amélioration de la prise en charge des facteurs de risque.



* Traitements mensuels : nombre de boîtes comptabilisées en nombre de mois de traitement / patient

Figure 1 : Nombre de traitements mensuels*: évolution des taux de croissance annuels

Source : Assurance Maladie. Usage des statines, point d'information du 29 mai 2013 [18]

1.2.2 La prescription des statines par les médecins généralistes

En 2007, près de 19 millions d'actes de consultation ont conduit à la prescription de statines en France et 93% de ces prescriptions ont été réalisées par les médecins généralistes [17]. Les statines sont ainsi l'une des principales classes thérapeutiques prescrites dans les cabinets de médecine générale.

Les médecins généralistes français prescrivent globalement peu de génériques de statines, comparé à leurs confrères européens et privilégient encore aujourd'hui les molécules les plus chères.

L'artorvastatine (Tahor®) et la rosuvastatine (Crestor®) représentaient à tous les deux 60,5% des volumes prescrits en 2012, alors qu'il s'agit des molécules dont les coûts journaliers sont les plus élevés [18]. Les coûts de traitements par statines sont ainsi en France deux fois plus élevés que dans les 7 grands pays européens [18].

Concernant les indications retenues par les médecins pour prescrire des statines, il semble qu'ils ne respectent pas toujours celles recommandées par les autorités de santé. Les médecins généralistes disent pourtant connaître ou utiliser les recommandations nationales et internationales sur les dyslipidémies (8 à 9 médecins sur 10) [20]. Mais dans les faits, ils les utilisent de manière non systématique (moins de 7 médecins sur 10). Ils ne connaissent pas parfaitement les facteurs

de risque cardiovasculaire à prendre en compte pour évaluer le risque cardiovasculaire global et ne maîtrisent pas les valeurs cibles de LDL dans la prévention primaire [21].

Ainsi, l'étude MONA LISA [22]. a montré que les sujets sans facteur de risque ont globalement une concentration de LDL normale, mais que la majorité des sujets à haut ou très haut risque cardio vasculaire ont une concentration de LDL supérieure à la concentration cible, même sous traitement hypolipidémiant, et de façon plus marquée en prévention primaire (9 sujets sur 10), qu'en prévention secondaire (7 patients sur 10).

Globalement, au regard des recommandations actuelles, les patients à haut risque cardio-vasculaire sont actuellement sous-traités, tandis que certains patients à risque cardio-vasculaire faible sont traités de manière non pertinente par statine.

1.2.3 L'encadrement de la prescription des statines

En période de déficit des finances de la sécurité sociale, les autorités de santé ont, depuis leur commercialisation, cherché à surveiller et limiter les dépenses liées à la prescription des statines.

En 2005, des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) autour de la prise en charge du patient dyslipidémique ont été publiées, permettant de cibler les patients concernés par les statines [23]. Elles ont été complétées, en 2012, par une note de la Haute Autorité de Santé (HAS) encourageant les médecins à prescrire les statines les mieux adaptées, en fonction de leur efficacité et de leur efficacité [24]. Depuis novembre 2014, la prescription des statines fait l'objet d'un nouvel encadrement : la prise en charge de certains hypocholestérolémiants est subordonnée à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. C'est notamment le cas de la rosuvastatine (Crestor®).

De nouvelles recommandations sont par ailleurs en cours d'élaboration et une nouvelle fiche mémo devrait être publiée courant 2016 par l'HAS car celles de 2005 apparaissent à présent obsolètes [25] .

1.3 La polémique autour des statines

1.3.1 Le livre du Pr. Even : la vérité sur le cholestérol

Le 21 février 2013, le Pr. Even, ancien doyen de la faculté de médecine de l'hôpital Necker et pneumologue, publie un ouvrage exclusivement consacré aux statines et au cholestérol intitulé « *La vérité sur le cholestérol* » [26].

Dans cet ouvrage qui s'adresse aux patients et aux médecins, il juge les statines inutiles, voire dangereuses et le cholestérol comme un élément indispensable à la vie.

En quelques mots :

- Il accuse l'industrie pharmaceutique de fabriquer de fausses maladies et les autorités publiques de santé d'en être les complices.
- Il déplore l'ignorance des médecins et scientifiques de ce qu'est le cholestérol, molécule indispensable à la vie jouant un rôle crucial dans la structure des cellules et dans de nombreuses fonctions cellulaires.
- Il affirme qu'il n'y a aucun lien expérimentalement démontré entre cholestérol et athérome. L'athérome serait une maladie inflammatoire, créée ou aggravée par des dépôts de graisse, non pas du cholestérol mais des acides gras saturés. L'athérome serait une maladie précoce, qui tuerait tardivement après 50 ans d'évolution. Le traiter tard serait un non-sens.
- Il remet en cause les études épidémiologiques portant sur le lien entre cholestérol et maladies cardio-vasculaires. Les études seraient financées par les laboratoires pharmaceutiques en vue d'élargir le marché. Elles n'auraient permis de mettre en évidence, au mieux, qu'un lien de corrélation et non de causalité.
- Il juge les essais cliniques sur les statines biaisés, en raison de conflits d'intérêts, de manipulations statistiques, de présentation des résultats mensongère et de patients volontairement triés pour aboutir à des résultats favorables.
- Il estime que les complications des statines sont multiples, sous-estimées, potentiellement graves et occultées dans les différents essais.
- Enfin, selon lui, les médicaments anti-cholestérol de demain seraient tout aussi inutiles et dangereux et leurs prix exorbitants.

1.3.2 Avant 2013 : les prémices de la polémique

En France, la remise en cause de la théorie du cholestérol ne date pas de 2013.

En 1997, le Pr. Apfelbaum, Professeur de nutrition de l'université Paris 7, publiait « *Vivre avec du cholestérol* » [27], ouvrage dans lequel il défend le cholestérol, comme molécule indispensable à la vie, en accusant les fabricants de médicaments anti-cholestérol et les médecins de complicité tacite.

Le Dr M. De Lorgeril, cardiologue et directeur de recherche au CNRS a été l'un des plus impliqués dans ce domaine. En 2007, il publiait « *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent* » [28] et en 2009, « *Cholestérol, mensonges et propagande* » [29].

Ces ouvrages bénéficièrent d'un relais médiatique limité et peu de débats s'en suivirent.

En septembre 2012, les Professeurs Debré et Even publièrent le « *guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles et dangereux* » [30], qui, lui, bénéficia d'une médiatisation importante et connut un succès considérable en librairie (200 000 exemplaires vendus).

En quelques mots, voilà ce dont il est question dans ce guide qui s'adresse aux patients, médecins et décisionnaires des politiques de santé :

- Les dépenses de médicaments représentent 36 milliards d'euros par an, dont au moins le tiers serait injustifié. Les dépenses de médicaments en France représentent le double des sommes dépensées en Angleterre, et 70 % de plus qu'en Italie.
- Les dépenses de médicaments sont liées à des prix excessifs, mais c'est surtout la surconsommation en volume qui est le facteur essentiel du surcroît des dépenses.
- 2 200 spécialités sont analysées, notées en termes d'efficacité et de risque, puis classées comme indispensable/inefficace/dangereuse/redondante. 40% d'entre elles auraient une efficacité faible voire nulle et il conviendrait de les dérembourser ou les supprimer. 25% d'entre elles comporteraient des risques modérés ou majeurs dont 5% dans la catégorie des molécules sans efficacité. Ainsi, ils demandent la suspension immédiate de 56 médicaments commercialisés en France
- Ils passent en revue un certain nombre de scandales pharmaceutiques.

Parmi ces médicaments, les statines sont pointées du doigt : « 1% des spécialités représenteraient 15% des dépenses de santé, parmi lesquelles figureraient 3 statines (...). Les statines, dont on inonde la population presque entière des plus de 40 ou 50 ans, ne servent à rien chez 90 % de ceux à qui on les donne (...). Industrie et cardiologues ont délibérément créé une

psychose collective mondiale autour de cette non-maladie et se sont ouverts le plus lucratif marché du monde ».

Ce livre parut six mois avant « *la vérité sur le cholestérol* » du Pr. Even. Lors des conférences de presse, les auteurs annonçaient déjà le prochain livre, exclusivement dédié au cholestérol.

1.3.3 Le rôle des médias dans la polémique

Si l'on put parler de véritable polémique autour des statines, c'est en raison d'une très large médiatisation du livre « *La vérité sur le cholestérol* », et des multiples interventions du Pr. Even dans les médias dans les semaines qui précédèrent et suivirent la sortie de son livre.

Ainsi, le 14 février 2013, une semaine avant la parution du livre, on retrouva le Pr Even en couverture du *Nouvel Obs*. Le dossier spécial s'intitulait : « *Et si le cholestérol n'était pas dangereux* » [31].

Tous les grands journaux écrits annoncèrent la sortie du livre (*Le Monde*, *Le Figaro*,...), en utilisant quelques phrases chocs, extraites du livre ou des interviews du Pr. Even : « *thèse stupéfiante* », « *plus grande erreur médicale du siècle* », « *arnaque, escroquerie de l'industrie pharmaceutique* », « *2 milliards d'euros gaspillés, soit la moitié du déficit de la sécurité sociale* », « *un ennemi imaginaire contre lequel des millions de personnes se battent pour rien depuis des années* », ou encore « *95 % des personnes qui se font prescrire un traitement contre le cholestérol ne devraient pas être suivies médicalement* ». Le Pr. Even participa également à de nombreuses émissions de radio ou de télévisions. Le développement des réseaux sociaux et de l'accès à internet ont également permis d'amplifier le phénomène.

Dès le 13 février 2013, soit quelques jours avant la sortie du livre, l'HAS, inquiète des conséquences possibles de l'affaire, publiait un communiqué de presse [32] dans lequel elle évoquait : « *La sortie annoncée dans les prochains jours d'un nouveau livre très critique sur les statines* » qui « *risque d'augmenter encore cette défiance à l'égard des traitements existants et de ceux qui les prescrivent chaque jour pour soigner* ».

Dès la sortie du livre, de nombreux médecins et cardiologues s'élevèrent également contre les thèses développées dans le livre.

Un communiqué de presse daté du 18 février 2013 intitulé « *Cholestérol : attention danger* », signé de plusieurs sociétés savantes telles que le Collège national des cardiologues français, le

Collège des cardiologues des hôpitaux, la Société française de cardiologie, la Fédération française de cardiologie, la Société française du diabète et plusieurs associations de patients, comme l'Alliance du cœur, France AVC et l'Association française des diabétiques, fut publié dans de nombreux journaux [33]. Le communiqué faisait état de « *la plus vive inquiétude devant la réaction de nombreux patients qui, à la suite de deux livres récents, ont décidé d'interrompre leur traitement pour excès de cholestérol (statines) ou diabète (gliptines ou analogues). L'importance donnée à ces ouvrages témoigne des travers de notre société où scandale rime trop souvent avec succès, mais nous ramène aussi à une médecine d'un autre siècle, préjudiciable pour tous. Nous recommandons aux patients de ne pas interrompre leur traitement sans consulter leur médecin traitant pour obtenir les informations et les éclaircissements qu'ils souhaitent* ».

Le 28 février 2013, le Nouvel Obs. publiait une tribune intitulée « Non, Monsieur Even » [34], sous la plume de sept médecins et chercheurs français, dans laquelle ils condamnaient les propos du Pr. Even, « *dans la mesure où ils encouragent des patients qui ont un risque cardiovasculaire à arrêter ou refuser un traitement qui peut leur être vital* ».

Puis, le Pr. Even répondit aux critiques dans de nouvelles tribunes et la polémique occupa une place de choix dans les media pendant quelques semaines.

Plus récemment, en mars 2015, cinq médecins publièrent « *La Vérité sur vos médicaments* » [35]. Cet ouvrage, qui se présente comme « *une analyse indépendante sur les médicaments en France* » avait pour but de répondre à des malades et leur entourage qui ne savent plus, d'après les auteurs, à quel saint se vouer. Dans un chapitre consacré aux statines, les auteurs rappellent le rôle essentiel du cholestérol dans les maladies cardio-vasculaires, et insistent sur le bénéfice des statines, qui ne ferait aucun doute lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé. Ce bénéfice serait largement supérieur aux possibles effets secondaires. Un encadré concerne « l'effet Even » qui aurait provoqué plusieurs milliers d'arrêts intempestifs de traitements nécessaires. Avant de conclure, qu' « *aux victimes du Mediator, on pourra donc maintenant ajouter les victimes de l'effet Even* ».

1.3.4 Un contexte de multiplication des polémiques envers les médicaments

Si les médias ont largement relayé les propos du Pr. Even, c'est aussi parce qu'ils font suite à d'autres polémiques autour des médicaments, et ayant fortement touché l'opinion publique.

L'HAS, dans son communiqué de presse du 13 février 2013 évoqué précédemment [32], rappelait, à juste titre, que *«depuis plusieurs mois, des affaires ont secoué le monde de la santé. Le scandale du Mediator mais également celui des prothèses mammaires, les débats autour des pilules de 3^{ème} génération ont pu entamer la confiance des Français dans le système de santé »*.

C'est surtout depuis le début des années 2000 que plusieurs affaires touchant les médicaments se sont succédées, dont l'une concernait une statine, la cérivastatine (Cholstat®, Staltor®), qui a été retirée du marché en 2001, en raison de cas parfois mortels de rhabdomyolyses.

On pourrait également citer (liste non exhaustive) :

- le rofécoxib (Vioxx®), qui a été retiré du marché en 2004, en raison d'un sur risque d'événements cardio-vasculaires,
- le rimonabant (Acomplia®), commercialisé en France en mars 2007 et retiré du marché en octobre 2008 en raison d'un risque de syndromes dépressifs et d'idées suicidaires, et d'une balance bénéfice-risque défavorable,
- le benfluorex (Mediator®), qui a été retiré du marché en France en 2009, car responsable de valvulopathies et d'hypertension artérielle pulmonaire,
- les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en 2012, qui ont fait l'objet d'une révision de leurs indications car elles entraîneraient un sur risque d'accidents thromboemboliques.

Au cours de certaines de ces affaires, des laboratoires pharmaceutiques ont été condamnés à de lourdes amendes. Des situations de conflits d'intérêts entre les autorités de santé et les laboratoires pharmaceutiques ont également été mises en lumière. Par ailleurs, le système français de pharmacovigilance, garant de la sécurité des médicaments, a également montré certaines défaillances. C'est dans ce contexte troublé qu'une nouvelle affaire autour des médicaments a agité les médias, celle des statines.

1.4 Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est de comprendre les conséquences de l'intervention médiatisée du Pr. Even sur les consultations de médecine générale, du point de vue du médecin. Et pour cela, nous souhaitons :

- comprendre de quelle manière la polémique a été abordée en consultation, ses conséquences sur le comportement des patients et des médecins vis-à-vis des statines,

- comprendre les conséquences de cette intervention médiatisée sur la relation de confiance des patients et des médecins envers les différents acteurs de santé et envers les médicaments,
- envisager des solutions permettant d'éviter que de telles polémiques ne puissent avoir des effets délétères au sein des cabinets de médecine générale.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Choix de la méthode et de la technique de recueil des données

Cette étude a pour objectif d'étudier l'impact d'une intervention médiatisée sur les consultations de médecine générale. Elle vise donc à faire émerger un ressenti, à explorer une opinion, un comportement, c'est-à-dire des éléments subjectifs, difficiles à mesurer, parfois complexes.

La méthode qualitative s'est donc rapidement imposée. En effet, elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer ; Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales. Elle est particulièrement adaptée à la compréhension de phénomènes sociaux, aux déterminants des comportements des acteurs. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux [36].

Puisqu'il s'agit d'explorer des opinions, des comportements sur un thème délicat par définition, puisque polémique, il a semblé plus pertinent de recueillir les données par entretien individuel, et non de groupe. Cela a permis ainsi de libérer la parole des médecins et ne pas introduire de biais lié au groupe et à la crainte du jugement.

2.2 Elaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes a été élaboré. Des possibilités de relance étaient envisagées si les questions étaient mal comprises, ou traitées de manière trop succincte.

Afin de favoriser un climat de confiance en début d'entretien, les premières questions étaient d'ordre descriptif.

Ensuite, l'entretien abordait le thème des statines en explorant l'opinion des interviewés sur cette classe de médicaments et sur la manière dont elles sont aujourd'hui prescrites, afin de situer les positions des interlocuteurs par rapport au thème de l'étude.

Les questions suivantes portaient sur l'intervention médiatisée autour des statines, la connaissance qu'ils en avaient et leur ressenti.

Puis, les questions s'orientaient vers la manière dont les médecins y avaient été confrontés en consultation et les réponses apportées.

Les dernières questions permettaient d'élargir le débat. Elles abordaient les conséquences d'une telle polémique sur la relation médecin-malade et sur la confiance à la fois des patients mais aussi des médecins envers les médicaments et les Autorités de Santé.

Enfin, la dernière question avait pour but de formuler des propositions afin d'éviter que de telles polémiques ne puissent avoir des conséquences délétères dans les cabinets de médecine générale.

Ce guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement des interviews.

Le guide d'entretien initial a été testé auprès de 2 médecins « testeurs », et retravaillé une première fois car il comportait trop de questions fermées. Il a ensuite été amené à évoluer au fil des interviews pour permettre notamment d'enrichir les échanges avec les médecins ayant eu très peu connaissance de cette polémique.

La trame présentée en annexe constitue la version finale du guide d'entretien.

2.3 Constitution de l'échantillon

Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important dans une étude qualitative. Ainsi, l'échantillonnage doit permettre d'explorer la plus grande diversité possible en relation avec le thème de l'étude [37].

Les médecins ont donc été sélectionnés parmi les médecins généralistes installés de l'Oise, de manière à disposer de profils variés, selon différents critères:

- Lieu d'installation (communes rurales, urbaines),
- Niveau d'éducation, environnement et conditions de vie du patient,
- Mode d'exercice (en groupe ou seul),
- Nombre d'actes par jour,
- Activité professionnelle en dehors du cabinet,
- Sexe,
- Age et ancienneté d'installation.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Activité principale autre que la médecine générale,
- Exercice de la médecine générale depuis moins de 3 ans (soit un début d'exercice postérieur au déclenchement de la polémique).

L'accès à cet échantillon fut, d'une part, orienté par connaissance, d'autre part, lié au hasard en consultant les pages jaunes tout en répondant au mieux aux critères énoncés précédemment.

Les médecins ont été contactés, soit par téléphone, directement ou par le biais de leur secrétariat, soit par courrier postal. Lors de ce contact, y étaient exposés le sujet de l'étude, les modalités de l'entretien, les coordonnées de l'enquêteur et l'identité du Directeur de thèse.

L'inclusion des participants s'est donc faite au fur et à mesure, en fonction de l'évolution des caractéristiques du panel, de manière à maintenir la diversité. Elle a été poursuivie jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que la lecture des entretiens n'apporte plus de nouveaux éléments [36].

2.4 Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé, de préférence en dehors des horaires de travail. Après accord des concernés, ils ont été enregistrés sur support numérique (application dictaphone pour tablette ou téléphone). Ils ont ensuite rapidement été retranscrits sur papier, en respectant l'anonymat du médecin par le biais d'une numérotation.

2.5 Analyse des données

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil des données.

Une analyse thématique a été réalisée à partir des retranscriptions des entretiens. Chaque entretien a été lu plusieurs fois, puis analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thèmes et sous-thèmes. Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste thématique, ce qui a permis de l'étoffer.

Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

3 RESULTATS

3.1 Constitution de l'échantillon et déroulement des entretiens

Il a fallu contacter 46 médecins généralistes par courrier ou par téléphone pour obtenir le consentement de 16 d'entre eux pour la réalisation des entretiens, soit un taux de participation de 34%. Les 30 n'ayant pas donné leur consentement correspondent à des non-réponses, ou des réponses négatives par manque de temps. Aucun refus lié au thème abordé n'a été exprimé.

Les entretiens se sont déroulés entre le 24 mars 2016 et le 24 mai 2016. Ils ont tous eu lieu au cabinet des participants. 7 d'entre eux avaient été programmés avant les premières consultations de la matinée ou de l'après-midi, 7 autres en fin de matinée ou en fin de journée, après les consultations, et 1 a été réalisé le dimanche. Enfin, 1 seul a eu lieu en milieu d'après-midi, durant les horaires de consultations. Les médecins avaient prévu un créneau de 15 ou 30 minutes.

Les entretiens ont tous été enregistrés sur tablette, puisqu'aucun médecin ne s'y est opposé.

Ils ont duré entre 8mn 39s et 25mn 01s, avec une moyenne de 16mn 23s. Dans la plupart des cas, la conversation s'est prolongée hors enregistrement.

La retranscription en verbatim s'est faite rapidement après chaque entretien, et représente 88 pages de texte.

3.2 Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des 16 médecins interviewés sont les suivantes (**Tableau 1**) :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interviewés

	Sexe	Mode d'exercice	Formations complémentaires et activités annexes au cabinet	Estimation du nombre de consultations journalières	Age	Durée d'installation
Dr1	M	seul	Maître de stage	40	61 ans	32 ans
Dr2	F	groupe	Capacité de Gériatrie	20-25	58 ans	24 ans
Dr3	F	seul		30-35	58 ans	29 ans
Dr4	F	groupe		25-30	32 ans	4 ans
Dr5	M	groupe		25	43 ans	6 mois
Dr6	M	groupe		30	58 ans	25 ans
Dr7	M	groupe	Certificats de gériatrie et soins palliatifs	30	56 ans	26 ans
Dr8	F	seul	Maître de stage	30-40	51 ans	22 ans
Dr9	M	groupe	Activité hospitalière, fonctions à l'URPS et au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins	35	49 ans	16 ans
Dr10	F	groupe	Maître de stage, présidente de maison médicale de garde, mésothérapie	25-30	53 ans	23 ans
Dr11	M	groupe		35	45 ans	8 ans
Dr12	M	seul	Médecin pompier volontaire	40	61 ans	35 ans
Dr13	F	seul	Diplôme d'acupuncture	20-25	51 ans	19 ans
Dr14	F	seul	Diplôme d'homéopathie, de micro-nutrition	25	40 ans	13 ans
Dr15	F	groupe	Diplôme de naturothérapie et de nutrition	30	53 ans	8 ans
Dr16	F	groupe	Salariée en SSR gériatrique	20-25	56 ans	30 ans

Les entretiens ont ainsi été menés auprès de 7 hommes et 9 femmes. L'âge des médecins variait de 32 ans à 61 ans, avec un âge moyen de 51 ans $\frac{1}{2}$. Leur durée d'installation variait de 6 mois à 35 ans, avec une durée moyenne d'installation de 19 ans $\frac{1}{2}$. Le cinquième médecin interrogé a été inclus dans l'échantillon même s'il n'était installé que depuis 6 mois, car il exerçait une activité de remplaçant au sein de ce cabinet depuis 5 ans.

10 d'entre eux exerçaient en cabinet de groupe, les 6 autres exerçant seuls.

Le nombre de consultations réalisées quotidiennement par ces médecins variait de 20 à 25 à une quarantaine, selon leurs propres estimations.

Tous les médecins participants exerçaient la médecine générale. 3 d'entre eux étaient maîtres de stage, 2 avaient des activités en établissement hospitalier ou de soins de suite, 1 exerçait une activité de représentation (URPS, Conseil de l'Ordre), 1 était médecin pompier volontaire. 3 d'entre eux avaient un diplôme complémentaire en gériatrie, 4 médecins avaient un autre diplôme complémentaire (homéopathie, nutrition, micronutrition, naturopathie ou acupuncture). Enfin, un médecin exerçait la mésothérapie.

3.3 Analyse des résultats

Les résultats sont présentés sous forme de sept chapitres. Sont successivement abordés les chapitres suivants :

- Le ressenti actuel des médecins sur l'utilisation des statines,
- L'abord de la polémique en consultation,
- La connaissance et la compréhension de la polémique par les médecins et les patients,
- Le ressenti des médecins sur la polémique,
- L'impact sur les traitements par statines,
- L'impact sur la confiance envers les acteurs de santé et les médicaments.

Un dernier chapitre tentera de recueillir des propositions afin d'éviter que ce type d'intervention médiatisée n'ait des effets délétères sur les consultations de médecine générale.

Les propos des médecins sont cités entre guillemets, en italique et en gras, et Dr1 signifie que le propos provient du premier médecin interrogé.

3.3.1 **Ressenti des médecins sur l'utilisation des statines**

Afin d'étudier l'impact de la polémique sur les consultations de médecine générale, il semblait utile de connaître l'opinion des médecins généralistes sur les statines, la manière dont ils les prescrivent aujourd'hui et dont ils perçoivent leur utilisation. En effet, ceci peut permettre de mieux comprendre comment les médecins ont accueilli la polémique et quelles conséquences elle a pu avoir sur leur discours et leurs prescriptions.

3.3.1.1 Opinion des médecins sur les statines

Les médecins sont assez surpris par cette question, car la réponse leur semble évidente. Pour la majorité d'entre eux, les statines sont des médicaments utiles qui permettent de sauver des vies : « ***Il faut pas oublier que ça sauve des vies quand même*** » (Dr1).

Ils mettent en avant leur efficacité à faire baisser le cholestérol et leur rôle protecteur au niveau cardiovasculaire : « ***On traite pas uniquement un taux de cholestérol. D'ailleurs, y'a même des indications où quand le taux de cholestérol est normal, on les donne quand même parce qu'on sait que c'est protecteur*** » (Dr8).

A ce titre, ils représentent « *une avancée thérapeutique en prévention cardio-vasculaire* » (Dr2), « *c'est un traitement révolutionnaire (...), c'est une grande avancée thérapeutique pour moi* » (Dr12).

Ils font référence aux études ayant prouvé l'intérêt des statines en prévention cardiovasculaire : « *Ca fait suite à des grandes études (...), c'est pas tombé du ciel, quoi* » (Dr8), « *quand les statines sont sorties, il y a 20 ans, 25 ans, à peu près, c'était bon oui, peut-être, mais maintenant, avec les preuves sur la prévention cardiovasculaire, je veux dire, c'est incontournable* » (Dr12), « *une amélioration du score cardiovasculaire, à défaut d'une amélioration de l'espérance de vie* » (Dr16).

Ils sont quelques-uns à émettre quelques réserves en prévention primaire où, selon eux, l'intérêt est plus discutable faute d'études ayant permis de le valider : « *Le seul cas où ça montre un intérêt de survie, c'est en prévention secondaire, là c'est clair, y'a un intérêt. Toutes les études montrent qu'il va y avoir un bénéfice en terme de mortalité et de morbidité, mais en prévention primaire, y'a rien.* » (Dr7), « *très efficace en prévention secondaire, utile pour ne pas dire indispensable. Je dirais plutôt utile qu'indispensable en prévention primaire (...). Sur la prévention primaire, je me pose des questions* » (Dr11).

3.3.1.2 Prescription des statines par les médecins généralistes

Globalement, les médecins généralistes disent se baser sur les recommandations pour prescrire les statines. Ils citent les facteurs de risque, les objectifs de LDL, et font référence aux recommandations nationales émises par l'AFSSAPS en 2005 [23]. Se baser sur les recommandations est, là aussi, une évidence, et un moyen de se protéger au niveau médico-légal : « *Je suis les recommandations. J'ai une démarche qui est toujours académique, c'est une façon de me protéger intellectuellement et juridiquement. C'est que, en restant dans les clous, la probabilité de faire des bêtises, elle est limitée* » (Dr7).

Seul un médecin estime ne pas suivre les recommandations, car les objectifs de LDL seraient trop draconiens et les effets secondaires trop importants à ce niveau de cholestérol : « *On oublie que le cholestérol, c'est fait pour nos hormones, la paroi de nos cellules, et notamment notre cerveau (...). Prévention primaire ou secondaire, ça change pas le problème, on arrive à un taux tellement bas qu'on va avoir plus de problèmes, plus d'inconvénients qu'on aura d'avantages* » (Dr15).

Plusieurs des médecins interrogés ont le sentiment que les statines ont été prescrites avec excès, au moment de leur mise sur le marché : « *Au départ, c'est vrai qu'on avait tendance à vraiment la prescrire un peu larga manu. Maintenant, on a appris à la prescrire de façon plus sélective en tenant compte de l'HDL et du LDL (...). Je me souviens il y a quelques années d'avoir vu un patient sortir de chez le cardiologue avec 2 statines, et notamment une qui a été retirée du marché et qui s'appelle Cholstat®. Et donc y'a eu une folie à un moment donné avec des doses...* » (Dr8), « *je pense qu'il y a eu un grand engouement et qu'on fait un peu marche arrière* » (Dr10).

Ils s'estiment globalement plus vigilants sur les indications, les posologies, les effets secondaires ou les interactions médicamenteuses qu'en début de carrière. Leur expérience les a rendus plus prudents : « *Y'a quand même une plus grande attention aux effets secondaires et aux interactions médicamenteuses* » (Dr8), « *entre les nausées, l'hépatotoxicité, la toxicité au niveau musculaire ou tendineux, je lève un peu le pied. Non et puis, je suis prudente au-delà de 75 ans* » (Dr10), « *bon, les statines, peut-être que je commencerais de toutes façons par la dose la plus petite et je monterais progressivement en fonction des résultats, alors qu'avant, peut-être que j'aurais tapé plus fort directement* » (Dr13).

Globalement, les avis des médecins interrogés sont très partagés quand on leur demande si les statines sont, aujourd'hui, correctement prescrites.

Un peu moins de la moitié d'entre eux estiment qu'elles sont aujourd'hui correctement prescrites, sans ambiguïté.

7 des 16 médecins interrogés pensent que les statines sont aujourd'hui prescrites en excès, chez des patients qui n'en auraient pas besoin, à des doses trop élevées, ou pour atteindre des objectifs de LDL excessivement bas. Il existerait également une pression à la prescription de la part des laboratoires et des patients eux-mêmes.

- Les objectifs de LDL sont trop draconiens : « *Parfois quand le cardio veut avoir des chiffres inatteignables et qu'il se permet d'augmenter les posologies, je pense qu'à un moment donné, y'a un frein* » (Dr6), « *maintenant, réellement, je pense qu'on en donne beaucoup et beaucoup trop, parce qu'on n'a pas les mêmes objectifs. C'est-à-dire que les cardiologues soignent des cœurs, et nous, nous avons des patients (...). Je suis moi très sceptique sur l'intérêt des statines à fortes doses, ou l'intérêt de faire baisser plus. C'est pas le dosage de la statine qui me choque, c'est les objectifs que je trouve choquants (...). Maintenant c'est moins de 1g, moins de 0,7, bientôt il faudra atteindre zéro de LDL, alors on va voir ce que ça donne* » (Dr15).

- Les posologies sont d'emblée élevées : « *Ce que j'aurais peut-être tendance à dire, c'est qu'on y va peut-être un peu fort quelques fois. Quand un patient a eu un AVC, on va lui coller tout de suite l'atorvastatine 80. On va pas chercher à savoir si finalement l'atorvastatine 40 suffirait (...). Mais ça, c'est l'hôpital, c'est pas les confrères de ville, c'est l'hôpital qui charge avec le 80, et puis basta pour la suite* » (Dr13).
- Il existe une pression à la prescription de la part des laboratoires pharmaceutiques. Les mots « *lobbying* », « *forcing à la prescription* » (Dr10), « *source de revenus énorme pour nos laboratoires* » (Dr11), sont revenus au cours des entretiens.
- Les patients sont demandeurs au travers d'une pression médiatique : « *C'est compliqué, il faut lutter contre l'imaginaire des patients et leur symbolique du cholestérol (...). Les patients sont demandeurs oui. Et au travers d'une pression médiatique. C'est-à-dire qu'ils sont demandeurs parce qu'ils entendent partout à la télé qu'il faut lutter contre le cholestérol* » (Dr7).
- En prévention primaire, il existe une peur de l'événement cardio-vasculaire : « *Quand vous avez un patient avec des taux de cholestérol circulant vraiment importants, bien qu'il soit en prévention primaire parce qu'il lui est rien arrivé, on a quand même envie d'aller plus loin (...) parce que c'est vrai que la peur, c'est se dire, on est passé à côté de quelque chose et on aurait dû le faire* » (Dr7).

Un seul médecin estime qu'il devrait en prescrire plus : « *C'est vrai, bon je le fais pas encore systématiquement de descendre à 0,8 ou 0,7. Déjà quand je suis à 1 chez les patients à risque, je suis déjà content même si je sais qu'il faudrait que je fasse mieux ; mais bon, on peut pas tout faire* » (Dr12).

Un médecin pense qu'elles sont tantôt trop prescrites, tantôt pas assez : « *Je veux pas dire de mal de mes confrères, donc j'aurais tendance à dire qu'il y a probablement beaucoup de mesutilisations, hélas des statines (...). Dans certains cas, par excès pour ceux qui sont favorables, et inversement sûrement par défaut chez les gens qui sont très sensibles à toutes les polémiques* » (Dr9).

3.3.2 Abord de la polémique en consultation

3.3.2.1 A l'initiative des patients

Dans la majorité des cabinets médicaux, ce sont les patients qui ont abordé la polémique avec leur médecin et non l'inverse. Les médecins estiment que ce n'est pas leur rôle d'aborder ce genre de question, et de risquer de semer le trouble dans l'esprit de leurs patients : « ***Toujours à la leur. Parce que je veux bien accueillir la polémique, mais je veux pas l'initier, j'estime que c'est pas à moi à faire ça, c'est pas mon rôle. En tous cas, c'est pas mon rôle de les y mettre*** » (Dr15), « ***c'est plus eux qui me l'évoquent, parce qu'ils sont maintenant tous informés. Je vais pas les pousser vers, par contre, s'ils me tendent la perche...*** » (Dr3).

S'ils ne l'abordent pas, c'est également par manque de temps : « ***J'en ai pas parlé quand on m'en parlait pas. Pour une raison simple, c'est quand même super chronophage*** » (Dr14), ou tout simplement par manque d'intérêt.

Cinq médecins ont d'ailleurs pris connaissance de l'existence d'une polémique par le biais de leurs patients : « ***En fait, je crois que la première fois, c'est un patient qui m'en a parlé*** » (Dr9), « ***c'est les patients. L'intérêt, c'est que c'est eux qui m'apportent leur ressenti, donc après, on en discute*** » (Dr 16).

Concernant la fréquence à laquelle la polémique a été abordée, celle-ci est très variable selon les médecins interrogés. Pour deux d'entre eux, la proportion des patients sous statines ayant évoqué la polémique est très importante : « ***Oh, c'est de plus en plus, donc je dirais qu'on a dépassé plus de la moitié*** » (Dr3), « ***à l'époque, c'était 60%, maintenant c'est 15%*** » (Dr4).

Pour cinq médecins, cette proportion était de l'ordre de 20 à 30% au moment de la sortie du livre. Pour 5 autres, cette proportion était faible ou très faible, les derniers médecins n'ayant pas pu la quantifier.

A noter que plusieurs des médecins ayant été fréquemment confrontés à la polémique (20 à 30% des patients sous statines, voire plus) ont une patientèle à niveau socio-culturel élevé. Un des médecins en fait d'ailleurs la remarque : « ***J'ai une population avec un niveau socio-culturel tel, que c'est vraiment les spécialistes du dossier sur leurs problématiques (...), donc ils en savent plus que moi sur la maladie*** » (Dr16).

Les questions relatives aux statines et à la polémique sont aujourd'hui moins fréquentes que lors de la sortie du livre. Un seul médecin estime, au contraire, que les patients en parlent de plus en plus fréquemment : « *Ah c'est sans arrêt, c'est même de plus en plus* » (Dr3). Pour tous les autres médecins, la polémique est encore abordée aujourd'hui de manière sporadique car les points de vue ont été échangés et les positions ont été prises. Elle peut être encore abordée par les nouveaux patients : « *Ça peut arriver sur les nouveaux patients, effectivement, parce que tous les autres finalement, on en a déjà parlé, soit eux, soit moi* » (Dr14). Certaines circonstances seraient également propices à la réémergence de questions relatives à la polémique, comme par exemple une nouvelle affaire sur un médicament, la diffusion d'une émission sur le sujet, ou la simple discussion avec un proche : « *De temps en temps, ça revient sur le devant de la scène, il suffit qu'ils discutent, je pense avec quelqu'un* » (Dr2), « *quand ils parlent d'une affaire sur les médicaments en général, mais pour l'instant, ça s'est un peu calmé* » (Dr9), « *je dirais que ça revient de façon récurrente, dès qu'il y a une émission télé sur un truc, ils vont vous reparler sur plusieurs choses en disant les médicaments, c'est quand même pas l'idéal* » (Dr13).

Les craintes des patients se polarisent aujourd'hui plutôt sur d'autres sujets polémiques (vaccins, Doliprane®), ou sur des sujets non médicaux, au gré de l'actualité : « *Je pense que la polémique s'est beaucoup beaucoup calmée. On est passé maintenant sur le Doliprane®* » (Dr4), « *je suis sûr que ça m'arrive encore et que ça va m'arriver...pas autant que les vaccins... En ce moment, c'est les vaccins* » (Dr5), « *il y a d'autres sujets d'actualité. Tant qu'il y aura des attentats, elles seront un peu tranquilles les statines et autres* » (Dr9).

Il ne semble pas exister de profil-type de patient abordant la polémique. Pour la plupart des médecins, il peut s'agir aussi bien de patients déjà sous statine, que ce soit en prévention primaire ou secondaire, que de patients chez qui une introduction de statine est discutée. Pour certains médecins, il semble que le sujet soit plus fréquemment abordé en prévention primaire : « *Celui qui a fait un infarctus, il remet pas en cause le traitement, je pense, c'est pas ce genre de patient qui remet en cause (...), c'est les gens pour qui on discute d'une introduction d'une statine* » (Dr5), « *en prévention secondaire, finalement, quand ils sont passés par la case cardio, c'est exceptionnel. Là, ils ont compris, ils jouent plus à ça (...), c'est exceptionnel qu'on ait un refus* » (Dr12).

3.3.2.2 A l'initiative des médecins

Une minorité de médecins ont choisi d'aborder d'eux-mêmes la polémique avec leurs patients, pour diverses raisons. Ce peut-être avec des patients véhéments et très à l'écoute des polémiques : « *Ca m'est arrivé très rarement mais des patients qui ont tendance à parler souvent des polémiques, avant qu'ils en parlent, on prend les devants* » (Dr9).

Cela peut également concerner des patients qui n'oseraient pas, a priori, aborder la question spontanément, afin d'éviter qu'ils n'arrêtent leur traitement sans en informer le médecin : « *J'ai lancé le débat sur ceux qui avaient des statines. Quand j'ai eu quelques questions, après, j'ai dit aux gens..., parce qu'il y a des gens qui osent pas vous en parler, je leur ai dit : et pour vous, ça vous pose pas de problème de continuer la statine ? Ah, Docteur, justement, j'ai entendu ça, qu'est-ce que vous en pensez ? (...) pour que le patient continue un traitement, il faut qu'il soit rassuré et quelquefois, il n'ose pas vous le dire* » (Dr16).

La polémique a également pu être abordée par le médecin afin de renforcer le dialogue avec son patient et permettre à ce dernier d'être plus impliqué dans sa prise en charge : « *Je trouve ça intéressant d'échanger avec les gens, qu'ils s'impliquent un peu dans leur traitement, qu'ils comprennent le pourquoi du comment (...). Je dis « ah, vous prenez telle statine, est-ce que vous avez entendu parler de la chose, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous voulez savoir ce que j'en pense moi ?* » (Dr11).

3.3.3 **Connaissance et compréhension de la polémique**

3.3.3.1 Par les patients

D'après les médecins interrogés, les patients avaient eu connaissance de la polémique par les médias (télévision, radio, presse écrite) et grâce à internet. Très peu d'entre eux avaient lu le livre du Pr. Even : « *Je crois que j'ai dû en avoir 1 ou 2 qui s'étaient penchés dessus* » (Dr15). Ils avaient avant tout retenu que les statines étaient des médicaments inutiles : « *Est-ce que c'est vraiment utile que je prenne ça ?* » (Dr11), « *en gros, la statine n'est pas utile, elle sert à rien* », et sources d'effets secondaires, notamment musculaires : « *C'est pas bon, ça entraîne des problèmes. C'est très vague* » (Dr2), « *pas bon pour la santé* » (Dr14), « *que c'était très toxique, que ça allait les tuer autrement, quoi. J'exagère mais qu'il allait leur arriver plein de choses. Et qu'il y avait des problèmes de muscles, ben c'est pas un scoop* » (Dr16). L'idée

de danger revenait de manière récurrente : « *Ils en avaient retenu que c'était dangereux et c'était ce qui était mis en avant par beaucoup de média* » (Dr15).

Quelques patients avaient retenu que les enjeux financiers du cholestérol étaient colossaux et que les laboratoires profitaient de cet énorme marché en se basant sur des études falsifiées : « *Que le laboratoire se faisait de l'argent en ayant fait des études qui n'étaient pas vraies* » (Dr16).

3.3.3.2 Par les médecins

Lorsque l'on demande aux médecins ce qu'évoque pour eux la polémique autour des statines, les réponses ne sont pas unanimes. C'est le livre écrit par le Pr. Even qui est évoqué en premier, spontanément par 6 d'entre eux.

Pour un des médecins, c'est au retrait du Staltor® qu'il pense en premier (Dr2).

Un médecin, lui, fait allusion à la mise en place de l'entente préalable pour la prescription de certains hypocholestérolémians lorsqu'on évoque la polémique (Dr10).

Est également cité un livre sorti il y a 2 ans qui remettait en question les études américaines sur l'utilisation des statines : « *C'était une étude qui avait été faite à l'époque, qui mettait en avant que le cholestérol était un facteur de risque principal des complications cardio-vasculaires, et qu'ils n'avaient pas mis, à l'époque, le tabac, et qu'il y avait en fin de compte un biais de sélection énorme et qu'en réalité, on remettait tout à fait en question le fait que le cholestérol soit si important comme facteur de risque* » (Dr11).

Parmi les médecins n'ayant pas cité spontanément le livre du Pr. Even, tous en ont eu connaissance, à l'exception d'un seul, qui n'en a jamais entendu parler.

En revanche, ils ont quasiment tous oublié le nom du Professeur qui a écrit le livre, et parviennent rarement à le situer dans le temps. Cela varie entre 5 ans et l'été 2014 : « *C'était le Professeur, j'ai oublié son nom (...) qui a écrit que les statines ne devaient pas être utilisées* » (Dr7), « *oh 3-4 ans avec le Professeur...je sais plus qui, qui a sorti un bouquin là-dessus et dont les patients nous ont beaucoup parlé* » (Dr12), « *y' a un bouquin qui est sorti, là, le fameux bouquin de je ne sais plus quel Professeur...* » (Dr13).

Un seul des 16 médecins a lu le livre, après avoir eu à faire face à des questions de patients, car elle souhaitait y répondre de manière plus pertinente : « *Parce que les patients me posaient des questions. Quand c'est sorti, ça a fait un tel tollé que les patients très rapidement sont venus*

poser des questions. Au bout de la 10^{ème} question, j'en ai eu marre de répondre : « voilà, ce que moi, je peux vous dire là-dessus, c'est ça. Je sais pas ce qu'il a écrit, de ce que j'ai entendu, il me semble que... », mais je me suis dit, je vais aller voir » (Dr15).

Un des médecins a téléchargé le livre, mais ne l'a finalement pas lu (Dr5). Pour un autre, le livre lui a été offert, mais il ne l'a pas lu, volontairement car il ne voulait pas « *rentrer dans le jeu* » (Dr3). Les autres ne l'ont pas lu: « *Ce genre de livre, je sais pas si en tant que médecin, on a envie de les lire* » (Dr6).

Très peu de médecins ont fait des recherches complémentaires sur les statines, les causes et le contenu de la polémique. La raison invoquée est d'abord l'absence d'intérêt pour ce type de polémique : « *Très vaguement, je m'en occupe pas* » (Dr1), « *non, ça m'intéressait pas. (...) je suis restée sur mes positions* » (Dr4), « *moi, ça m'a vacciné l'interview, j'ai même pas eu envie d'aller plus loin* » (Dr6), « *non, parce que j'y crois pas à son truc* » (Dr12).

Une autre raison exprimée est le manque de temps pour faire ce genre de recherches : « *J'aimerais bien faire des recherches sur plein de choses, mais y'a un truc qui me manque énormément, c'est le temps* » (Dr14).

Trois médecins ont finalement fait des recherches complémentaires sur le sujet, en allant chercher « *les différents articles qui reprenaient les propos de ce Professeur* » (Dr9), en écoutant « *quelques interviews en replay sur la radio* » (Dr11), en en débattant avec des confrères : « *Mes différentes positions et mes activités professionnelles diverses font que j'ai été en contact avec différents mouvements de médecins, y'en a qui sont pour, d'autres qui sont contre, et là, on en a parlé* » (Dr9).

L'un d'entre eux a orienté ses recherches sur la pharmacologie des statines suite à l'intervention médiatisée « *pour être plus précise et pour apporter des renseignements qui ne soient pas nuls, qui soient des vrais renseignements* » (Dr16).

Aussi, quand on interroge les médecins sur le contenu de la polémique, les propos sont assez imprécis : « *Que les statines étaient plus dangereuses que...une balance bénéfice-risque négative* » (Dr5), « *un brulot contre les médicaments en général* » (Dr6), « *que les statines ne devaient pas être utilisées* » (Dr7), « *que les statines étaient plus dangereuses qu'efficaces et qu'on pouvait s'en passer et que c'était un problème de laboratoire, pour financer les laboratoires* » (Dr12).

Un seul médecin a retenu que le livre remettait en cause le rôle du cholestérol dans la formation des plaques d'athérome : « *Qu'on n'a pas forcément intérêt à vouloir faire baisser le cholestérol comme on l'a fait pendant un temps* » (Dr3).

Plusieurs médecins ont, en revanche, retenu que les médecins et leur lien avec les laboratoires étaient visés par la polémique : « *Les cardiologues étaient tous des idiots parce qu'ils étaient payés par les labos pour vendre des statines* » (Dr5), « *j'ai même un article d'un gentil professeur qui disait que les médecins étaient tous des vendus avec les labos* » (Dr9).

3.3.4 Ressenti par rapport à la polémique

3.3.4.1 Une démarche commerciale portée par une personnalité critiquée

Une majorité de médecin ne s'est pas intéressée au contenu de la polémique car ils estiment que le but recherché était purement commercial : « *Elles émanaient d'un Professeur agrégé de pneumologie, et qui, je pense, voulait vendre un petit peu son bouquin* » (Dr2), « *je pense que les deux professeurs qui avaient voulu faire le buzz, leur but était quand même de vendre des livres, sinon, ils auraient fait ça sur un article, là, ils ont quand même fait un livre qui se vend* » (Dr6).

Certains pensent que l'auteur du livre manque de légitimité sur le sujet : « *Je vois pas ce qu'un pneumologue peut critiquer en prévention cardio-vasculaire, donc ça m'a fait sourire* ». (Dr2), « *je leur ai dit que la polémique était partie d'un pneumologue qui n'avait rien à voir là-dedans, qui n'y connaît rien, c'est pas sa spécialité* » (Dr4).

Un autre médecin estime que l'auteur est sujet à caution, ce qui rend ses propos moins crédibles : « *Ce Professeur Even avait déjà été épinglé par le Conseil de l'Ordre dans les années 85-87, en prétendant savoir soigner le SIDA avec la ciclosporine. Donc à partir du moment où quelqu'un qui lance une polémique est déjà quelqu'un qui est sujet à caution, automatiquement j'ai tendance à aller à l'opposé de son opinion* » (Dr9).

3.3.4.2 A propos du contenu du livre

Les médecins interrogés n'ont pas tous réagi de la même manière aux idées développées par le Pr. Even. Certains remettaient radicalement en cause le contenu du livre : « *Comme une belle connerie* » (Dr12). D'autres étaient plus nuancés. Certains propos leur paraissaient erronés :

« *Y'a des propos qui me choquaient quand il disait qu'il n'y avait jamais eu d'étude sur l'intérêt des statines, ce qui est faux* » (Dr9). D'autres idées leur paraissaient justes, notamment sur les liens entre les médecins et l'industrie pharmaceutique : « *Je me dis qu'on prescrit sûrement beaucoup de médicaments et je suis persuadée qu'il y a un lobby pharmaceutique en France particulièrement efficace (...), on est très fric, ils ont un peu trop de pouvoir, ça je suis d'accord* » (Dr13), ou l'absence de preuve de l'intérêt des statines en prévention primaire : « *C'est qu'effectivement si on abaissait le taux biologique du cholestérol circulant, LDL, HDL, ou total, on n'a pas montré une efficacité en termes de morbidité à long terme en prévention primaire* » (Dr7).

3.3.4.3 Mise en cause des media

Au-delà du contenu-même du livre, plusieurs médecins critiquent les interventions médiatiques de son auteur. Certains estiment qu'il exagérerait ses propos pour alimenter la polémique, ce qui empêcherait tout débat constructif : « *Dans tout ce qu'il dit, y'a des choses très intéressantes et puis malheureusement pour marquer les esprits, il est un peu outrancier (...), on peut dire que globalement, on est à la louche assez d'accord avec lui. Mais dès qu'on l'entend en interview, on est déjà beaucoup moins d'accord* » (Dr11), « *je pense qu'il a été un peu excessif, il faut pour faire une pression médiatique, je suis pas certain qu'il pense ça totalement* » (Dr7), « *j'aurais aimé que la forme soit plus douce afin qu'on puisse peut-être plus écouter le fond et un peu moins la forme* » (Dr11), « *le problème c'est qu'il a une personnalité un peu pétard, c'est aussi ce qui a fait que ça lui permet d'aller jusque-là. Mais d'un autre côté, le fond me paraissait tout à fait honorable, la forme a été, je pense, pas forcément très bonne* » (Dr15).

Les journalistes sont également mis en cause car ils simplifieraient le discours à outrance, par incompetence ou parti pris, pour marquer les esprits. Plusieurs médecins déplorent le fait que les journalistes qui traitent ce genre de sujets sont des non scientifiques, des non médecins, qui ne maîtrisent pas ce dont ils parlent. Le message véhiculé et que les patients retiennent est assez éloigné du discours initial, avec à la clé, encore une fois, un débat peu constructif : « *La plupart des journalistes qui interviewent les médecins ou même les scientifiques, ce sont des journalistes non scientifiques (...) et les questions sont pas toujours pertinentes* » (Dr11), « *c'est forcément négatif tel que c'est fait, ça pourrait être intéressant si on lançait réellement un débat, qu'on ait possibilité d'apporter des explications (...), mais après voilà, il faut considérer les gens comme intelligents et pas toujours comme des imbéciles* » (Dr15).

Selon un des médecins, ce genre de polémique aurait finalement pour but, de polariser l'attention du grand public, à des fins politiques, pour mieux faire passer une loi ou une décision impopulaire : « *C'est très intéressant de faire les rapprochements sur l'annonce des grands soucis médicaux (...) et ce qu'ils font passer derrière (...). Tant qu'on va l'utiliser comme outil de ce genre, on n'aura pas de débat constructif, parce qu'on fera marcher le système* » (Dr15).

Cependant, un des médecins souligne que certains patients sont heureusement devenus critiques envers les médias qui alimentent toujours plus de polémique et seraient de moins en moins sensibles aux informations médicales qu'ils véhiculent: « *Les gens, très bizarrement, ils étaient plutôt critiques envers les alertes, en disant « ils veulent vraiment qu'on dérembourse tout ». C'est plutôt dans ce style-là. Ils commencent à être critiques alors que la question méritait de se poser. J'ai peu de personnes qui avaient peur du Doliprane®, et beaucoup qui se disaient : bon, y'en a marre maintenant, en gros il faut avoir des médicaments plus light que light* » (Dr11).

3.3.5 Impact sur les traitements par statines

3.3.5.1 Des arrêts spontanés de traitements

Après la sortie du livre, quasiment tous les médecins ont constaté que certains de leurs patients avaient spontanément arrêté leur statine, sans leur en parler au préalable. Ces arrêts concernaient une faible proportion de patients. Seuls deux médecins affirment ne pas y avoir été confrontés. Des arrêts spontanés de traitement sont d'ailleurs fréquemment observés en temps normal, puisqu'il s'agit d'un traitement chronique. Mais ils semblent avoir été un peu plus importants au moment de la polémique. Plusieurs médecins ont été très surpris, voire vexés par cette attitude : « *Par contre les patients, oui eux, y'en a qui se sont cru autorisés à arrêter leur statine* » (Dr1), « *j'en ai même qui arrêtent et me le demandent pas d'abord* » (Dr3), « *avec les statines, à ce moment-là, y'a eu un décrochage un peu plus important, mais pas non plus la catastrophe* » (Dr11).

Les médecins pensent qu'ils sous-estiment probablement la proportion de patients ayant arrêté leur traitement à la suite de l'intervention médiatique : « *Je sais pas ce qu'ils font dans mon dos, s'ils le prennent bien, ça j'en suis consciente* » (Dr10).

Les arrêts ont été temporaires et les médecins estiment que la plupart de leurs patients ont repris leur statine rapidement. Le dialogue et les arguments qu'ils ont avancés ont permis de convaincre les patients de l'utilité du traitement : « *On arrivait à les retourner facilement, une fois qu'on leur a expliqué que c'était pour leur bien* » (Dr9). C'est parfois en faisant un bilan biologique quelques mois après l'arrêt de la statine que certains ont réussi à convaincre leurs patients de l'importance du médicament : « *Quand ils ont vu à quel point les chiffres étaient remontés, et bien, ils ont repris leur statine. Ils se sont quand même dit : bon ben là, y'a des risques* » (Dr13).

Un des médecins insiste sur le fait qu'il est finalement plus facile pour le patient de prendre le traitement que d'envisager de redoubler d'efforts hygiéno-diététiques : « *Quand on rediscute, ben finalement, c'est plus facile de prendre le cachet, il les dédouane de pas mal de choses* » (Dr13).

Toutefois, la plupart des médecins estime avoir toujours dans leur patientèle, des personnes qui refusent de prendre des statines, mais cela représente quelques cas marginaux : « *Je pense que certains ont suivi, la totalité c'est pas vrai* » (Dr7), mais « *très peu finalement* » (Dr12).

3.3.5.2 Des orientations vers d'autres molécules

Plusieurs médecins rapportent que certains de leurs patients ont également choisi, de leur propre initiative, de remplacer leur traitement par la levure de riz rouge, sur les conseils de leur entourage, ou suite à des recherches personnelles, mais n'en ont pas forcément parlé à leur médecin, ou très tardivement : « *Si je passe sur la proportion de gens qui sont passés sous levure de riz rouge, j'en ai un qui me l'a jamais dit, enfin..., il me l'a dit 1 an après, qu'il prenait plus la statine* » (Dr16).

Une fois informés, la plupart des médecins ont expliqué à leur patient qu'il s'agissait en fait d'une statine : « *Depuis quelques temps, la grande mode, c'est le riz rouge (...). Je leur ai dit c'est simplement une statine* » (Dr9). Ils ont parfois maintenu ce traitement si l'objectif de LDL était atteint, sous surveillance biologique et clinique : « *Ils ont les mêmes effets secondaires, donc si c'est votre levure de riz rouge, on va le marquer et puis on surveillera les effets secondaires comme n'importe quelle statine* » (Dr16).

Parmi ces patients, certains ont arrêté la levure de riz rouge et repris leur statine pour des raisons de coût : « *J'en ai qui sont revenus aux statines parce que c'est remboursé. Faut pas pousser. S'ils finissent pas être convaincus que c'est la même chose* » (Dr16).

Les médecins ont également eu à faire face à des demandes d'alternatives aux statines de la part de patients souhaitant arrêter leur traitement : « *Je voudrais arrêter, qu'est-ce que vous me proposez d'autre ?* » (Dr3).

Pour certains médecins, il n'existe pas d'alternative. D'autres ont été amené à proposer des fibrates, mais avec une efficacité moindre sur le cholestérol, des effets secondaires proches des statines et un niveau de preuve faible. Les résines échangeuses d'ions (Questran®) sont citées par 2 médecins, mais utilisées de manière exceptionnelle en raison de la mauvaise tolérance. L'ezetrol est parfois cité, mais peu utilisé comme alternative aux statines. Les médecins l'utilisent plutôt en association, de manière à diminuer la dose de statine et limiter les effets secondaires.

C'est finalement la levure de riz rouge qui est le plus souvent proposée par les médecins comme alternative aux statines classiques. Cinq médecins ont eu recours à ce traitement chez certains patients qui présentaient des problèmes de tolérance aux statines ou souhaitaient arrêter leur statine par crainte. Ils estiment que la levure de riz rouge est efficace pour faire baisser le LDL, parfois mieux acceptée et mieux tolérée, mais son non-remboursement en limite l'utilisation. Se pose également le problème de l'absorption qui ne serait peut-être pas linéaire et de l'absence d'études les concernant : « *Sur les conseils aussi de la cardiologue. La cardio a dit « bon, on peut essayer ça », en sachant qu'un autre cardio m'a dit « l'absorption n'est quand même pas toujours linéaire, donc attention », mais à partir du moment où le LDL est aux alentours de 1, là, je le laisse à sa levure de riz rouge* » (Dr13), « *on passe à la levure de riz rouge et 9 fois sur 10, ça marche. Quand je dis que ça marche, c'est que j'ai pas les effets secondaires (...), le problème auquel on se heurte, c'est le non-remboursement* » (Dr15).

Pour un des médecins, la levure de riz rouge n'est absolument pas envisageable : « *Attends, le diabétique, qui a l'hypertension, qui a fait un infarctus, on va pas le mettre sous levure de riz rouge ou riz j'sais pas quoi, c'est pas sérieux* » (Dr1).

A l'opposé, un des médecins propose la levure de riz rouge, la consommation de thé Hao Ling et de millet aux patients souhaitant une alternative aux statines et qui ont, de toutes façons, perdu confiance dans le médicament en général : « *Les gens qui veulent arrêter les statines, c'est les gens qui ont perdu confiance dans les médicaments. Ca s'enchaîne. On a plus confiance dans les statines, mais est-ce que vos autres médicaments, c'est pas le même bordel ?* » (Dr3).

Enfin, un des médecins propose une alternative aux statines à certains de ses patients en prévention primaire, dans le domaine de la micro-nutrition, avec le Limicol® (Dr14).

3.3.5.3 La remise en cause de certaines prescriptions

La plupart des médecins disent ne pas avoir remis en cause leurs prescriptions de statines à la suite à la polémique, car elle émanait d'un personnage sujet à caution, et non d'instances autorisées : « ***Je ne m'en occupe pas parce que moi, je fais attention aux recommandations (...) tant que l'HAS ou l'AFSSAPS, ou les instances autorisées ne donnent pas de renseignements*** » (Dr1). Arrêter les statines leur semblait, de toute façon, problématique sur le plan médico-légal : « ***En plus, arrêter les statines, c'est quelque chose de très compliqué, il faut bien peser ses indications, faut être sûr de son coup, parce que s'il fait un infarctus derrière, je pense que le procès ne va pas tarder à suivre*** » (Dr5).

Toutefois, cinq des médecins interrogés pensent avoir été influencés par la polémique, dans leur manière de prescrire les statines ou dans leur opinion sur ces médicaments.

- Pour l'un d'entre eux, ses prescriptions de statines ont diminué suite à la polémique, au profit de la levure de riz rouge, du thé Hao Ling ou du millet : « ***J'en prescris beaucoup moins (...), j'ai essayé sous contrôle biologique d'en arrêter quelques-uns, quand les chiffres sont pas très élevés, donc là, on arrête, on fait prendre du thé Hao ling. (...), ils boivent tous du thé Hao Ling, ils bouffent tous du millet le matin, et ça marche*** » (Dr3).
- Chez l'un d'entre eux, la polémique a suscité des doutes sur l'usage des statines en prévention primaire sans pour autant changer ses habitudes de prescription : « ***Je me pose plus de questions et j'attends beaucoup des réponses futures (...). Pour l'instant, je n'ai pas remis en question, en tous cas en prévention secondaire, clairement non. En prévention primaire, je me pose plus de questions, mais j'ai pas eu l'impression de vraiment modifier, pour l'instant, mon mode de prescription*** » (Dr11).
- Deux d'entre eux ont redoublé de vigilance sur les indications des statines et ont été amenés à arrêter des traitements qu'ils jugeaient hors indication : « ***Disons que cette polémique m'a rendu un peu plus certain de ce que je pensais et un peu plus vindicatif par rapport à la prescription et vouloir l'arrêter*** » (Dr7), « ***je me suis peut-être plus posée de questions à vraiment bien vérifier l'indication du traitement sans forcément en parler*** » (Dr14).
- Un des médecins pense avoir été influencée car elle constate lever un peu le pied sur les statines, par prudence : « ***Peut-être qu'inconsciemment, j'ai été influencée (...), je lève un peu le pied (...). Comme je suis prudente, quand y'a des gens qui mettent les pieds***

dans le plat et qui disent : attention ces médicaments sont plus dangereux qu'efficaces, ou quand on les prescrit trop parce qu'il y a un forcing, qu'il y a un dumping etc., si si j'y suis sensible » (Dr10).

Ces médecins ont donc remis en question certaines de leurs habitudes, ce qu'ils perçoivent comme quelque chose de positif : *« Je pense que c'est toujours intéressant de se poser la question, de remettre en question » (Dr11), « le bienfait, c'est de se poser des questions plutôt que de faire les choses mécaniquement (...), c'est important que les deux se posent des questions, c'est quelque chose d'évolutif la médecine » (Dr14).*

3.3.5.4 Plus d'informations autour des prescriptions

Lorsque la polémique a été abordée en consultation par les patients, ils étaient quelques-uns à vouloir arrêter leur statine. Toutefois, les médecins insistent sur le fait que la plupart cherchaient avant tout à recueillir leur avis et savoir s'il y avait un danger pour eux à poursuivre leur traitement. La polémique a donc suscité un dialogue.

Les médecins ont pris le temps d'expliquer leur point de vue : *« Y'a un temps d'explications qui malheureusement est important, qu'on est obligé de prendre » (Dr12).* Plusieurs ont réexpliqué le rôle du cholestérol dans les maladies cardiovasculaires. Ils ont insisté sur le rapport bénéfice-risque favorable des statines : *« En expliquant le bénéfice à prescrire une statine, quel était l'intérêt, en leur expliquant que quand on prescrit un médicament, y'a toujours cet effet d'équilibre, à partir du moment où le bénéfice est largement supérieur au risque, ça vaut le coup, à partir du moment où la balance s'inverse, on révisé » (Dr12).*

Deux d'entre eux ont aussi expliqué à leurs patients que ce rapport bénéfice-risque était aujourd'hui favorable, mais que des études étaient en cours et que les connaissances sur les médicaments évoluaient, donc qu'ils pourraient être amenés à changer de position en fonction des résultats : *« Je dis que pour l'instant, dans l'état actuel de nos connaissances, on protège mieux leur petit cœur et que ça vaut le coup quand même » (Dr11), « je leur ai expliqué qu'on avançait de toute manière, que c'était des études de cohorte, mais qu'on n'était pas suffisamment avancé aujourd'hui mais qu'il y aurait des possibilités de dire, peut-être qu'un jour, il faudrait prendre autre chose qu'une statine » (Dr16).*

Plusieurs médecins ont rappelé que des études scientifiques avaient permis de valider leur utilité en prévention cardiovasculaire. Ils ont rassuré leurs patients en expliquant que des instances

étaient là pour surveiller les médicaments : « *Que tout médicament sur le marché est toujours en constante surveillance* » (Dr2), « *ce serait dommage, on l'a, on le connaît, on le surveille, on fait attention, c'est comme tous les médicaments* » (Dr12).

La polémique a également permis à certains médecins d'engager un dialogue avec le patient sur les aspects non médicamenteux du traitement, en insistant sur les règles hygiéno-diététiques par exemple : « *Ça permet effectivement d'aborder d'autres choses, d'autres aspects de la thérapeutique, qui ne passe pas par le sacro-saint médicament* » (Dr14).

Encore aujourd'hui, les médecins estiment passer plus de temps à expliquer les raisons du traitement et les risques d'effets indésirables : « *On avait tendance à prescrire des statines sans trop avoir de réticences du patient, maintenant, à chaque fois qu'on veut prescrire une statine, on la justifie* » (Dr9).

3.3.6 Impact sur la relation de confiance envers les acteurs de santé et les médicaments

3.3.6.1 Impact sur la relation médecin-patient

Une grande majorité de médecins estime que l'intervention médiatisée n'a pas eu d'impact sur la relation médecin-patient. Les patients gardent une grande confiance dans leur médecin traitant, bien plus que dans les médias, ou dans les propos d'un professeur inconnu d'eux : « *Comme la polémique, elle vient d'en haut, d'un grand patron, d'un bouquin, qu'elle est médiatique, ça n'interfère pas dans la relation médecin-patient directement, quand on est en colloque singulier, ça n'interfère pas* » (Dr7), « *on est dans un pays où heureusement, les gens ont terriblement confiance en leur médecin généraliste (...). Donc j'ai pas l'impression que ça ait grandement changé notre relation, si ce n'est qu'il y a plus d'interactions* » (Dr11).

A partir du moment où une relation de confiance est établie, ce genre de polémique ne va pas la remettre en cause, surtout lorsqu'il s'agit de patients suivis de longue date : « *Nos patients, ceux qu'on suit depuis longtemps, non ils nous font confiance (...), pour l'instant, on a encore un impact très important sur le patient* » (Dr9), « *je ne trouve pas que ça ait changé grand-chose à la confiance mutuelle qu'on a entre nous. Parce qu'à partir du moment où elle est établie, et où on connaît les gens, ça va pas changer grand-chose. Ils vont plutôt nous écouter nous, in fine, qu'un bouquin* » (Dr13).

Pour certains, la confiance est à la base-même de la relation médecin-malade. Sans confiance, il ne peut y avoir de relation de soins : « *Je leur dis, si vous faites pas confiance, c'est pas possible de continuer (...), je pense que la confiance, c'est l'arme absolue* » (Dr6).

Quelques médecins ont l'impression que ce type d'intervention médiatisée pourrait tout de même « *mettre en danger la relation médecin-malade sur le plan de la confiance* » (Dr12), et modifier le rapport de force entre médecin et patient. Le patient, grâce aux informations prises sur internet ou dans les médias, est devenu plus critique. Il n'a plus une confiance aveugle dans la parole de son médecin, mais lui demande des explications, si bien que le médecin se trouve en position de devoir se justifier : « *Comme pour les vaccins. Y'a une défiance (...), y'a besoin de négocier chaque fois qu'on veut mettre un traitement* » (Dr9).

Cette évolution de la relation médecin-patient n'est pas vécue de la même manière par tous les médecins. Certains estiment que les patients sont « *plus réactifs (...), pas moins confiants mais plus critiques* » (Dr8), ce qui permet de rééquilibrer les rapports de force : « *Ça permet de nous asticoter un peu et d'être plus à la recherche d'informations* » (Dr8), « *ça permet de réfléchir, et de faire un contre-pouvoir. Pour les patients d'être moins passifs et d'être critiques* » (Dr10).

3.3.6.2 Impact sur le rapport des patients aux médicaments

Les médecins sont assez unanimes pour dire que la multiplication des polémiques autour des médicaments est l'une des causes de la méfiance accrue des patients envers les médicaments et envers les laboratoires pharmaceutiques. Ils citent d'autres polémiques très récentes, comme celle autour du Doliprane® en solution buvable, ou plus anciennes comme celles autour du Motilium® ou de l'Advil®. Plusieurs font allusion aux vaccins et au scandale du Médiator® : « *De plus en plus et pour toutes les molécules. Ils sont vachement critiques. Les vaccins, tout ça...* » (Dr10), « *ça jette un peu la suspicion sur... pas tellement sur le médecin je pense, mais sur..., comme si les grands groupes pharmaceutiques voulaient vendre à tout prix leurs médicaments* » (Dr8).

Cette méfiance est plutôt perçue négativement par les médecins interrogés. En effet, si le patient doute de son traitement, il sera moins compliant. Il doutera de l'utilité et de l'efficacité de son traitement, sans forcément en parler à son médecin, avec, à la clé, un possible impact sanitaire : « *Y'a des patients qui depuis ont refusé de prendre des statines alors qu'ils ont l'indication spécifique. Ça met en danger la relation médecin-malade, sur le plan de la confiance, et y'a*

des risques sanitaires à moyen terme » (Dr12), « les patients doutent de ce qu'on va leur prescrire, de l'efficacité, et auront tendance à avoir une observance moindre, et on n'arrive pas toujours à le savoir » (Dr13).

Le médicament va être accusé de tous les maux et de tous les symptômes désagréables : « *Le problème de ce genre de communication, c'est qu'on met tout dans le même sac. Quand on diabolise un médicament, il a tous les défauts » (Dr15).*

Cependant, cette méfiance semble relative. Les patients sont sensibles aux informations qui font grand bruit dans les médias, comme la polémique autour des statines ou la liste de médicaments plus dangereux qu'utiles publiée par *Prescrire*, mais se posent peu de question sur d'autres médicaments banalisés : « *Ils sont très sensibles malgré tout à toutes les fameuses listes qui peuvent sortir à tort et à travers (...). Je crois vraiment qu'ils sont réactifs vis-à-vis de ce qu'ils peuvent lire ou entendre dans les médias (...) mais sur des choses courantes, ils se posent même pas la question, ils sont capables de prendre 4 Doliprane® par jour sans se demander ce que ça leur fait, alors qu'ils pourraient très bien se tuer avec » (Dr14).*

Mais cette méfiance renforcée vis-à-vis des médicaments n'a pas que des méfaits. Elle permet au patient de moins banaliser la prise de médicament et d'être plus vigilant sur les risques : « *Ils sont plus vigilants, et si ça pouvait déboucher sur moins d'accidents » (Dr8).*

3.3.6.3 Impact sur le rapport des médecins aux médicaments

Du côté des médecins, une majorité d'entre eux se disent de plus en plus vigilants quand ils prescrivent des médicaments. Il est difficile de savoir quel rôle ont pu jouer les différentes polémiques autour des médicaments dans cette évolution.

- Vigilants d'abord sur les effets secondaires : « *Je pense que je suis quand même plus méfiante et je fais beaucoup plus attention aux effets secondaires. Je me suis inscrite aux journées de pharmacovigilance sur Amiens, et j'avoue que depuis que je vais là-bas, je suis quand même plus attentive (...), je pense que je suis comme mes patients, faut être vigilant quoi. J'ai quand même vécu par exemple le Cholstat® (...), j'ai vécu le Mediator®, j'ai vécu le sang contaminé, j'ai vécu des tas de choses comme ça » (Dr8).*
- Vigilants vis-à-vis des nouvelles molécules. Plusieurs médecins sont assez suspicieux vis-à-vis des nouveaux traitements. Ils prescrivent les médicaments qu'ils connaissent bien et ceux pour lesquels le recul est important: « *Je pense que je suis quand même*

un peu plus réticente vis-à-vis de certaines molécules nouvelles, qui ne sont pas généralisées, qui coûtent un peu plus cher et qui n'apportent pas forcément une amélioration thérapeutique » (Dr2), « je prescris plutôt ce que je connais, ce que je maîtrise. Je ne me laisse pas non plus influencer par les spécialistes » (Dr10).

- Vigilants vis-à-vis des laboratoires et des études qu'ils présentent. Ils sont plusieurs à ne plus les recevoir, car ils n'ont plus confiance dans leur discours : « *Je n'ai aucune confiance dans leur discours. Le discours du laboratoire, c'est un discours marketing, l'objectif c'est de vendre, c'est pas nécessairement d'apporter du bien au patient » (Dr7), « c'est vrai qu'on a une méfiance un peu plus accrue. Dans le discours de certains laboratoires, on s'aperçoit qu'ils sont pas toujours très transparents » (Dr9).*
- Vigilants vis-à-vis des génériques. Certains médecins, comme leurs patients, sont méfiants vis-à-vis de certains génériques. Ils parlent d'une moindre efficacité, ou d'effets secondaires plus nombreux : « *Elle est correcte, sauf pour certains génériques, qui ont des effets secondaires notoires par rapport aux princeps » (Dr12), « pour avoir essayé des génériques à titre personnel, je peux vous certifier qu'il y a un générique d'un IPP qui n'est absolument pas aussi efficace que le princeps (...), donc ça arrive, c'est vrai, c'est pas que dans la tête » (Dr11).*

Cependant, une telle polémique peut aussi renforcer la sécurité du médicament ou du produit de santé en conduisant à de nouvelles études, et permettre ainsi aux médecins d'être plus confiants dans leurs prescriptions : « *C'est bien aussi que les médias remuent aussi un peu les choses, parce que ça pousse à faire d'autres études et aux laboratoires de se justifier sur certaines choses » (Dr1), « ça peut faire avancer les données sur les médicaments, oui bien sûr. On peut se poser des questions, on va faire des études. On a beaucoup parlé de l'hépatite virale B en son temps où y'a eu une polémique. Ça a permis plein d'études, on a appris plein de choses sur les vaccins, sur l'hépatite B, sur la sclérose en plaques, on a progressé. Et maintenant, on peut dire qu'on peut y aller franco avec énormément de sécurité » (Dr11).*

3.3.6.4 Le rôle des autorités sanitaires

Selon certains médecins, si la multiplication des polémiques dans les médias a rendu les patients plus méfiants envers les médicaments, c'est aussi parce que la communication des autorités de santé sur les médicaments est défailante et sème le trouble dans l'esprit des gens. La communication faite autour du déremboursement de certains médicaments est citée en exemple. Les patients ont retenu que les médicaments sont déremboursés parce qu'inutiles, ce qui discrédite

l'ensemble des médicaments. Plusieurs médecins ont aussi exprimé leur mécontentement suite au déremboursement annoncé de l'olmesartan devant des risques accrus d'entéropathies potentiellement graves, plutôt qu'à son retrait : « *On est très énervé avec la politique par rapport à l'olmesartan, qui consiste, non pas à retirer le médicament, mais à le dérembourser, ce qui est une hypocrisie, à mon avis, énorme (...), c'est peut-être cette chose-là qui énerverait les gens, qui eux, vont pas comprendre* » (Dr11), « *très négativement (...) entre les déremboursements, que l'on fait en disant, ça sert à rien, au lieu de dire que ça rend moins service que les chimiothérapies à visée onco. Effectivement sur ce type de communication, les gens perdent confiance (...), les gens ont perdu confiance envers les médicaments, et surtout dans ce qu'il y a autour, le problème c'est qu'eux, ils font l'amalgame* » (Dr15).

Du côté des médecins, la situation est plus complexe. Certains gardent toute confiance dans les autorités qui délivrent les autorisations de mise sur le marché et le système de pharmacovigilance. Ils estiment être correctement informés sur les médicaments par les autorités sanitaires : « *Oui, je suis confiant parce qu'il y a des sommités qui se sont penchées sur la question (...), parce qu'il y a plus de normes, de recherches d'effets secondaires, plus de surveillance* » (Dr1).

Mais certains médecins estiment qu'ils manquent d'informations claires sur les médicaments et qu'il leur est parfois difficile de savoir quelle attitude adopter. Les directives des autorités sanitaires sont tardives, parfois confuses, que ce soit celles de la sécurité sociale au travers des courriers d'informations sur les risques ou précautions d'emploi de telle ou telle molécule, ou celles de l'ANSM : « *J'ose espérer que l'Agence nationale de la sécurité des médicaments améliore par contre ses outils de communication* » (Dr11). Un des médecins cite en exemple un courrier reçu de la sécurité sociale sur les restrictions d'utilisation du thiocochicoside, qui serait non daté, non signé, ou encore l'information sur le déremboursement programmé de l'olmesartan qui lui serait parvenu après que les patients aient été mis au courant par les media.

3.3.7 Comment le médecin peut-il se positionner face à ses patients dans un contexte de polémiques sanitaires à répétition

Pour beaucoup de médecins, la solution passe par le dialogue « *en lui expliquant, en prenant le temps* » (Dr15). Avant même qu'il y ait polémique, un des médecins estime que le patient

doit être informé de l'indication et l'utilité de chacun de ses médicaments, de la balance bénéfice-risque favorable, de manière à ce que le patient soit armé s'il est confronté à une polémique : « *C'est la discussion sur les raisons de prescription de leur médicament, donc c'est avant même qu'il y ait polémique, pourquoi on leur prescrit ceci et pourquoi c'est utile (...), ce qui fait qu'en fin de compte, quand les gens ont la polémique, ils ont déjà les outils pour avoir un peu de réflexion* » (Dr11).

Un autre médecin reconnaît que ce serait une attitude adéquate, mais que cela demande du temps que les médecins n'ont pas toujours : « *Avoir le temps, enfin prendre le temps au moment où il faut. Donner des informations (...), on n'a pas le temps, on prend pas le temps, et puis ça coûte trop cher, je comprends, ça coûte trop cher à la sécu* » (Dr16).

Certains médecins encouragent leurs patients à aller sur les bons sites ou les bonnes presses. Certains donnent à leurs patients le nom de certains sites qu'ils jugent fiables. Un autre leur recommande d'éviter d'écouter les médias, sources de beaucoup d'angoisse, ou les incite à prendre du recul vis-à-vis des informations qu'ils véhiculent : « *Je les invite à plus se prendre en charge eux, déjà. D'une façon générale, d'éviter d'écouter les médias parce que je pense que les médias nous apportent en ce moment que du négatif, et que ça les angoisse terriblement, que ce soit sur les statines ou sur autre chose* » (Dr13).

Un des médecins conclut en disant qu'il est difficile, pour le médecin, d'aider son patient dans un contexte de scandales sanitaires à répétition, puisqu'il est parfois compliqué pour lui-même de faire la part des choses dans la somme d'informations qu'il reçoit, alors qu'il est pourtant formé à l'esprit critique : « *Et déjà, nous, pour le coup, on a du mal, on reçoit plein d'informations. Bon, on est formé à avoir un esprit critique heureusement, mais il est relatif* » (Dr12).

4 DISCUSSION

4.1 Force de l'étude :

Notre travail de recherche avait pour objectif d'étudier l'impact d'une intervention médiatisée sur les consultations des patients traités par statines. Les consultations font intervenir deux parties, le médecin et le patient, qui vont ensuite entrer en interaction. Etudier l'impact sur les consultations revient donc à étudier l'impact sur chaque partie prenante à la consultation, mais également l'impact sur la relation qui se noue entre eux. Il s'agit donc d'une approche holistique, globale du phénomène. Ces éléments ne peuvent pas se mesurer objectivement et quantitativement. La réalisation d'une enquête qualitative est donc une technique de recherche adaptée à l'objectif de l'étude, puisqu'elle permet cette approche holistique du sujet étudié [38].

La technique de l'entretien semi-dirigé a permis de libérer la parole sur un sujet délicat, sur lequel les avis, comme nous avons pu l'observer, sont assez divergents. La manière dont chaque médecin a réagi à la polémique est notamment dépendante de sa personnalité, de son parcours professionnel et de l'évolution de sa pratique. Des entretiens individuels ont donc permis à chacun de se positionner sans être influencé par le regard de ses pairs, si ce n'est celui de l'enquêteur.

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de statines, et ce sont aussi les interlocuteurs privilégiés des patients lorsqu'un doute ou un questionnement sur leur santé survient. La population choisie correspond donc bien à la population cible.

Dans une étude qualitative, l'échantillon est destiné à inclure autant que possible les individus porteurs de critères pouvant affecter la variabilité des comportements [38]. L'échantillon constitué au fur et à mesure a inclus des médecins exerçant dans des contextes variés, avec des formations et des évolutions de carrières multiples et des personnalités, bien sûr, très différentes. Cette variabilité a permis d'obtenir une grande diversité d'opinions et d'expériences vécues sur le sujet. Il aurait été possible de poursuivre les entretiens en obtenant de nouveaux points de vue sur certains aspects de l'étude, mais il a été décidé de limiter l'échantillon à seize médecins lorsque n'émergeaient plus d'idées nouvelles sur les thèmes centraux de l'enquête.

Par ailleurs, il s'agit d'une étude originale car elle porte sur les conséquences d'une intervention médiatique à la fois sur les prescriptions de médicaments par les médecins et l'observance thérapeutique par les patients, mais aussi sur le comportement et la confiance du patient et du

médecin, au-delà du traitement. Plusieurs études ont, jusqu'à présent, étudié l'impact de la polémique autour des statines sur l'observance thérapeutique ou les événements cardiovasculaires [1] [39], mais aucune, à notre connaissance, n'avait étudié son impact sur les consultations et le colloque singulier entre le médecin et son patient.

4.2 Limites de l'étude

4.2.1 Biais de sélection

Les médecins sélectionnés résident sur un périmètre géographique limité, le département de l'Oise. Même si ce département offre une grande diversité de contextes économiques et socio-culturels, les médecins interrogés appartiennent essentiellement à des petites communes urbaines. Par ailleurs, certains médias sont propres à chaque département. C'est le cas par exemple de la presse locale ou de la télévision locale. Leur traitement spécifique de la polémique a pu impacter les résultats et en limiter la généralisation. Il serait donc judicieux que cette même étude soit réalisée dans d'autres départements français pour élargir le champ d'investigation.

Par ailleurs, l'échantillon regroupe des médecins ayant donné leur consentement pour participer à l'étude, ce qui peut représenter un biais. On peut se demander si les personnes ayant accepté de nous recevoir ne sont pas celles qui ont été particulièrement concernées ou intéressées par la polémique, ou au contraire, celles ayant été les plus agacées.

La taille de l'échantillon (n=16) est limitée si l'on se réfère à la diversité des opinions et ressentis sur un sujet aussi vaste que celui de notre étude. L'ensemble des médecins généralistes représente une population très hétérogène. Les résultats permettent donc d'entrevoir une réalité sur un terrain donné, à un moment donné, mais non de faire le tour de la question de manière exhaustive.

4.2.2 Biais d'investigation

Le chercheur était novice en matière de recherche qualitative. Or, concevoir, conduire et interpréter des entretiens semi-directifs nécessitent des compétences spécifiques. Le manque d'expérience a pu avoir un impact sur la qualité des entretiens, en induisant un discours superficiel, en particulier pour les premiers, ou en influençant les réponses. Les questions posées ont donc été les plus neutres possibles. Par ailleurs, le canevas d'entretien a évolué à l'issue des premiers

entretiens, car certaines questions apparaissaient trop fermées, si bien que certains points de l'étude n'ont pas été abordés avec les premiers médecins.

L'enquêteur était de la même profession que les enquêtés, ce qui a pu faciliter le dialogue mais aussi induire un biais. Les personnes interrogées pouvaient ainsi rechercher l'assentiment de l'enquêteur ou éprouver une réticence à se confier sur ce sujet sensible, de peur d'être jugées.

Les entretiens se sont tous déroulés aux cabinets des médecins. S'ils ont presque tous étaient réalisés en dehors des horaires de consultations, certains ont pu être interrompus par des appels téléphoniques ou l'arrivée du premier patient, ce qui est susceptible d'entraîner une perte d'informations. Certains, réalisés le soir, ont pu être impactés par un état de fatigue.

Globalement, puisqu'il s'agissait d'explorer un ressenti, une opinion, donc des paramètres liés aux affects, l'état d'esprit du participant au moment de l'entretien a pu influencer ses propos. C'est une des limites des entretiens semi-directifs qui donnent accès à des informations à un moment donné, dans un contexte particulier. Par ailleurs, les questions portaient sur un événement passé, dont le début remontait à trois années en arrière, ce qui a pu générer des difficultés de mémorisation et une perte d'information.

4.2.3 Biais d'interprétation

Lors de cette étude, nous n'avons pu vérifier la concordance entre les propos des médecins interrogés et l'interprétation que nous en avons faite. Le codage a été réalisé à partir des retranscriptions de manière rigoureuse et méthodique, mais il n'a pu échapper à une certaine part de subjectivité. Afin de limiter d'éventuels biais d'interprétation, un codage parallèle en aveugle aurait pu être réalisé par un deuxième chercheur, ce qui ne fut pas le cas. Cela a pu impacter la validité interne de notre étude, c'est-à-dire sa représentativité de la réalité.

4.3 A propos des résultats de l'étude

4.3.1 L'impact de l'intervention médiatisée sur les traitements par statines

D'après notre étude, certaines patientèles ont été fortement à l'écoute de la polémique, et ont choisi d'en parler avec leur médecin traitant, tandis que d'autres patientèles y ont très peu prêté attention et la question a alors rarement été abordée en consultation. Ainsi, dans certains cabi-

nets, les médecins rapportent que près de 60% des patients sous statines ont abordé la polémique. Plus fréquemment, le chiffre cité est de l'ordre de 20%, mais dans certains cabinets, il est proche de zéro.

C'est d'abord la variabilité de ces résultats qui est surprenante. Une des explications pourrait être dans la grande différence entre patientèles des médecins interrogés. Certains exercent au sein de populations appartenant à des catégories socio-professionnelles élevées, tandis que d'autres exercent dans des communes très défavorisées. Il existe des différences d'accès et d'intérêt porté aux médias entre ces deux types de populations. Par ailleurs, la personnalité du médecin peut avoir un impact sur la facilité avec laquelle le patient abordera une question délicate avec ce dernier. Certains patients ont pu être touchés par la polémique, mais n'auront pas osé aborder la question avec leur médecin. A l'inverse, dans notre étude, un des médecins estime que la polémique est de plus en plus souvent abordée par ses patients en consultation. Cette constatation singulière trouve certainement son explication dans la personnalité et l'attitude de ce médecin, qui dit avoir perdu confiance dans les médicaments et prône des solutions plus naturelles. Les patients n'hésitent alors pas à aborder la polémique en consultation, conscients d'y trouver une oreille attentive.

Quasiment tous les médecins interrogés ont constaté des arrêts spontanés de traitements dans les suites immédiates de la polémique, de manière assez variable selon les patientèles, et ce, en dépit de l'intervention d'associations, d'autorités de santé comme l'HAS ou de médecins demandant aux patients de ne pas interrompre leur traitement [32]. La plupart des patients concernés n'en avaient pas parlé au préalable avec leur médecin traitant et plusieurs d'entre eux ne l'ont fait qu'après plusieurs mois.

Ces observations semblent corroborer les résultats de l'étude EVANS déjà citée [1] qui évaluait l'impact de la controverse lancée par le Pr. Even sur les patients. Ils ont recruté au cours de leurs consultations du mois de mars 2013 (soit le mois suivant la sortie du livre) tous leurs patients sous statines, soit 142 sujets dont 74% en prévention secondaire. En prévention primaire, 19% des patients exprimaient des doutes sur les bénéfices du traitement, et 24,3% avaient l'intention d'interrompre leur traitement à la suite de la polémique, tandis qu'en prévention secondaire, ils étaient 10% à exprimer des doutes et 8,6% à avoir l'intention de l'arrêter. Il existe un biais de recrutement car les sujets de cette étude sont suivis en consultation de cardio-

logie, donc peut-être plus soucieux de leur santé, et la taille de l'échantillon est également limitée. Mais ces résultats suggèrent déjà que l'intervention dans les médias du Pr. Even a trouvé un large écho auprès des patients et a pu modifier leur comportement vis-à-vis de leur traitement.

Une autre étude française publiée en mai 2015, s'est intéressée à l'impact de l'intervention médiatique du Pr. Even sur la consommation de statines chez des patients de tous risques cardiovasculaires [39]. Il s'agissait d'une étude de cohorte incluant un peu plus de 30 000 utilisateurs de statines issus d'un échantillon de l'Assurance Maladie et suivis pendant sept mois à partir de mars 2013, donc juste après l'intervention du Pr. Even dans les médias. Trois autres cohortes ont été constituées afin de comparer l'évolution des tendances de consommation des statines en France en 2010, 2011 et 2012. Dans la cohorte d'intérêt, la persistance aux statines étaient de 93,5% (IC 95% [93,2-93,7]). Elle était de 95,8% (IC 95% [95,6-96,1]) dans la cohorte de 2012, de 95,6% (IC 95% [95,4-95,9]) dans la cohorte de 2011, et de 96,3% (IC 95% [96,0-96,5]) dans la cohorte de 2010. Par ailleurs, ces pourcentages étaient plus élevés parmi les patients aux antécédents de maladie coronaire et relativement similaires aux autres années. Selon les auteurs, la persistance aux statines était donc légèrement plus basse sept mois après mars 2013 comparativement aux années précédentes, et cette évolution pourrait être liée à l'intervention médiatique, même si aucun lien de causalité ne peut être établi.

Ces résultats sont assez proches de ce que les médecins de notre étude ont ressenti dans leurs cabinets. Ils parlent d'un « décrochage » un peu plus important dans les mois qui ont suivi, mais pas non plus dans des larges proportions. De la même manière, les médecins interrogés ont tendance à penser que ces arrêts ont plutôt concerné des patients en prévention primaire.

Ainsi, l'intervention médiatisée du Pr. Even pourrait avoir généré des arrêts de traitements par certains patients sous statines. Il serait intéressant réaliser une étude sur la base des données nationales de l'Assurance Maladie afin de confirmer ce résultat et en chiffrer l'importance.

A l'étranger, les statines ont aussi fait l'objet de controverses et d'interventions médiatiques qui ont pu impacter leur consommation. En Australie, une étude publiée en juin 2015 a mesuré l'impact de la diffusion d'une émission présentant les statines comme toxiques sur la délivrance de ces médicaments [40]. L'émission avait été diffusée en octobre 2013 sur la très populaire chaîne ABC. Les auteurs ont constaté une baisse hebdomadaire de délivrance de statines de 2,6% (IC 95% [-3,77 à -1,40]) sur la période d'observation de 8 mois, correspondant à 60 897 personnes qui auraient dû se voir prescrire des statines, et même de 6,03% (IC 95% [-8,28% à

-3,73%] chez les patients ne recevant aucun autre médicament à visée cardio-vasculaire ou antidiabétique. Les arrêts de traitement ont augmenté de 28,8% (IC 95% [15,4%-43,7%] durant la première semaine après diffusion de l'émission. Cet effet a diminué ensuite de 9% par semaine et les arrêts de traitement ont retrouvé un niveau habituel au bout de 18 semaines. Le type d'intervention médiatique, sa durée et son contenu ne sont bien sûr pas les mêmes que dans notre étude, mais les résultats observés témoignent de l'influence possible des médias sur l'observance des patients, et la fragilité du rapport de confiance que ces derniers entretiennent avec les médicaments. Ils mettent également en lumière la rapidité avec laquelle les médias influencent les comportements, mais de manière éphémère. Dans notre étude, plusieurs médecins estiment que les questions et les doutes des patients au sujet des statines sont aujourd'hui moins nombreux qu'en 2013 et les arrêts de traitements sont conformes à ceux qui se produisaient avant la polémique. Mais ils estiment qu'à la moindre émission sur le sujet, la question est à nouveau abordée et des arrêts sont encore possibles.

Une étude danoise publiée en décembre 2015 [41] met, elle-aussi, en avant ce lien entre intervention médiatique autour des statines et arrêts de traitements. Les auteurs ont étudié l'impact des reportages négatifs concernant les statines sur l'observance thérapeutique des patients. Ils ont suivi une cohorte de patients pendant 15 ans et relevé tous les articles de presse sur les statines. Ils ont montré que chaque reportage négatif sur les statines augmentait le risque d'interruption prématurée de traitements de 9% (odds ratio 1,09 IC 95% [1,06-1,12]), tandis que les reportages positifs sur les statines diminuaient le risque de 8% (odds ratio 0,92 IC 95% [0,90-0,94]).

D'après notre étude, certains patients ayant arrêté leur statine, ont choisi de s'orienter vers la levure de riz rouge. Il n'existe pas d'étude sur l'évolution de la consommation de levure de riz rouge en France et particulièrement à la suite de l'intervention médiatisée. L'ANSM a publié une mise en garde en février 2013 [42], au moment-même de la sortie du livre du Pr. Even, craignant certainement un recours important à ces molécules. Elle rappelait que ces produits « *ne doivent pas être considérés comme une alternative aux médicaments utilisés pour le traitement de l'excès de cholestérol, suite à la survenue d'effets indésirables lors de l'utilisation de ces compléments alimentaires* ». La revue *Prescrire*, elle aussi, dans un article publié en octobre 2013 [43] suggère d'éviter ces compléments alimentaires qui exposent aux mêmes risques que les statines, sans efficacité démontrée. Les médecins de notre étude, confrontés à ce recours à la levure de riz rouge ont, pour certains, déconseillé ce traitement à leurs patients, car il n'aurait pas fait ses preuves. D'autres ont choisi de le maintenir mais sous surveillance

clinique et biologique au même titre qu'une statine. Quelques médecins ont eux-mêmes conseillé ce traitement à leur patient, car il serait mieux toléré et mieux accepté qu'une statine classique, sans préciser s'ils effectuaient le même suivi que pour une statine classique. Par ailleurs, il semble que certains médecins n'aient pas été informés par leur patient de la prise de cette molécule, ou très tardivement.

Ce recours à la levure de riz rouge dans les suites de l'intervention médiatique peut générer un certain nombre de problèmes si le traitement est pris sans aucun suivi, en raison des risques d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires, de sur ou de sous-dosage [44].

4.3.2 Evolution du comportement des patients à la suite de l'intervention médiatisée

4.3.2.1 Evolution du rapport de confiance vis-à-vis du médecin

Si le danger de ce type d'intervention médiatique est d'aboutir à une crise de confiance envers les acteurs de santé, les médecins généralistes semblent finalement épargnés par ce phénomène. Selon les médecins interrogés, les patients n'ont pas témoigné de méfiance envers leurs médecins dans les échanges qui ont suivi l'intervention médiatisée. Ils insistent au contraire sur le fait que les patients avaient besoin de connaître l'avis de leur médecin sur la polémique et qu'ils étaient prêts à suivre leurs recommandations, plutôt que celles des médias. D'ailleurs, les médecins de l'étude estiment que leurs patients ont, pour la plupart, repris leur traitement suite aux échanges qu'ils ont eus avec leurs patients. Plusieurs des médecins interrogés estiment que les patients gardent heureusement toute confiance dans leur médecin généraliste, ce qui est, selon eux, une condition nécessaire à la réussite de la relation de soin.

L'Observatoire Sociétal du Médicament de 2015 [45] confirme ce rapport de confiance qui unit les Français à leur médecin généraliste. En effet, 95% des français font confiance à leur médecin pour les informer sur les médicaments, alors qu'ils ne sont que 49% à faire confiance aux livres publiés sur les médicaments, 37% à la presse écrite, 26% à la radio, 25% à la télévision et 25% à internet. A noter que cette étude inclut pour la première fois en 2015 la rubrique « livres publiés sur les médicaments », ce qui montre bien l'importance du phénomène.

Une enquête de la Drees de 2015 [46] complète ces observations. La moitié des personnes interrogées affirme qu'en matière de santé, elles ne se fient qu'à leur médecin (52%) et que la

première chose qu'elles font quand elles sont malades ou inquiètes pour leur santé est de consulter leur médecin (58%). Elles sont également 86% à estimer qu'en cas de crise sanitaire majeure, on peut avoir confiance dans ce que disent les médecins.

Pourtant, certains médecins de notre étude estiment que ce type d'intervention pourrait mettre en danger la relation de confiance et l'autorité du médecin. Ils constatent que les patients attendent de plus en plus souvent des justifications de la part de leur médecin lors de ses prescriptions, et notamment des statines. Certains estiment que les rapports de force sont en train d'évoluer. La prescription de statines devient parfois une véritable négociation entre le médecin et son patient. Comme le souligne un des médecins de notre étude, il s'agit probablement d'une évolution dépassant le cadre de la consultation médicale, une évolution de société, dont les causes ne sont pas liées uniquement à la multiplication des polémiques autour des médicaments. Didier Sicard le soulignait en conclusion des journées 2012 sur le thème « Santé, médecine : au risque de la confiance » d'Euro Cos Humanisme et santé [47] : « *Le malade est devenu un usager auquel on enseigne la méfiance à priori. La pression sociale qui s'exerce sur lui l'encourage à adopter un comportement de consommateur. Le médecin lui-même doit adopter une attitude de funambule car il est prié de faire état simultanément de son savoir et de son scepticisme qui ruine son autorité symbolique* ». Le système de santé est entré dans une logique de marché dans lequel les patients se transforment en consommateurs et le médecin devient un acteur de santé parfois contesté. Dans ce contexte, la multiplication des polémiques pourrait amplifier ce phénomène.

4.3.2.2 Evolution du rapport de confiance vis-à-vis des médicaments et des laboratoires

Les médecins interrogés estiment que les patients sont devenus de plus en plus méfiants envers les médicaments et les laboratoires pharmaceutiques, et la multiplication des polémiques des dernières années en serait une des causes.

En 2014, l'Observatoire sociétal du médicament [48] constatait un net recul de la confiance des français envers les médicaments : 75% des Français faisaient « tout à fait confiance » aux médicaments soit un recul de 12% par rapport à 2013. Les inquiétudes se polarisaient beaucoup sur la maîtrise des effets secondaires, le niveau de sécurité et l'information sur la sécurité des médicaments. Dans un communiqué de presse [49], les responsables de l'étude estimaient que « l'accumulation des controverses sur le médicament en France depuis 2011 (particulièrement en 2013) a fini par provoquer un doute dans une partie de la population, avec des interrogations

sur la capacité du système de santé à contrôler efficacement le médicament ». Avant d'ajouter que « la défiance, si elle devait s'installer, poserait inévitablement de graves problèmes de santé publique à terme ».

En 2015, le niveau de confiance des Français envers les médicaments remontait à un niveau proche de celui de 2013 [45]. Cependant, 6 personnes interrogées sur 10 se déclarent mal informées sur le médicament. Seuls 38% des Français s'estiment bien informés sur les effets secondaires, soit une baisse de 7% par rapport l'année précédente, et 30% sur la sécurité des médicaments. Il y a donc indéniablement un besoin d'informations sur les médicaments que le médecin doit s'efforcer de combler pour rassurer les patients et éviter que ne progresse la défiance. Dans un contexte de multiplication des polémiques, échanger des informations, prendre le temps du dialogue avec le patient semblent donc essentiels.

Une thèse de médecine réalisée en 2013 a étudié la confiance du patient envers ses médicaments, le poids du médecin traitant et l'influence des médias dans cette relation [50]. Dans cette étude, 66,4% des patients interrogées se méfient des médicaments au vu de ce qu'ils ont pu entendre ou lire dans les médias, ils sont 20,4% à vouloir arrêter ou changer de traitement de ce fait, et 37,2% à vouloir en parler à leur médecin. Cependant, 96,8% d'entre eux affirment qu'ils continueront à prendre leur traitement si leur médecin leur apporte des informations rassurantes.

Le médecin généraliste a donc un rôle primordial à jouer auprès de ses patients pour éviter que ce type de polémique n'ait des conséquences sur leur observance et leur santé.

Il est également important que les médecins gardent de la distance vis-à-vis des laboratoires afin de ne pas mettre en péril la confiance que leur accordent les patients, et de ne pas risquer d'être assimilés aux laboratoires.

4.3.3 Evolution du comportement des médecins à la suite de l'intervention médiatisée

4.3.3.1 Evolution des habitudes de prescription

D'après notre étude, les médecins généralistes estiment que l'intervention médiatisée sur les statines n'a pas modifié leur opinion sur cette classe de médicaments, et ils sont une majorité à estimer qu'elle n'a eu aucun impact sur leurs habitudes de prescriptions. Un médecin de l'étude affirme que la polémique a peut-être généré des doutes sur l'usage des statines en prévention primaire sans pour autant modifier ses habitudes de prescription. Un autre médecin affirme en prescrire beaucoup moins depuis la polémique, mais ses doutes étaient déjà très forts

et la polémique n'a fait que les confirmer. En fait, les médecins ayant exprimé des réticences à prescrire les statines, semblaient les avoir antérieurement à la polémique.

Cependant, au fil des entretiens, certains médecins estiment tout de même redoubler de vigilance sur les indications, avoir arrêté des traitements qu'ils jugeaient hors indication, ou privilégier les règles hygiéno-diététiques avant d'introduire un traitement. Il s'agit d'ailleurs des mêmes médecins qui estimaient que les statines étaient probablement prescrites de manière excessive en France.

C'est justement ce que l'HAS avait mis en avant dans son communiqué de presse du 14 février 2013 [32] visant à rassurer les patients et éviter des arrêts de traitements. Elle terminait son communiqué en rappelant qu'il existait « *un certain mésusage des statines en France* », avec « *un recours abusif aux statines en prévention primaire, en regard notamment des effets secondaires possibles de ces molécules* » et « *un défaut de prescription de statines chez des patients qui le justifieraient* ». Comme souhaité par l'HAS, la polémique a donc permis à certains médecins de refaire le point sur leur pratique. En ce sens, ce type de polémique peut avoir un bienfait en donnant l'occasion de rétablir certains mésusages. Dans notre étude, la remise en question de certaines prescriptions de statines semble toutefois avoir été relativement rare, peut-être parce que les médecins interrogés ont estimé que l'auteur manquait de légitimité et était sujet à caution. Ils ne se sont pas intéressés au contenu également parce qu'ils ont été agacés par la médiatisation de l'affaire et son traitement par les journalistes. Ils ont d'ailleurs été peu nombreux à faire des recherches complémentaires sur les statines et sur le contenu du livre du Pr. Even, ce qui montre bien leur désintérêt pour cette affaire.

Il n'existe actuellement pas de données chiffrées en France évaluant l'impact de l'intervention médiatique de février 2013 sur les prescriptions de statines par les médecins généralistes.

Au Royaume-Uni, une équipe de chercheurs a publié en juin 2016 une étude évaluant l'impact d'une forte couverture médiatique défavorable aux statines sur les initiations et les interruptions de ces traitements [51]. Ils ont estimé, qu'à la suite d'une couverture médiatique négative sur les statines pendant 6 mois à partir d'octobre 2013, les surcroûts d'arrêts de traitement étaient de 11% pour les patients en prévention primaire (odds ratio 1,11 IC 95% [1,05-1,18]) et de 12% en prévention secondaire (odds ratio 1,12 IC 95% [1,04-1,21]) dans les 6 mois suivants. Concernant les initiations de traitements, l'étude ne permet pas de conclure à un accroissement ou une baisse des initiations de traitements par les médecins généralistes suite à la controverse, que ce soit en prévention primaire (odds ratio 0,99 IC 95% [0,87-1,13]) ou en prévention secondaire (odds ratio 1,04 IC 95% [0,92-1,18]). Il pourrait être intéressant de réaliser ce type

d'étude en France afin d'évaluer les conséquences de l'intervention médiatique sur les initiations et les arrêts de traitements par les médecins généralistes.

4.3.3.2 Evolution du dialogue avec le patient

D'après notre étude, la polémique a parfois été le point de départ d'échanges intéressants entre le médecin et son patient. Certains médecins ont d'ailleurs pris l'initiative d'aborder la polémique avec leurs patients pour leur permettre une meilleure connaissance de leur traitement et une plus grande implication dans leur pathologie. Ils ont également été amenés à justifier leur position sur le traitement, ont réexpliqué le rôle du cholestérol dans les maladies cardiovasculaires et l'intérêt des statines au regard des études publiées.

Plusieurs médecins estiment insister, aujourd'hui encore, plus longuement auprès de leurs patients sur les règles hygiéno-diététiques, sur le bénéfice attendu du traitement et les risques d'effets secondaires. Cela peut donc participer, encore une fois, à un meilleur usage du médicament et une meilleure adhésion du patient à son traitement.

Cependant, il est surprenant de constater que les attitudes des médecins sont là aussi très diverses. Certains médecins ne voient pas pourquoi ils s'intéresseraient à ce type de polémique, la jugeant inutile et source de perte de temps en consultation.

Pourtant, à la lecture des résultats des études citées précédemment, l'impact de ce type de polémique sur les patients ne doit pas être minimisé ni ignoré. Ainsi, une étude néerlandaise publiée en 2009 [52] a comparé les déclarations auprès du centre de pharmacovigilance des patients et des professionnels de santé à la suite d'un programme télévisé relatant des cas d'effets indésirables graves suite à la prise de statines. Dans les quinze jours qui ont suivi la diffusion, il a été constaté une hausse significative des déclarations d'effets indésirables de la part des patients et des volontés d'arrêt de traitement mais non de la part des professionnels de santé. L'étude comportait un volet qualitatif visant à comprendre les causes des arrêts de traitement. Certains patients estimaient que le dialogue avec le médecin avait été insatisfaisant et qu'il lui était difficile de lui faire part de ses craintes ou des symptômes désagréables qu'il ressentait. Cela avait participé à sa démarche de déclaration en pharmacovigilance et à son interruption de traitement.

Dans notre étude, les patients cherchent pour la plupart à recueillir l'opinion de leur médecin et à dialoguer. Le médecin généraliste ne dispose pas toujours du temps nécessaire pour faire des

recherches complémentaires. Les médecins de notre étude sont finalement très peu informés sur le contenu du livre et de la polémique, par manque d'intérêt mais aussi par manque de temps. Il pourrait donc être utile que les Autorités de Santé mettent à disposition des praticiens une information utile et incontestable au moment d'une telle polémique, afin de donner aux médecins les outils pour dialoguer avec les patients.

4.3.3.3 Evolution du rapport de confiance vis-à-vis des médicaments

Il est difficile de savoir quel rôle ont pu jouer l'intervention médiatique et les différentes polémiques sur la relation des médecins généralistes aux médicaments. Certains estiment néanmoins être aujourd'hui plus vigilants dans leurs prescriptions, notamment sur les effets secondaires et les interactions médicamenteuses, plus méfiants vis-à-vis des laboratoires et des études qu'ils présentent, vis-à-vis des nouvelles molécules et des génériques.

Cette évolution du rapport du médecin aux médicaments a, certes, des conséquences positives car elle rend le médecin plus à l'écoute de son patient, plus engagé dans l'éducation thérapeutique et plus autonome dans ses choix de prescriptions.

Mais le danger de la multiplication des polémiques autour des médicaments pourrait être de semer le doute dans l'esprit du médecin, et aboutir à des mauvais choix pour son patient. Il est de la responsabilité des Autorités de Santé d'aider le médecin à faire les bons choix pour son patient, en lui fournissant des informations claires, fiables et indépendantes sur les médicaments en pratique courante, et plus encore lors de l'apparition d'une polémique. Dans notre étude, ces informations en provenance des Autorités de Santé sont souvent critiquées par les médecins. Elles sont jugées peu claires, ambiguës, parfois incohérentes, par exemple lors de la découverte de nouveaux effets secondaires d'un médicament. Un rapport de la DREES publié en mars 2015 [53], non pas sur les médicaments, mais sur les vaccins, qui ont été et sont encore, eux-aussi, au cœur de nombreuses polémiques pose question : 80 à 90% des médecins de l'étude font confiance aux sources officielles comme le ministère de la santé ou les agences sanitaires pour leur fournir des informations fiables sur les vaccins. Cependant, parmi les médecins faisant confiance aux sources officielles, 53% estiment que ces sources sont influencées par l'industrie pharmaceutique.

Dans ce contexte, il pourrait être pertinent de créer un collège de quelques personnes sans aucun conflit d'intérêt et représentant les Autorités de santé. A chaque polémique, ce collège pourrait se réunir et transmettre des informations aux médecins afin de rétablir la vérité, les rassurer et

leur permettre d'argumenter auprès de leurs patients, et ce, de manière rapide car l'information circule très vite dans les médias et les effets sur les patients ne se font pas attendre.

Il est également important que les médecins de demain soient armés pour faire face à la multiplication des polémiques et des informations transmises par les médias, au travers d'une solide formation à l'esprit critique.

Comme évoqué par l'un des médecins, une polémique autour d'un médicament peut aussi permettre la réalisation de nouvelles études et renforcer ainsi la confiance des prescripteurs. Pourquoi ne pas imaginer de nouvelles études indépendantes sur les statines, puisque les études actuelles font l'objet de controverses ?

CONCLUSION

La polémique autour des statines a été abordée de manière très variable au sein des cabinets de médecine générale. Dans certains cabinets, les échanges ont été nombreux, le plus souvent à l'initiative des patients, alors que dans d'autres, elle a très peu été abordée. Dans toutes les patientèles en revanche, elle a généré assez rapidement des arrêts de traitements, souvent à l'insu des médecins généralistes, et pour la plupart temporaires. Dans la majorité des cas, les patients inquiets venaient chercher auprès de leur médecin des explications, sollicitaient un avis, ou demandaient quelquefois des solutions alternatives aux statines.

Les médecins généralistes, bien qu'interpellés par l'impact médiatique de ce livre, n'ont eu ni l'envie ni le temps de s'intéresser à la polémique. Malgré la faible information dont ils disposaient, ils ont cherché à rassurer leurs patients et estiment y être parvenus. La plupart des médecins n'ont pas changé leurs habitudes de prescription, même si quelques-uns ont profité de cette occasion pour s'interroger sur leurs pratiques. La polémique a également permis à certains d'ouvrir un dialogue avec le patient sur le traitement, les effets indésirables ou les aspects non médicamenteux du traitement.

Les médecins estiment que cette polémique n'a pas eu d'impact sur la confiance que leur accordaient leurs patients, qui reste forte, bien qu'ils se soient parfois sentis dans l'obligation de se justifier. En revanche, elle contribue à renforcer la méfiance des patients envers les médicaments et les laboratoires pharmaceutiques. Les médecins, eux-mêmes, s'estiment de plus en plus vigilants dans leurs prescriptions, mais il est difficile de connaître la responsabilité des scandales sanitaires à répétition dans cette évolution. Ce climat de méfiance pourrait tout de même avoir de conséquences sur la santé des patients.

Il apparaît nécessaire que le médecin généraliste prenne en compte l'influence des médias et des scandales sanitaires sur l'opinion et le comportement des patients. Il a un rôle primordial à jouer dans l'information du patient sur les médicaments, afin que celui-ci soit mieux armé pour faire face aux informations qui circulent dans les médias. Dans ce contexte, les autorités de santé ont un rôle à tenir pour rassurer les médecins et les patients et fournir une information fiable et indépendante sur les médicaments, en pratique quotidienne et plus encore dans de telles circonstances, afin que chacun puisse distinguer les vrais scandales des fausses polémiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Saib A, Sabbah L, Perdrix L, Blanchard D, Danchin N, Puymirat E, Evaluation of the impact of the recent controversy over statins in France: the EVANS study. *Arch Cardiovasc Dis.* 2013 Oct;106(10):511-6.
- [2] Feltgen K, Le cholestérol: 1758-1913. Essai historique sur l'intérêt qu'il a suscité en médecine depuis sa découverte au milieu du XVIII^e siècle jusqu'à l'aube du XX^e siècle. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Rouen. 1993;48.
- [3] Anitschkow N, Uber die Veränderungen der Kaninchenaorta bei experimenteller Cholesterinsteatose. *Beitr Pathol Anat.* 1993; 56:379-404.
- [4] Kannel WB, Castelli WP, Gordon T et al., Serum cholesterol, lipoproteins and the risk of coronary heart disease: The Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1971;71:1-12.
- [5] Sclienger JL, L'édifiante histoire du cholestérol: de la pierre de fiel au récepteur LDL. *Médecine des maladies métaboliques.* 2012 ; 6:97-103.
- [6] Farnier M, Histoire des statines. *Médecine des maladies métaboliques.* 2013;7:407-412.
- [7] Mc Michael J, Diet and exercise in coronary heart-disease. *Lancet,* 1974;1:1340-1.
- [8] Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (4S), Randomised trial of cholesterol lowering in 4 444 patients with coronary disease. *Lancet.* 1994.344:1383-1389.
- [9] Sacks FM, Moye LA, The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *The new england Journal of Medicine.* 1996;335:1001-9.
- [10] Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. The Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group, *New Engl J med.* 1998;339:1349-574.
- [11] Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, for the west of Scotland Coronary Prevention Study Group, Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New England Journal of Medicine.* 1995;333:1301-07.
- [12] Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R, Heart protection study of cholesterol-lowering with simvastatin in 20 536 high risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002;360(9326):7-22.
- [13] Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicenter randomised placebo-controlled trial, *Lancet.*2004;364(9435):685-96.
- [14] Severs PS, Dahlof B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower than

average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian cardiac Outcomes Trial Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA), *Lancet* 2003;361(9364):1149-58.

- [15] Ridler P, Danielson E, Fonseca F et al., Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactiv protein. *New England Journal of Medicine*. 2008;359:2195-207.
- [16] Ferrières J, Bongard V, Dallongeville J, Arveiler D, Cottel D et al., Trends in plasma lipids, lipoproteins and dyslipidaemias in french adults, 1996-2007. *Arch cardiovasc Dis*. 2009;102(4):293-301.
- [17] Haute Autorité de Santé (HAS) [en ligne], Efficacité et efficience des hypolipidémisants: une analyse centrée sur les statines. Juillet 2010 [consulté le 17/02/2016], Disponible sur :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf.
- [18] L'Assurance Maladie [en ligne], Usage des Statines. Point d'information du 29 mai 2013. [consulté le 17/02/2016], Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_Usage_statines_mai_2013_vdef.pdf.
- [19] L'Assurance Maladie [en ligne], Dépenses de médicaments de ville en 2014 et premier semestre 2015. Point d'information media du 15 octobre 2015 [consulté le 17/02/2016]. Disponible sur <http://www.ameli.fr/statistiques> et publications.
- [20] Guerville MA, Paraponaris A, Regi JC, Vaissade L, Ventelou B et al., Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les pratiques en médecine générale dans cinq régions: formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique, Etude et résultats n° 708. Octobre 2009.
- [21] Maqsood Z, Prescription des statines en soins primaires d'après les données scientifiques actuelles. Thèse de Médecine Générale. Université Paris Diderot. 2014.
- [22] Bongard V, Dallongeville J, Arveiler D, Ruidavets JB, Amouyel P et al., Attainment of low-density lipoprotein cholesterol target in the french general population according to levels of cardiovascular risk. Insights from the MONA LISA study. *Arch cardiovasc Dis*. 2013;106(2):93-102.
- [23] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) [en ligne], Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique, 2005. [consulté le 13/01/2016], Disponible sur: http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/dyslipemie_argu.pdf.
- [24] Haute Autorité de Santé (HAS) [en ligne], Bon usage des médicaments. Prévention cardio-vasculaire: le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficience. Février 2012. [consulté le 13/01/2016], Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine_-_fiche_bum.pdf.
- [25] Haute Autorité de Santé (HAS) [en ligne], Service des bonnes pratiques professionnelles. Hypercholestérolémie pure et hyperlipidémie mixte: prise en charge.

- Juin 2015. [consulté le 17/02/2016], Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/hypercholesterolemie_pure_et_hyperlipidemie_mixte_-_note_de_cadrage.pdf.
- [26] Even P, La vérité sur le cholestérol. Editions du Cherche Midi. 2013.
- [27] Apfelbaum M, Vivre avec du cholestérol. Editions du rocher, Paris. 1997.
- [28] De Lorgeril M, Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicament. Thierry Souccar Editions, 2007.
- [29] De Lorgeril M, Cholestérol, mensonges et propagande. Thierry Souccar Editions, 2009.
- [30] Debré B, Even P, Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Editions du Cherche-Midi, 2012.
- [31] Crignon A, Et si le cholestérol n'était pas dangereux (dossier). Le Nouvel Obs. n°2519. 14 au 20 février 2013.
- [32] Haute Autorité de Santé (HAS) [en ligne], Pour un bon usage des statines. Communiqué de Presse du 14 février 2013 [consulté le 15/12/2015], Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1360516/fr/pour-un-bon-usage-des-statines.
- [33] Société Française de Cardiologie [en ligne], Cholestérol: attention danger. Communiqué de presse du 18 février 2013 [consulté le 3 mars 2016]. Disponible sur: http://sfc cardio.fr/sites/default/files/pdf/CP_18fev1.pdf.
- [34] Le Nouvel Obs n°2521 du 28 février au 6 mars 2013.
- [35] Bergmann JF, Chast F, Grimaldi A, Le Jeune C, Hédon C, La vérité sur vos médicaments. Editions Odile Jacob. 2015.
- [36] Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
- [37] Pasquier E, Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Mémoire de Médecine. Faculté de Lyon Nord. 2004.
- [38] Borgès Da Silva G, La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance maladie 2001;32,2:117-21.
- [39] Francis F, Nguye N, Fourrier-réglat A, Moore N, Impact d'une intervention médiatique sur l'utilisation de statines chez des patients de tous risques cardiovasculaires. Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol63, suppl2, Mai 2015, pS46.
- [40] Schaffer A, Buckley N, Dobbins T, Banks E and Pearson S-A, The crux of the matter: did the ABC's Catalyst program change statin use in Australia? The Medical Journal of Australia 2015; 202 (11): 591-594.
- [41] Nielsen S-F, Nordestgaard B-G, Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: a

nationwide prospective cohort study. *European Heart Journal*
doi:10.1093/eurheartj/ehv641.

- [42] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) [en ligne], Compléments alimentaires à base de levure de riz rouge: mise en garde de l'ANSM. Point d'information du 14/02/2013 [consulté le 16 juin 2016], Disponible sur <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Complements-alimentaires-a-base-de-levure-de-riz-rouge-mises>.
- [43] *Revue Prescrire* 2013;33(360):740-741.
- [44] Bruckert E, Réalités cardiologiques [en ligne]. Que faut-il penser de la levure de riz rouge dans le traitement des hypercholestérolémies? *Revue générale* du 6 juin 2012 [consulté le 01/06/2016], Disponible sur: http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2012/06/Bruckert_rizrouge.pdf.
- [45] Les entreprises du médicament (LEEM) [en ligne]. Observatoire sociétal du médicament 2015, IPSOS pour le LEEM, 5^e édition [consulté le 01/06/2016], Disponible sur <http://www.leem.org/sites/default/files/Observatoire-soci%C3%A9tal-du-M%C3%A9dicament2015.pdf>.
- [46] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [en ligne], Baromètre d'opinion 2015 [consulté le 15 juin 2016]. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_barometre_donnees_2015_vf2.pdf.
- [47] Sicard D, Euro Cos humanisme et santé [en ligne]. Santé, médecine: au risque de la confiance (journées 2012) [consulté le 10 juin 2016]. Disponible sur: <http://eurocos.u-strasbg.fr/downloads/extrait2.pdf>.
- [48] Les entreprises du médicament (LEEM) [en ligne]. Observatoire sociétal du médicament 2014, IPSOS pour LEEM, 4^e édition [consulté le 01/06/2016], Disponible sur: <http://www.leem.org/observatoire-societal-du-medicament-ipsos-pour-leem-4eme-edition-2014>.
- [49] Les entreprises du médicament (LEEM) [en ligne]. Résultats du 4^e baromètre IPSOS pour le LEEM. Conférence de presse du 10/04/2014 [consulté le 01/06/2016], disponible sur: http://www.leem.org/sites/default/files/Dossier%20de%20presse%20consolid%C3%A9_1.pdf.
- [50] Brosset L, La confiance du patient en son médicament, poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation. Thèse de Médecine Générale, Université de Nantes. 2013;049.
- [51] Matthews A, Herrett E, Gasparini A, Van Staa T, Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ* 2016;353:i3283.
- [52] Van Hunsel F, Passier A, Van Grootheest K, Comparing patients' and healthcare professionals' ADR reports after media attention: the broadcast of Dutch television

programme about the benefits dans risks of statins as an example. Br J Clin Pharmacol 2009;67:558-64.

- [53] Collange F, Fressard L, Verger P, Josancy F, Sebbah R et al., Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Vaccinations: attitudes et pratiques des médecins généralistes. Etudes et résultats n°910. Mars 2015.

ANNEXE

Grille d'entretien

Depuis combien de temps êtes-vous installé dans votre cabinet, quel est votre âge, avez-vous une activité professionnelle en dehors de votre cabinet, et une orientation particulière dans votre pratique ? Combien de consultations faites-vous en moyenne par jour ?

L'objectif de ma thèse est d'étudier l'impact de la polémique autour des statines sur les consultations de médecine générale et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs prescriptions à la suite de ce genre de polémique.

VECU ET RESENTI DE LA POLEMIQUE PAR LES MEDECINS :

- 1) Sur le plan général, si je vous parle de statines, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- 2) Quelle est votre opinion sur les statines ? Comment a-t-elle évolué au fil du temps ? Sont-elles prescrites correctement selon vous ? Sur quoi vous basez-vous pour les prescrire ?
- 3) Avez-vous eu connaissance d'une polémique autour des statines ? De mémoire, de quand date t'elle et quel en était le contenu ?
- 4) Quelles ont été vos sources d'informations pour cette polémique ? (radio, presse écrite, télévision, livre écrit par un pneumologue,...). Avez-vous fait des recherches complémentaires sur ce sujet ?
- 5) Comment l'avez-vous accueillie ?

CONSEQUENCES DE LA POLEMIQUE SUR LA CONSULTATION :

DU COTE DU MEDECIN :

- 6) De quelle manière a évolué votre manière de prescrire les médicaments en général et pourquoi cette évolution ? (allègement des ordonnances, position par rapport aux nouveaux médicaments, position par rapport aux labos) ?
- 7) Estimez-vous qu'au cours des dernières années votre manière de prescrire les statines a changé ?
 - a. Plus/moins de nouvelles introductions. (pour quelles indications ?)
 - b. Choix de la statine
 - c. LDL cible et posologie
 - d. Orientation vers d'autres familles d'hypocholestérolémiant
- 8) Comment la polémique aurait-elle pu avoir un impact sur votre manière de prescrire les statines, indépendamment des craintes exprimées par les patients ?

DU COTE DU PATIENT :

- 9) La polémique sur les statines a-t-elle été évoquée en consultation après la parution du livre?
- a. A l'initiative de qui ?
 - b. Sources d'informations des patients,
 - c. Proportion de patients concernés par les statines (et non concernés), nombre de consultations concernées par ces échanges par mois,
 - d. Type de patients (prévention primaire ou secondaire, nouvelles introductions ou patients déjà sous traitement),
 - e. Contenu des propos des patients...
- 10) Est-elle encore abordée aujourd'hui ? Dans quelles circonstances le patient est-il amené à en reparler ?
- 11) Parmi les patients ayant évoqué la polémique ou ayant exprimé des inquiétudes vis-à-vis des statines, quels ont été leurs comportements vis-à-vis de leurs traitements par statines ?
- a. des arrêts spontanés de traitement ou des volontés d'arrêt?
 - b. des demandes d'alternatives aux statines ?
 - c. des demandes d'explications complémentaires sur l'intérêt des statines ?
- 12) Comment avez-vous répondu à ces inquiétudes ?
- a. Argumentaire,
 - b. Avez-vous procédé à des arrêts de traitement ? des baisses de posologies ?
 - c. Avez-vous essayé d'autres molécules ?

AUTRES CONSEQUENCES :

- 13) Globalement, comment a évolué la confiance de vos patients envers les médicaments ?
- 14) Et comment a évolué la vôtre ?
- 15) Quels sont les méfaits d'une telle polémique autour d'une classe de médicaments sur les patients ? et sur la relation médecins-malades ?
- 16) Quels peuvent en être les bienfaits ?
- 17) Comment le médecin généraliste peut-il aider le patient à faire face à ce type d'intervention médiatique ?

L'entretien est maintenant terminé. Est-ce que vous avez des remarques concernant mon travail, les statines en particulier ou les polémiques autour des médicaments ?

Impact d'une intervention médiatisée sur les consultations des patients traités par statines. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes de l'Oise.

Introduction : Les scandales sanitaires se sont multipliés ces dernières années et ont été largement relayés par les médias. En février 2013, le livre *La vérité sur le cholestérol* et son auteur le Professeur Even ont occupé une place de choix dans les médias pendant quelques semaines. Il s'agissait de comprendre quel avait été l'impact de cette intervention médiatisée sur les consultations de médecine générale.

Méthode : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès des médecins généralistes de l'Oise.

Résultats : Seize entretiens ont été réalisés. La polémique a généré des arrêts temporaires de traitements, de vives inquiétudes et de nombreuses questions de la part des patients. Les médecins se sont peu intéressés à la polémique. Ils ont rassuré leurs patients, sans modifier leurs habitudes de prescription. Ils estiment garder, pour le moment, la confiance de leurs patients mais constatent que ce type de polémique contribue à renforcer la méfiance des patients envers les médicaments et les laboratoires.

Discussion : Il est important de ne pas négliger l'influence des médias sur l'opinion et le comportement des patients. Le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer dans l'information du patient sur les médicaments. Il doit pour cela pouvoir s'appuyer sur les Autorités de Santé.

Conclusion : L'intervention médiatisée du Pr. Even pourrait avoir eu des conséquences sur la confiance des patients envers les médicaments plus encore qu'envers les médecins généralistes, mais a pu aussi renforcer le dialogue médecin-patient.

Mots clés : statines, controverse, media, médecine générale, confiance

Extensive media coverage impact on medical consultations of patients treated with statins. Qualitative investigation conducted among general practitioners from department Oise.

Introduction: Health scandals have multiplied in recent years and have been widely reported by the media. In February 2013, the book "the truth about cholesterol" and its author Professor Even occupied a prominent place in the media for several weeks. The aim was to understand the impact of this high media coverage on general medical consultations.

Methods: A qualitative investigation carried out by semi-directed interviews among general practitioners from department Oise.

Results: Sixteen interviews were conducted. The controversy generated temporary cessation of treatments, serious concerns and many questions from patients. General practitioners had little interest in the controversy. They reassured their patients, without changing their medical prescriptions habits. They believe for now keeping the trust of their patients but find that this kind of controversy contributes to reinforce patients distrust towards medicines and laboratories.

Discussion: It is important not to neglect the influence of media on public opinion and patient behavior. The general practitioner has a crucial role to play in patient information on medicines. In order to do so, he needs to be able to rely on Health Authorities support.

Conclusion : The extensive media exposure of Pr. Even may have had more an impact on patients' confidence in medicines than in general practitioners, and may have also strengthen the dialogue between patients and general practitioners.

Key words: statins, controversy, media, general medical practice, trust