



**HAL**  
open science

# Prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires : état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2017

Paul d'Avout

## ► To cite this version:

Paul d'Avout. Prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires : état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01792673

**HAL Id: dumas-01792673**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01792673>**

Submitted on 15 May 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Picardie Jules Verne**

**Faculté de médecine d'Amiens**

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN  
MEDECINE**

**Mention : Médecine Générale**

Numéro de Thèse : 2017- 61

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2017 par

Paul d'AVOUT

**Prescription d'une statine en prévention primaire des  
maladies cardio-vasculaires : état des lieux des pratiques  
des médecins généralistes picards en 2017**

**PRESIDENT DU JURY, Monsieur le Professeur Johann PELTIER**

**JUGES,**

**Monsieur le Professeur Laurent LEMAITRE**

**Monsieur le Professeur Thierry REIX**

**Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY**

**Monsieur le Docteur Maxime GAFFEZ**

**Monsieur le Docteur François FLORIN**

**DIRECTEUR DE THESE, Monsieur le Docteur Florent CHEVALIER**



**A Monsieur le Professeur Johann PELTIER**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

*Je vous remercie de m'avoir proposé spontanément d'être président de mon jury de thèse.*

*Merci de m'avoir fait découvrir en toute simplicité le bloc opératoire ainsi que la neurochirurgie. Nos parties de tennis resteront dans ma mémoire.*



**A Monsieur le Professeur Laurent LEMAITRE**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier au CHRU de Lille

(Radiologie et Imagerie Médicale)

Responsable du service de radiologie et d'imagerie de la femme (consultant hospitalo-universitaire)

Pôle "Imagerie et Explorations fonctionnelles"

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail.*

*Merci pour l'attention que vous m'avez porté tout au long de mes études de médecine et principalement pour les encouragements et la réalisation de ce travail.*

*Je découperais moi même votre chevreuil l'année prochaine...*



**A Monsieur le Professeur Thierry REIX**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire)

Responsable du service de chirurgie vasculaire

Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

*Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail.*

*Merci pour l'intérêt que tu porteras à sa lecture.*

*Dans l'attente de prochains rendez-vous chasse !*

*Sois assuré de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.*



**A Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Gastro-entérologie)

*Ta présence dans ce jury était une évidence, un grand merci d'avoir accepté.  
Ne sois pas trop exigeant avec mon travail, en souvenir des très bons moments passés  
ensemble... Bon courage pour les travaux à venir avec Morgane !*



**A Monsieur le Docteur François FLORIN**

Médecin Généraliste installé à Beaurainville

*Tu étais là au début, il est donc normal et indispensable que tu sois là à la fin.*

*Un immense merci pour tes conseils avisés, toujours les bienvenus.*

*Ta bienveillance à mon égard est irréprochable.*

*Merci d'avoir accepté d'être dans ce jury.*



**A Monsieur le Docteur Maxime GAFFEZ**

Docteur en médecine (radiologie)

Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux au CHRU de Lille

*Notre amitié est née durant ces études,  
Fussent elles aussi longues que nos soirées...  
Tu m'as permis de ne pas les voir passer...  
Félicitation à Chloé et toi pour le petit Joseph. Vivement le mariage...  
Merci d'avoir accepté d'être dans ce jury.*



**A Monsieur le docteur Florent Chevalier**

Praticien Hospitalier en Cardiologie à l'Hôpital de Saint-Quentin

Responsable de l'unité fonctionnelle de coronarographie

*Comme pour le Docteur Florin, tu étais là au début, c'est pour moi un réel plaisir de  
terminer ces études à tes cotés.*

*Un immense merci de m'avoir proposé et aidé à finir !!!*

*Ta capacité à expliquer simplement une chose compliquée est un vrai bonheur. Tu es un  
génie. Ne change rien.*

*J'en profite pour remercier Léa de l'aide fournie pour ce travail.*

## REMERCIEMENTS

*En premier lieu à **Maman**, pour tout le travail et le temps que tu as passé pour moi en première année de médecine. Je n'ai pas oublié et je n'oublierai jamais. J'y serai probablement encore... avec toute mon affection.*

*A **Papa**, non pas pour ton aide dans le travail mais pour ta philosophie de la vie : s'aérer l'esprit comme tu sais si bien le dire. J'espère réussir la même chose.*

*A mes sœurs, **Claire et Perrine**. Claire tu m'as montré la voie, le travail à fournir en première année, le bonheur d'être tonton (**Castille, Côme et Félix**). Perrine aussi avec **Malo**. Merci pour ces bons moments en famille, sans oublier vos maris **Benjamin et Guillaume**.*

*A **Cyrielle**, que de chemin parcouru depuis que je t'ai rencontré. Merci pour ton aide, ta patience et l'amour que tu me témoignes chaque jour malgré mon caractère... Vivement Noyelles !!!*

*A **Berthier**, fidèle au poste depuis presque le début de l'aventure, tu m'as accepté en colocation à plusieurs reprises... Dire qu'on se jetait des cailloux quand on était petits ... Nos soirées vont me manquer... Je te laisse entre de bonnes mains !*

*Au **TAUPE**,*

***Alex**, la force tranquille, probablement le plus doué d'entre nous, notamment pour vider un verre le plus rapidement possible. Félicitation pour votre mariage cet été avec **Caro** !*

***Boris**, notre amitié est née lors de tes entraînements intensifs à mon égard, jour et nuit à PES ou FIFA, alors que j'étais immobilisé pour une sombre affaire de jambe plâtrée... L'élève a maintenant dépassé le maître ! J'attends la destination de notre prochain voyage ! Tu me considères comme ton meilleur ami... j'en suis flatté ! Bisou à **Anaïs** !*

***Chpère**, ou Ch'Couille je sais plus trop... Merci pour ton aide pour ce travail, tes bons plans pour le boulot. Pas d'excès d'alcool ce soir s'il te plait ! Vivement votre mariage avec **Audrey** !*

***Maxime**, tu es dans mon jury, inutile d'en dire plus !*

***Olive**, mon petit, mon Portugais... Tes conseils et expériences de la vie m'ont été très*

précieux mais je ne te pardonnerai jamais l'Euro 2016... Je croise les doigts pour les résultats de **Fiorella** !

**Romain**, tu as survécu à notre colocation, tu en à même redemandé en me suivant pour vivre notre aventure exceptionnelle en Nouvelle Calédonie. Que de souvenirs ! J'en profite pour saluer ma chère **Lauriane** !

**Simon**, encore merci de m'avoir embarqué en Indonésie ! Ta « pêche » en soirée est un vrai bonheur ! Tu représentes à toi seul la team « Kiki »... Bisou à **Solenne** !

**Vince**, tu as souvent joué de malchance, mais la vie s'est rattrapée avec **Ingrid** ! N'en profite pas non plus, attention en scooter...

**Aux petites Taupes : Salomé, Gabriel et Joseph**. J'en aurai des histoires à vous raconter sur vos parents...

A **Amélie et Grégoire** (beaucoup trop de souvenirs, je ne saurais lesquels choisir... Dans l'attente de l'heureux évènement, merci pour l'accueil chez tes parents Greg), **Amélie et Regniouf** (que de bons moments ensemble, merci de m'avoir fait confiance pour votre mariage), **Charlotte et Karl** (Karl, continue de nous organiser tes diners et chasses dont tu as le secret !), **Iléana et Gus, Bélo, Baudouin, Enguerrand, Adeline et Florian, Charlotte et Aurélien, Jean-Claude, Quentin, Jean, Gauthier, Constance et Henri, PA...** Merci à vous tous de m'avoir permis de ne pas m'enfermer en médecine.

A **Béryl et Mimic**. Un immense merci, notamment à toi Béryl pour toute l'aide apportée, parfois dans l'urgence, à ce travail et d'autres... J'espère que ton talent va t'ouvrir de nouvelles portes professionnelles. Bisou à **Philippa** et vivement septembre pour la naissance.

Au **Qanar, les frères Michels** et leurs « michelades », **Flavie, Juliette et Clément, Sophie et Simon, Lucie et Julien, Mathilde et Gaétan** (merci d'avoir accepté de m'aider pour ma thèse), **Morgane et Mathurin, Mathilde et Baké, Pif, Xavier, Léa et Flunch, Hélène et Vincent** (vous m'avez fait l'honneur d'être témoin de votre mariage), **Marine et François, Elise et Arthur**. On se voit moins pour certains actuellement mais je n'en oublie pas pour autant tous ces bons moments (vacances, soirées, week-end, ...) !

J'en aurai aussi des histoires à raconter à tous vos enfants !!!

A **Juliette**, merci pour tes cours de première année qui m'auront bien servi !

*A **Elodie et Emile**, je sens et j'espère que nous allons beaucoup nous voir prochainement.  
Bisou à **Lola**.*

*A **Anne-Chachi et Marco**. Voilà plus de 20 ans que l'on se connaît. Nos parties de tennis mais surtout ton premier pigeon (ton beau père doit être fier !) resteront gravés. Tu as pris une longueur d'avance que je n'ai pas vu arriver... Mariage, enfant (qui doit arriver ces jours-ci), et pour m'humilier tu as choisi de passer ta thèse juste 3 jours avant la mienne...  
Félicitations à vous 2 !*

*A **Aude, Charlène, Marine, Pauline, Jean, Jeanot, Kreukreu, Xavier**... Merci pour les bons moments, les vacances, les terrasses... J'espère que ceux présents aujourd'hui auront passé une chemise !*

*A **Aurélie**, merci pour ton aide en anglais.*

*Et à tous ceux que j'ai dû oublier...*

**MERCI**

# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	
1.1. Généralités, contexte	20
1.2. Recommandations	20
<b>2. Matériel et méthode</b>	24
2.1. La population étudiée	24
2.2. Le questionnaire	24
2.2.1. Elaboration du questionnaire	24
2.2.2. Test du questionnaire	24
2.3. Déroulement de l'enquête	25
2.3.1. Envoi du questionnaire	25
2.3.2. Recueil des données	25
2.3.3. Analyse et étude des données	25
<b>3. Résultats</b>	26
3.1. Caractéristiques générales des médecins interrogés	26
3.2. Evaluation des pratiques et des connaissances	28
<b>4. Discussion</b>	38
4.1. Les limites et forces de l'étude	38
4.2. Caractéristiques des répondants	38
4.3. Usage des statines par les médecins de notre échantillon	39
<b>5. Conclusion</b>	43
<b>Bibliographie</b>	44
<b>Annexes</b>	46
Annexe 1 : Table de SCORE	46
Annexe 2 : Questionnaire	47

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1. Généralités, contexte**

En France, la prise en charge des maladies cardio-vasculaires représente un véritable enjeu de santé publique, du fait des gravités et des coûts qu'elles engendrent. Elles sont la première cause de mortalité et de handicap dans les pays développés.

Les maladies cardio-vasculaires comprennent la cardiopathie ischémique, l'accident vasculaire cérébral ischémique et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs qui sont les complications, le plus souvent tardives, de l'athérosclérose, phénomène inflammatoire artériel chronique, induit et entretenu par un excès de cholestérol circulant.

Ces pathologies sont en constante progression et concernent aussi bien la France que la plupart des pays industrialisés.

La base du traitement préventif de ces maladies cardio-vasculaires est basée sur les règles hygiéno-diététiques (RHD). Une alimentation saine, la pratique d'une activité physique régulière en sont les paramètres les plus importants à ne pas négliger.

Les médecins généralistes se retrouvent au premier plan de cette prise en charge, avec l'éducation sur ces RHD, le dépistage et le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires dont la dyslipidémie.

Il est nécessaire de réaliser un dépistage biologique de la dyslipidémie lors de l'évaluation initiale du patient. Un traitement adapté est instauré selon les résultats et le niveau de risque cardiovasculaire.

Un suivi régulier avec modification thérapeutique est indispensable, et si nécessaire l'aide d'un confrère spécialiste.

Les différents organismes ne sont pas en accords sur la fréquence de la surveillance biologique du bilan lipidique, mais en pratique quotidienne, cette dernière est réalisée de façon annuelle en médecine générale.

Le bilan en première intention doit consister en une EAL (Exploration d'une Anomalie Lipidique) comportant la détermination des concentrations du cholestérol total, des triglycérides et du HDL-cholestérol par une méthode adéquate, afin de permettre le calcul du LDL-cholestérol.

En 2017, le bénéfice des statines sur la mortalité en prévention cardiovasculaire secondaire n'est plus à démontrer mais en prévention primaire leur bénéfice a été mis en doute récemment.

## 1.2. Recommandations

En 2005, l'AFSSAPS [1] préconisait un traitement hypolipémiant débuté en prévention primaire si la concentration cible de LDLc (selon le nombre de FdRCV) n'était pas atteinte après 3 mois de règles hygiéno-diététiques (tableau 1).

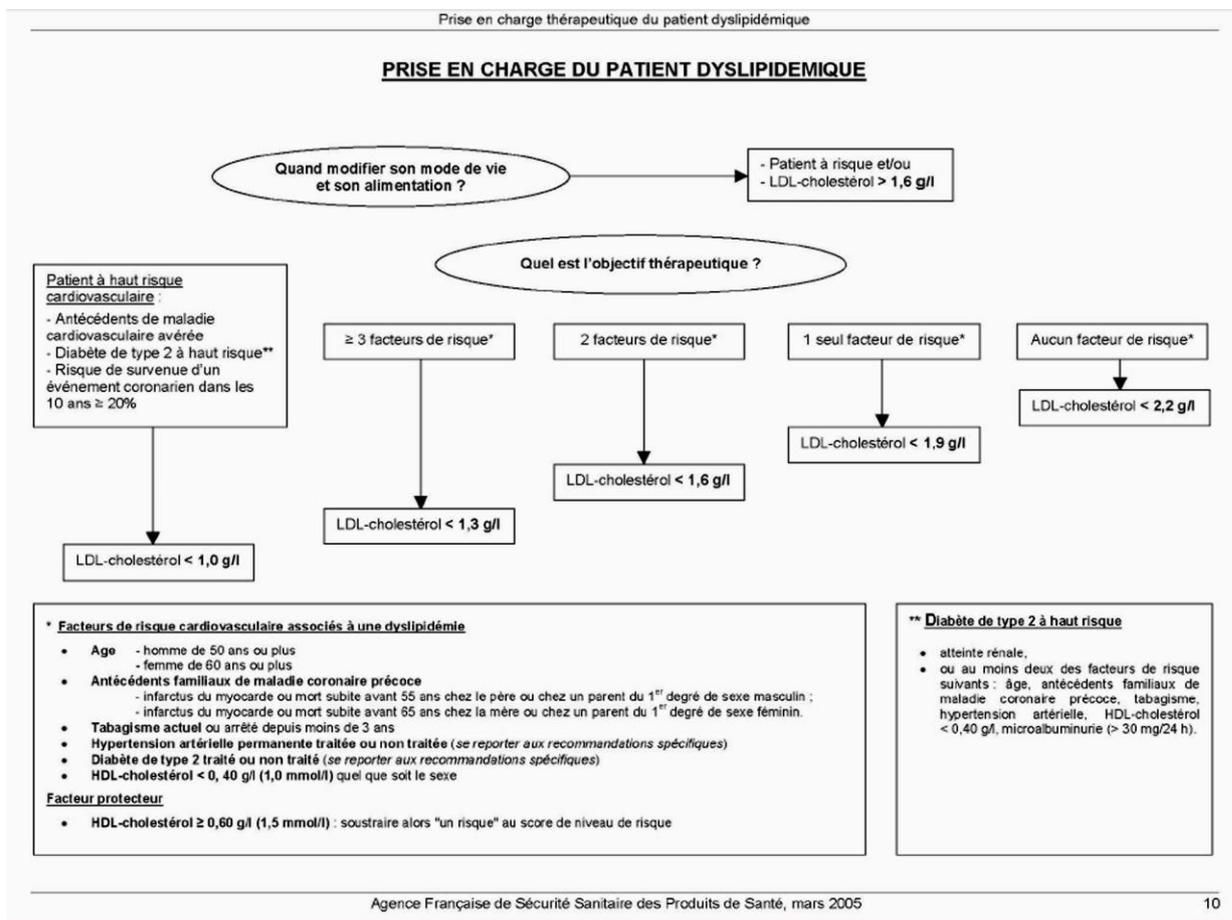


Tableau 1 : Prise en charge du patient dyslipidémique, AFSSAPS 2005

En avril 2014, Le CNGE (Collège National des Généraliste Enseignants) publiait un communiqué sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie [2] (prescription en prévention primaire et secondaire). Il préconisait une nouvelle prise en charge ainsi que la mise à jour des recommandations qui n'étaient plus adaptées aux nouvelles données scientifiques internationales.

Suivant les recommandations européennes de cardiologie (ESC) endossées par la Société Française de Cardiologie[3], l'instauration d'un traitement hypolipémiant était basée sur l'évaluation du risque cardio-vasculaire à l'aide de l'outil SCORE (annexe 1) qui permet d'estimer le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire fatal à 10 ans en fonction de plusieurs facteurs (sexe, âge, pression artérielle systolique, cholestérol total, statut tabagique et HDL-cholestérol) avec des objectifs de LDLc selon le niveau de risque.

La HAS vient de publier en février 2017[4] les dernières recommandations en accord avec les recommandations européennes de l'ESC.

Ces dernières préconisent :

- Moins de 40 ans, le risque cardio-vasculaire est estimé à partir d'une table spécifique permettant d'estimer le risque relatif (ou sur-risque) par rapport aux sujets sans facteurs de risque.
- Entre 40 et 65 ans, d'évaluer le risque cardio-vasculaire en prévention primaire à l'aide de l'outil SCORE (Systematic COronary Risk Estimation)
- Plus de 65 ans, l'âge étant un facteur de risque cardio-vasculaire pouvant entraîner un sur-traitement d'un individu à bas risque cardio-vasculaire, en l'absence d'outil évalué, il est recommandé de considérer avec ces patients l'existence de facteurs de risque, de comorbidités, les effets indésirables potentiels, les bénéfices attendus du traitement, la présence d'une fragilité et surtout le choix du patient.

L'utilisation de l'outil SCORE n'est pas appropriée chez les patients avec une hypercholestérolémie familiale, étant donné que leur risque est élevé depuis la naissance. L'objectif thérapeutique des patients de moins de 20 ans est LDL-C < 1,3 g/L (3,4 mmol/L). Au-delà de 20 ans, les objectifs thérapeutiques sont identiques à ceux de l'hypercholestérolémie isolée.

Cette publication [4] recommande un bilan lipidique chez une personne saine à partir de 40 ans chez un homme et 50 ans chez une femme.

Si ce dernier est sans anomalie, un nouveau dépistage doit être réalisé tout les 5 ans en l'absence d'un événement cardio-vasculaire ou d'une augmentation du poids, de modifications du mode de vie ou d'instauration de traitement susceptible de modifier le bilan lipidique ou les facteurs de risque.

Chez une personne de plus de 80 ans, un dépistage systématique n'est pas justifié.

Ces dernières recommandations HAS [4] sont bien différentes des recommandations de l'Afssaps [1] datant de 2005 dans lesquels un traitement hypolipémiant est débuté en prévention primaire si la concentration cible de LDLc n'est pas atteinte après 3 mois de règles hygiéno-diététiques et dans lesquelles les seuils d'intervention sur le LDLc sont très élevés...

La publication des recommandations HAS [4] ayant eu lieu un mois avant l'envoi du questionnaire, cette étude va permettre un état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1. La population étudiée**

Notre étude s'est intéressée aux connaissances des médecins généralistes picards comprenant les médecins généralistes installés ainsi que les remplaçants. La liste de ces derniers m'a été fournie par un confrère ayant réalisé sa thèse l'année dernière (2016). Le recueil des données s'est effectué par un questionnaire validé par le département de médecine générale de la faculté de médecine d'Amiens.

### **2.2. Le questionnaire**

#### **2.2.1. Elaboration du questionnaire**

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive.

Le questionnaire comportait des questions à réponse simple ou multiples, ouvertes et fermées.

Le questionnaire était composé de 18 questions articulées autour de différents axes :

- Le profil du médecin ainsi que son mode d'exercice de la médecine générale : âge, sexe, département d'exercice, lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain), mode d'exercice (seul, en cabinet de groupe, maison pluridisciplinaire ou remplaçant)
- ses connaissances et son mode de prescription d'une statine en prévention primaire
- ses connaissances sur les dernières recommandations de prescription d'une statine en prévention primaire
- des questions d'ordre général à propos des statines telles que ses connaissances des ROSEP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) existantes.

#### **2.2.2. Test du questionnaire**

Le questionnaire a été relu par deux médecins généralistes n'exerçant pas dans la région de Picardie, par quatre médecins de spécialité extérieure à la médecine générale ainsi que par une personne extérieure au milieu médical. Cette relecture a permis d'en apprécier sa clarté, sa compréhension ainsi que la durée demandée pour le compléter, partant du principe qu'un questionnaire trop long limiterait le nombre de réponses.

## **2.3. Déroulement de l'enquête**

### **2.3.1. Envoi du questionnaire**

Le questionnaire a été envoyé le 31 mars 2017 par email. Cinq cents e-mails ont été envoyés. Huit adresses e-mails étaient invalides et quatre adresses e-mails ne correspondaient plus à des médecins généralistes.

Il n'y a pas été effectué de relance afin de ne pas avoir un biais avec deux réponses pour un même médecin.

### **2.3.2. Recueil des données**

Le recueil des données s'est déroulé du 31 mars 2017 au 2 mai 2017. Un total de 91 réponses a été récupéré.

### **2.3.3. Analyse et étude des données**

Les réponses étaient automatiquement validées et enregistrées dans le logiciel Google Form qui a permis une récupération et une centralisation des réponses. Il faut noter que les 91 médecins n'ont pas répondu à toutes les questions.

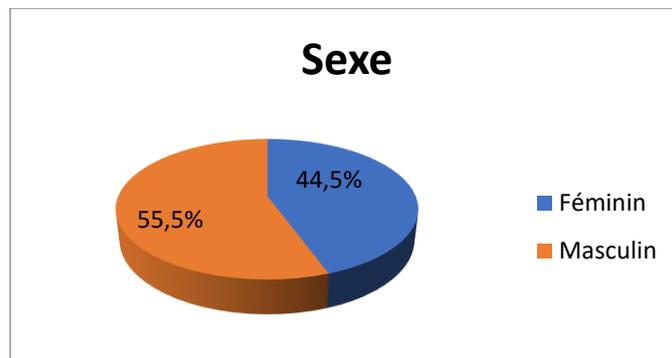
### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques générales des médecins interrogés

##### VOTRE PROFIL

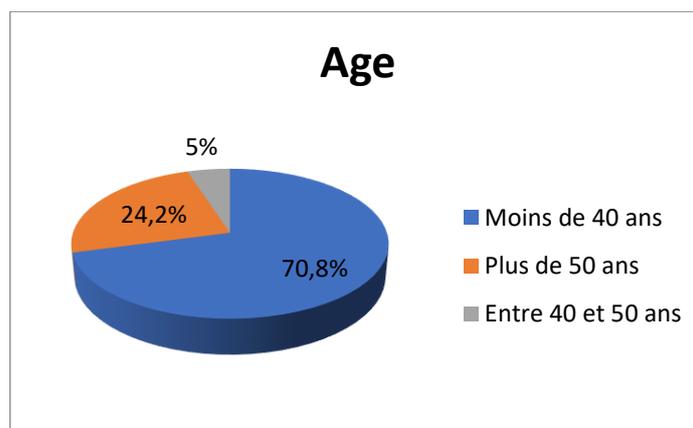
###### Sexe :

Parmi les 89 médecins généralistes ayant répondu à cette question, 49 étaient de sexe masculin (55,5%), 40 de sexe féminin (44,5%).



###### Age :

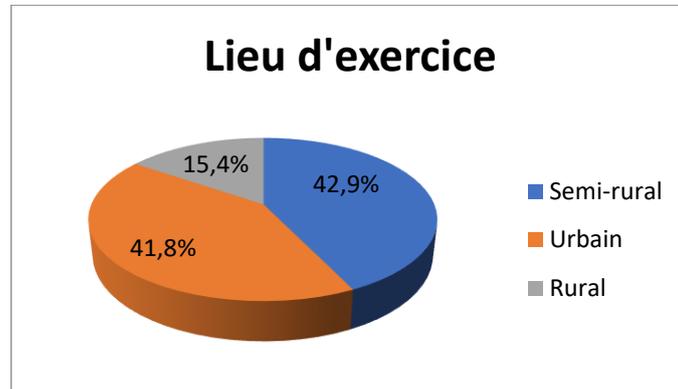
La majorité avait moins de 40 ans (63 d'entre eux soit 70,8%), 5 avaient entre 40 et 50 ans (5%) et enfin 21 d'entre eux avaient plus de 50 ans (24,2%).



### Lieu d'exercice :

Les 91 médecins ont répondu à cette question.

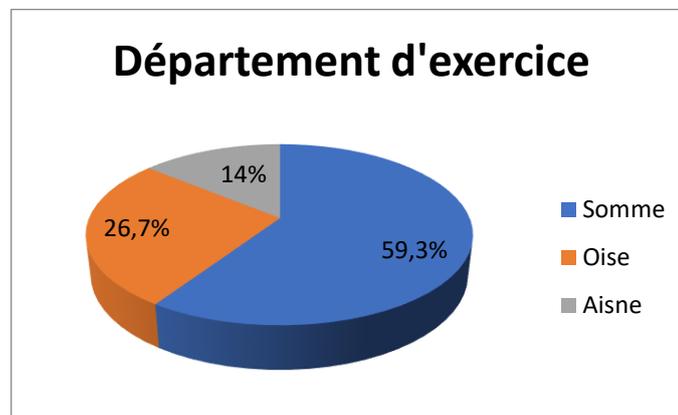
Ils exerçaient pour 41,8% (38) en milieu urbain, 42,9% (39) en milieu semi rural et 15,4% (14) en milieu rural.



### Département d'exercice :

Il y a eu 86 réponses pour cette question.

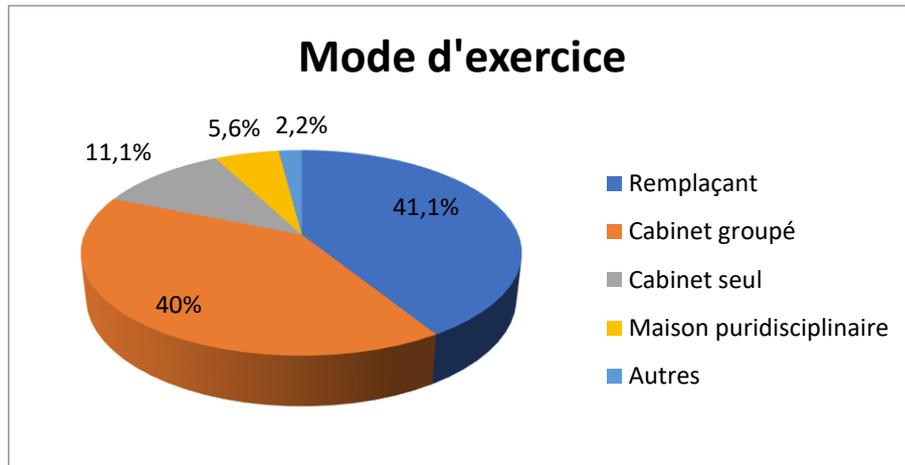
La Somme comprenait 59,3% (51) des médecins généraliste, l'Aisne 14% (12) et l'Oise 26,7%(23).



### Mode d'exercice :

Il y a eu 90 réponses pour cette question.

41,1% (37) d'entre eux étaient remplaçants, 40% (36) installés en cabinet de groupe de médecine générale, 11,1% (10) exercent seul dans leur cabinet et 5,6% (5) exercent dans une maison de santé pluridisciplinaire. Enfin 2,2% (2) ont indiqué exercer dans un autre mode d'exercice.



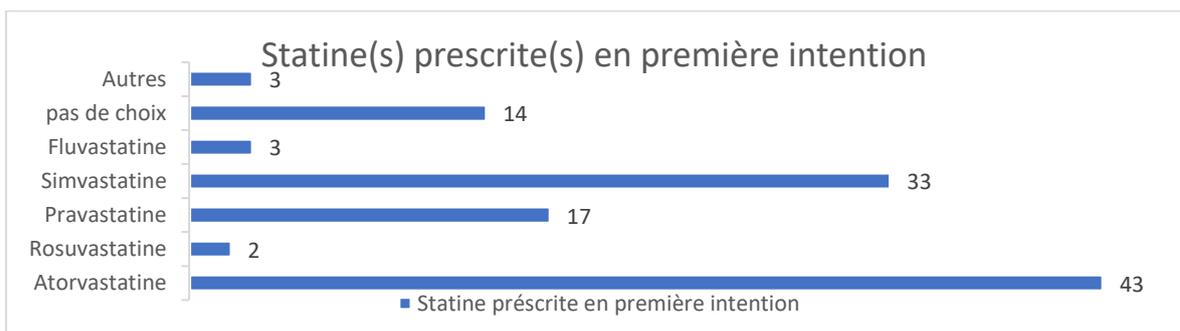
### 3.2. Evaluation des pratiques et des connaissances

#### Quelle(s) statine(s) prescrivez-vous en première intention en prévention primaire ?

Il y a eu 91 réponses pour cette question.

La question était ouverte avec plusieurs choix possibles.

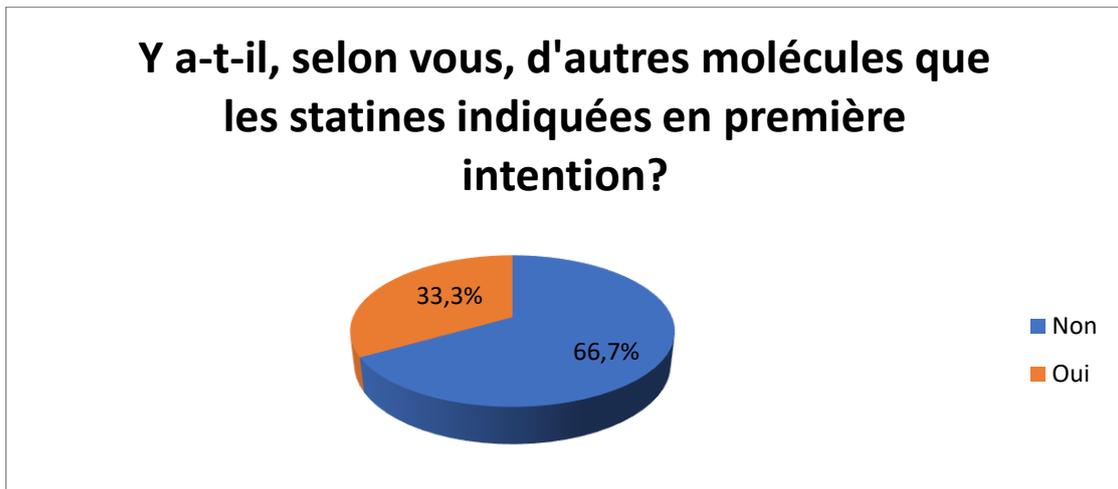
L'atorvastatine est prescrite en première intention par 47,3% (43) des médecins généralistes interrogés, la simvastatine par 36,3% (33), la pravastatine par 18,7% (17), la fluvastatine par 3,3% (3), la rosuvastatine par 2,2% (2). Enfin 15,4% (14) d'entre eux n'ont aucune préférence entre ces différentes molécules et 3,3% (3) prescrivent une autre molécule qu'une statine.



**Y a-t-il, selon vous, d'autres molécules que les statines indiquées en première intention en prévention primaire des maladies cardiovasculaires ?**

Il y a eu 90 réponses pour cette question.

66,7% (60) ont répondu qu'il n'existait pas de molécules autres que les statines, indiquées en première intention en prévention primaire contre 33,3% (30).

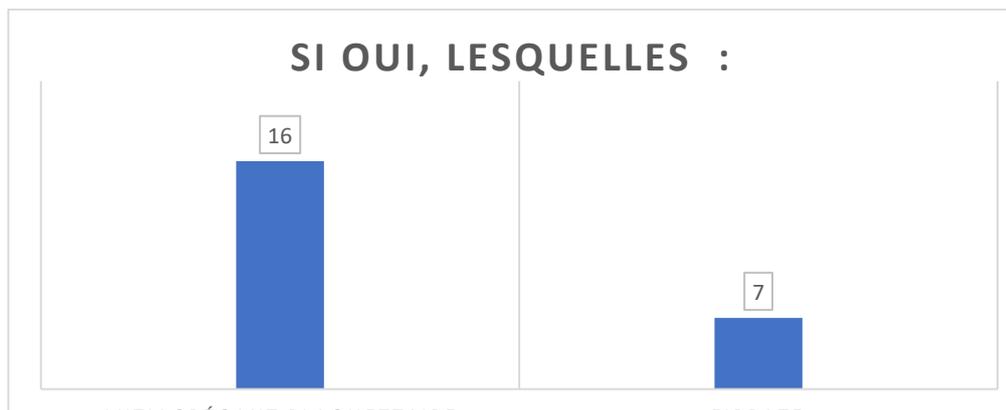


**Si oui, lesquelles ?**

La question suivante était dirigée pour les médecins ayant répondu que d'autres molécules pouvaient être prescrite en première intention. Seuls 20 médecins ont répondu.

La question était ouverte avec donc plusieurs réponses possibles. Seuls les antiagrégants plaquettaires et les fibrates ont été cités.

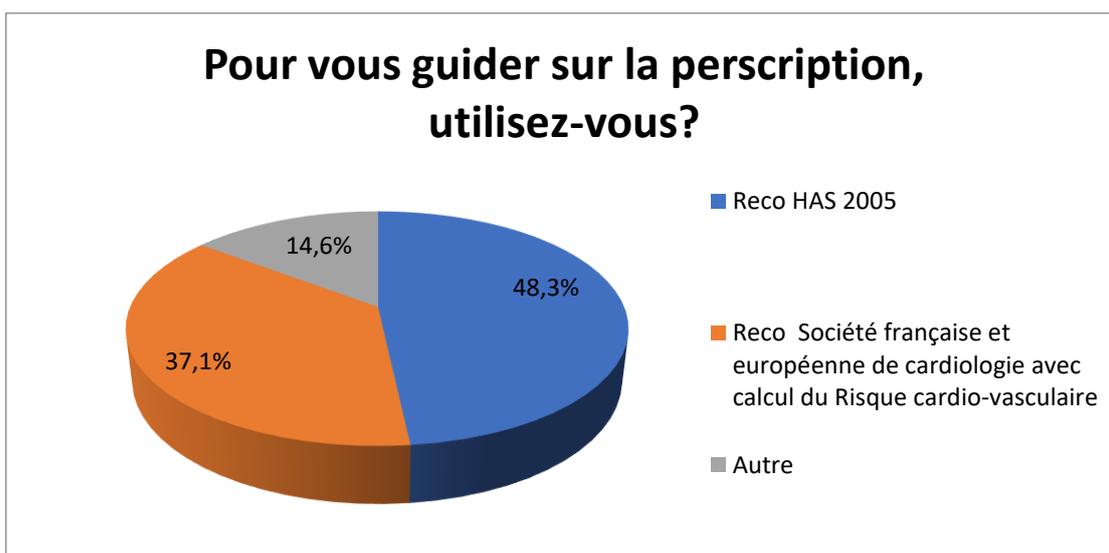
Les antiagrégants plaquettaires ont été cités 16 fois, les fibrates 7 fois. Il n'a pas été cité d'autre type de molécules.



**Pour vous guider sur la prescription d'une statine en prévention primaire, utilisez-vous ?**

Il y a eu 89 réponses pour cette question.

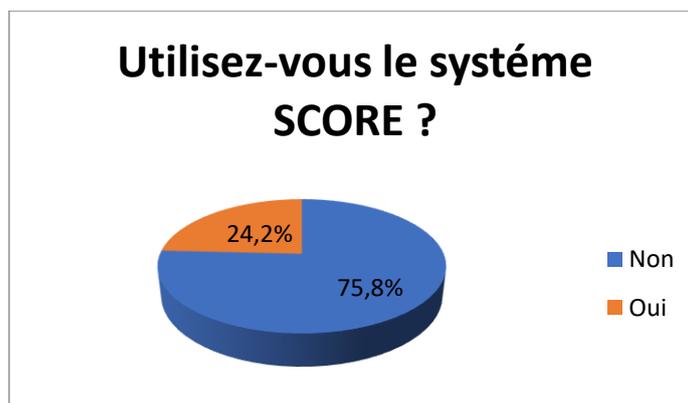
Les médecins interrogés suivent pour 48,3% (43) d'entre eux les recommandations de l'Afssaps de 2005 (HAS), 37,1% (33) les recommandations de la Société Française et Européenne de cardiologie datant de 2016, et 14,6% (13) utilisent un autre guide pour la prescription d'une statine en prévention primaire.



**Utilisez-vous le système SCORE qui permet d'estimer le risque de survenue à 10 ans d'un premier événement cardio-vasculaire fatal et de classer les patients dans une catégorie de risque (faible, intermédiaire, élevé et très élevé) ?**

Il y a eu 91 réponses pour cette question.

75,8%(69) des médecins interrogés n'utilise pas le système SCORE permettant d'estimer le risque de survenue à 10 ans d'un premier élément cardiovasculaire fatal et ainsi de classer les patients dans une catégorie de risque.



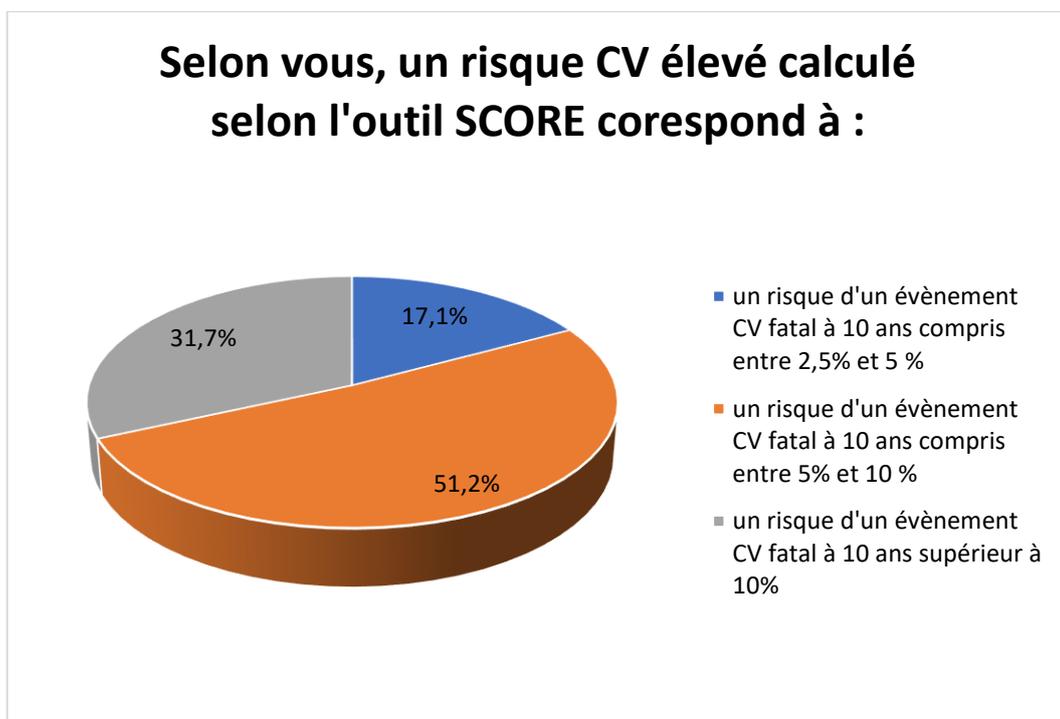
### **Selon vous, un risque cardio-vasculaire élevé calculé selon l'outil SCORE correspond à ?**

Il y a eu 82 réponses à cette question.

Pour 51,2% (42) d'entre eux, un risque cardio-vasculaire élevé calculé avec l'outil SCORE correspond à un risque d'événement cardio-vasculaire fatal à 10 ans compris entre 5 et 10%.

31,7% (26) estiment que cela correspond à un risque supérieur à 10%.

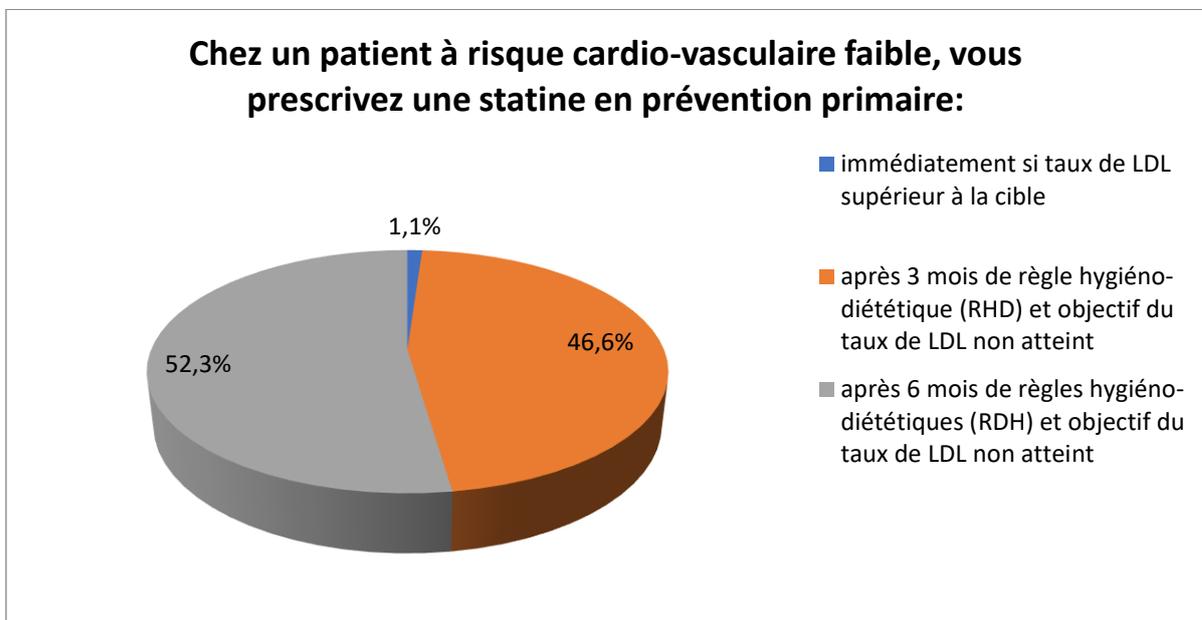
17,1% (14) estiment que cela correspond à un risque compris entre 2,5% et 5%.



### **Chez un patient à risque cardiovasculaire faible, vous prescrivez une statine en prévention primaire ?**

Il y a eu 88 réponses à cette question.

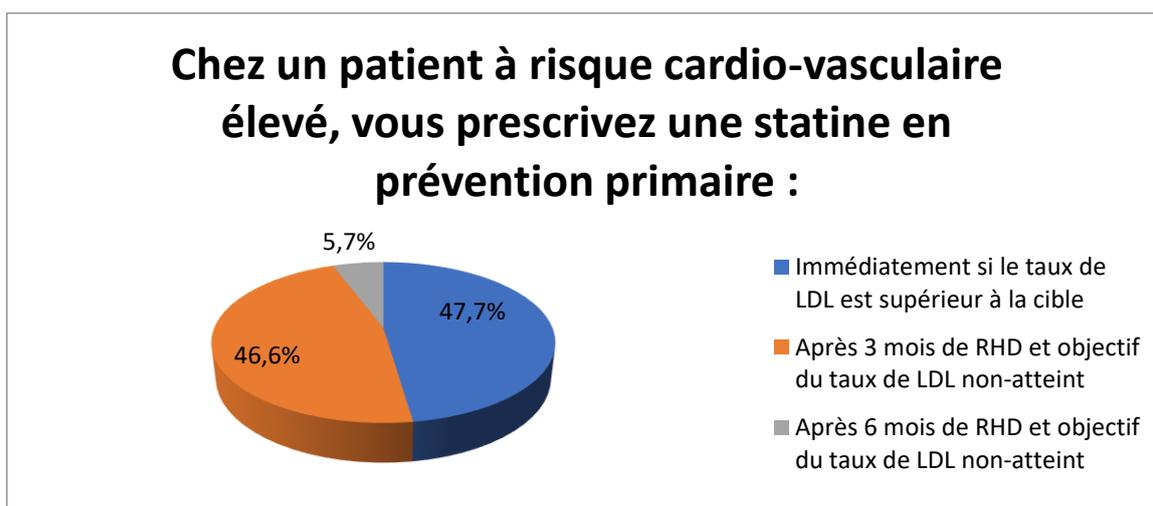
Chez un patient à risque cardio-vasculaire faible, 52,3% (46) des médecins interrogés introduisent une statine en prévention primaire après 6 mois de Règle Hygiéno-Diététique (RHD) si l'objectif du taux de LDLc est non atteint, 46,6% (41) après 3 mois de RHD si l'objectif du taux de LDLc est non atteint, 1,1% (1) immédiatement si le taux de LDLc est supérieur à la cible.



### **Chez un patient à risque cardiovasculaire élevé, vous prescrivez une statine en prévention primaire ?**

Il y a eu 88 réponses à cette question.

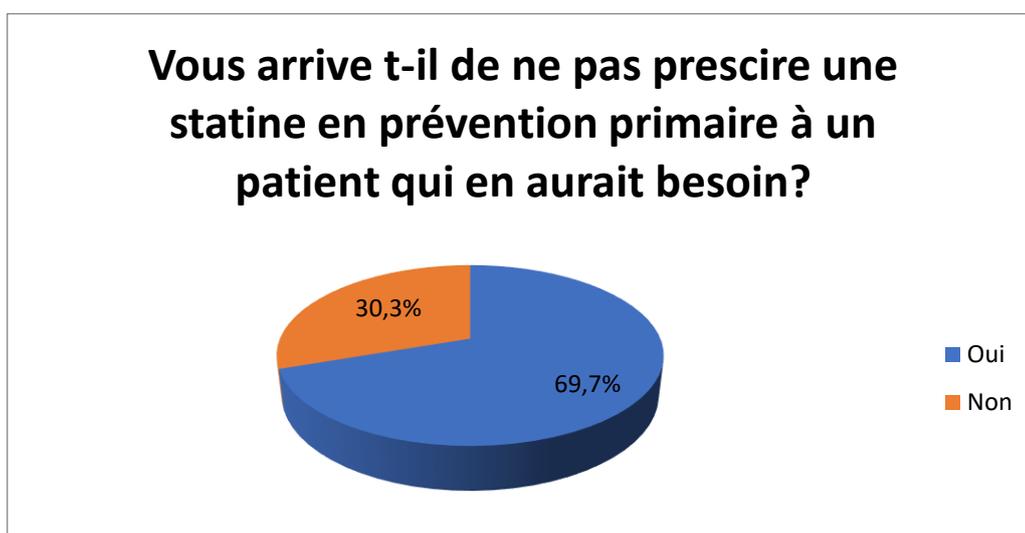
Chez un patient à risque cardio-vasculaire élevé, 47,7% (42) prescrivent une statine immédiatement si le taux de LDL est supérieur à la cible, 46,6% (41) après 3 mois de RHD et si le taux de LDL cible n'est pas atteint, 5,7% (5) après 6 mois de RHD et si le taux de LDL cible n'est pas atteint.



### **Vous arrive-t-il de ne pas prescrire une statine en prévention cardiovasculaire primaire à un patient qui en aurait besoin ?**

Il y a eu 89 réponses à cette question.

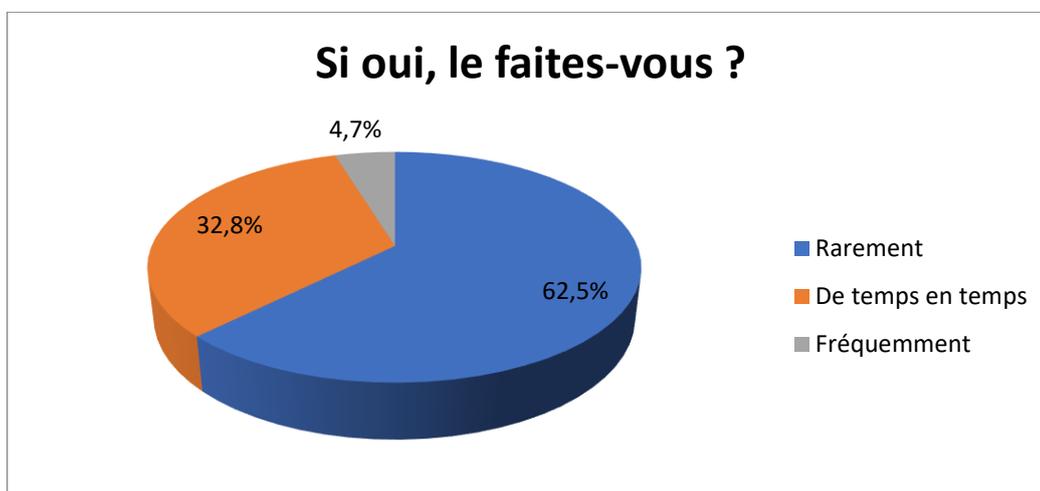
69,7% (62) des médecins sondés déclarent qu'il leur arrive de ne pas prescrire une statine en prévention cardio-vasculaire primaire à un patient qui en aurait besoin.



### Si oui, le faites-vous ?

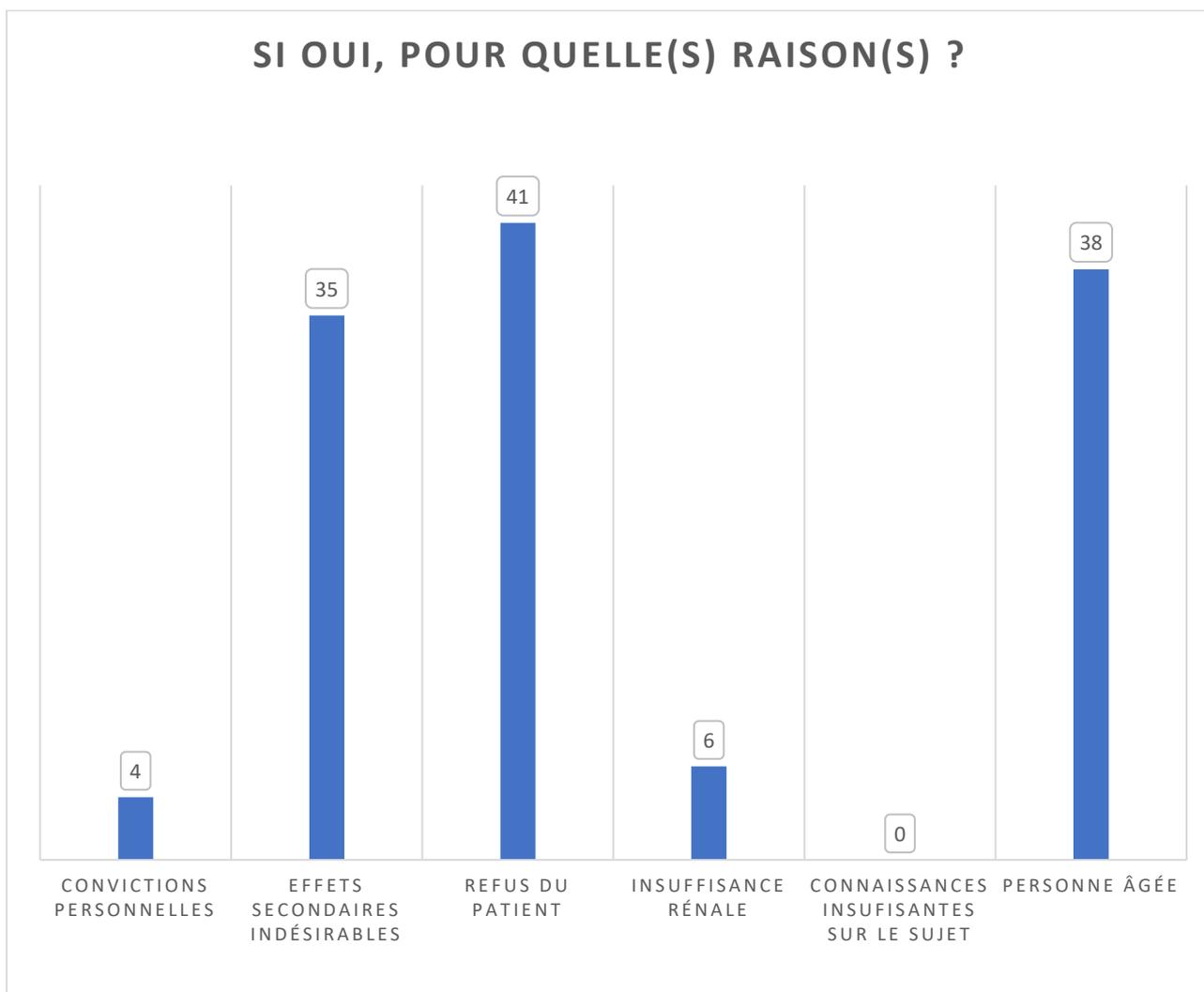
Parmi ces 62 médecins :

62,5% (39) annoncent ne le faire que rarement, 32,8% (20) de temps en temps, 4,7% (3) fréquemment.



### Si oui, pour quelle raison ?

Parmi ces 62 médecins ayant déclaré qu'il leur arrivait de ne pas prescrire une statine en prévention primaire à un patient qui en aurait besoin, plusieurs choix leurs étaient proposés.



41 d'entre eux ont cité le refus du patient, 35 d'entre eux les effets secondaires possibles comme les douleurs musculaires, 38 d'entre eux à cause de l'âge du patient, 6 l'insuffisance rénale, 4 des convictions personnelles, et enfin pour aucun d'entre eux le manque de connaissances sur le sujet leur empêchait cette prescription.

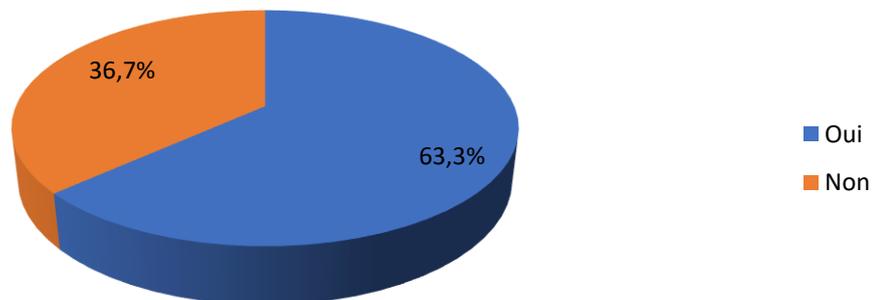
**Une ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) préconise la prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient diabétique de type 2.**

**Suivez-vous les recommandations de cette ROSP ?**

Il y a eu 90 réponses à cette question.

63,3% (57) connaissent et suivent les recommandations de la ROSP qui préconise la prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient diabétique de type 2.

**Une ROSP préconise la prescription d'une statine en prévention primaire chez un individu diabétique de type 2. Suivez-vous les recommandations de cette ROSP ?**

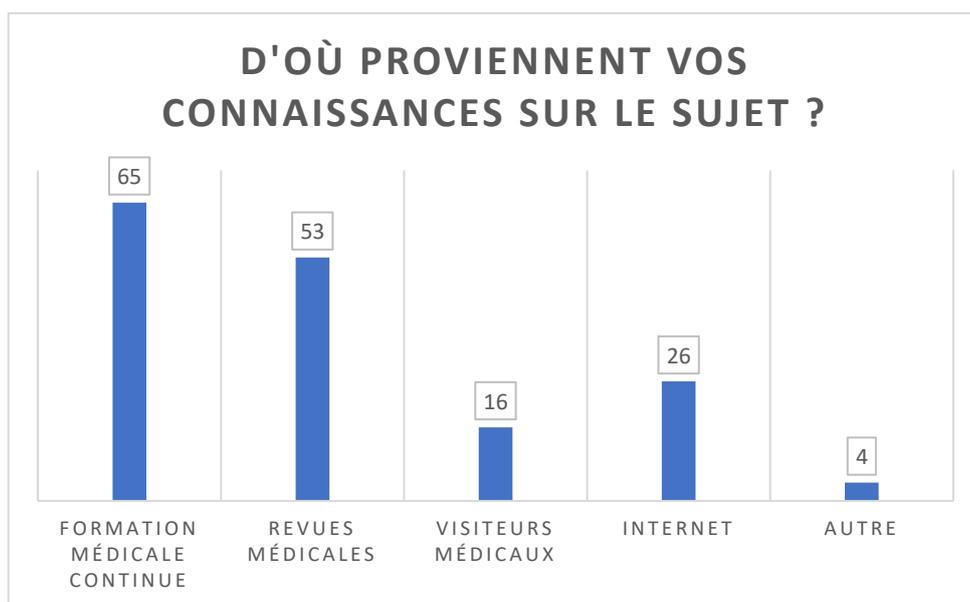


### **D'où proviennent vos connaissances sur le sujet ?**

Il y a eu 90 réponses à cette question.

Il s'agissait d'une question fermée avec plusieurs réponses possibles.

La formation Médicale Continue (FMC) a été citée par 65 (72,2%) d'entre eux, les revues médicales par 53 (58,9%), les visiteurs médicaux par 16 (17,8%), internet par 26 (28,9%) et enfin 4 (4,4%) médecins par d'autres sources de connaissances.



**Enfin, pour clôturer le questionnaire, il a été demandé si les sondés avaient d'éventuelles remarques pour améliorer la pratique de la prescription d'une statine en prévention primaire.**

En dehors d'une blague potache, je cite « c'est de la merde » et de quelques mots d'encouragements, la demande d'une application (simple d'utilisation) sur smartphone ou ordinateur pour une aide à la prescription a été citée à plusieurs reprises.

## **4. DISCUSSION**

L'objectif de ce travail était d'étudier la prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires par les médecins généralistes picards, leurs pratiques quotidiennes et connaître leur niveau de connaissances concernant les dernières recommandations essentiellement suivies pas les spécialistes avant la publication HAS de février 2017 [4].

### **4.1. Les limites et forces de l'étude**

Il n'a pas été envoyé de questionnaire à la liste des internes du département de médecine générale afin d'essayer d'avoir des réponses de médecins généralistes installés et de garder une certaine cohérence dans les réponses.

Une aide logistique et financière de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) afin de réaliser un questionnaire en format papier a été demandée mais abandonné par la suite. Le délai de concertation au sujet du choix des thèses qu'ils décident de financer était trop long et nous avons donc volontairement choisi de réaliser ce questionnaire par mail afin de faciliter la récupération et la centralisation des réponses de manière plus rapide. Cette méthode a contribué à la création d'un biais de sélection car tous les médecins généralistes picards ne sont pas encore informatisés.

Le taux de réponse de 18% était relativement faible au regard de la simplicité de réponse et du faible temps nécessaire pour remplir ce questionnaire.

### **4.2. Caractéristiques des répondants**

La population des généralistes ayant répondu à l'étude présente des caractéristiques plus ou moins proches de la population des généralistes libéraux de Picardie décrite dans l'atlas démographique de Picardie édité par le Conseil National de l'Ordre des médecins [5].

Le ratio H/F est en faveur des hommes dans les 2 populations. Il est légèrement inférieur dans notre échantillon (54,9% d'hommes contre 69% dans la population cible).

L'âge moyen des répondants n'est pas comparable à la population d'origine. Notre échantillon est composé à 61,5% de personnes d'âge inférieur à 40 ans alors que l'âge moyen des médecins généralistes picards est de 52 ans. Ce résultat est probablement dû à la méthode utilisée (questionnaire adressé par mail), les jeunes médecins étant tous informatisés et habitués à ce type de technologie.

La répartition géographique de notre échantillon n'est pas non plus comparable à celle des médecins généralistes de Picardie. 14% des médecins répondants exercent dans l'Aisne contre 25,7% pour la population d'origine, 26,7% dans l'Oise contre 37,4% dans la population cible et 59,3% contre 36,9% pour la population d'origine.

Il n'existe pas de caractéristique précise dans l'Atlas démographique de Picardie concernant la pratique en milieu urbain, semi rural ou rural mais les résultats obtenus semblent cohérents : 41,8% exerçant en milieu urbain, 42,9% en semi rural et seulement 15,4% exerçant en milieu rural.

Le mode d'exercice de notre échantillon confirme la tendance actuelle, avec seulement 11,1% exerçant dans un cabinet seul, 40,% en cabinet de groupe, 5,6% en maison de santé pluridisciplinaire et 41,1% de remplaçants. Le nombre de médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire aura tendance à augmenter les prochaines années, dû à la modification progressive des conditions de travail et la volonté des pouvoirs publics. Inversement, le nombre de médecins travaillants seuls va avoir tendance à diminuer, cette pratique de la médecine étant de moins en moins recherchée.

#### **4.3. Usage des statines par les médecins de notre échantillon**

La statine la plus souvent prescrite en première intention est l'atorvastatine (47,3%). La simvastatine a aussi été citée par 36,3% d'entre eux. Ces 2 molécules ont été citées loin devant les autres statines (pravastatine 18,7%, rosuvastatine 2,2%, fluvastatine 3,3%.

D'après les recommandations HAS de février 2017[4], les statines recommandées (meilleur coût-efficacité) sont la simvastatine et l'atorvastatine. Une autre statine peut être utilisée en cas d'intolérance. Ces recommandations sont différentes des recommandations de l'HAS de 2012[6] qui préconisait l'utilisation de la pravastatine à la place de l'atorvastatine.

En cas d'intolérance, il est recommandé [7] d'utiliser l'ézétimibe, voire la cholestyramine.

Il faut savoir que la prescription de la rosuvastatine, de l'ézétimibe ou de l'association de l'ézétimibe avec la simvastatine est soumise à une demande d'accord préalable du service médical de l'assurance maladie.

Seuls 33,3% des médecins interrogés pensent que d'autres molécules sont indiquées en première intention en prévention primaire. Les antiagrégants plaquettaires sont

majoritairement cités. Pour rappel, d'après les recommandations de bonne conduite de l'HAS en juin 2012 [8], en prévention primaire, en l'absence de diabète, une inhibition plaquettaire au long cours par aspirine seule (75-160 mg/j) est recommandée lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé (risque cardio-vasculaire fatal > 5% calculé selon la table SCORE en annexe 1). En cas de diabète, l'évaluation du risque cardiovasculaire repose entre autre sur l'équation de risque de l'UKPDS. Ces recommandations ne sont pas en accord avec celles de la Société Française de Cardiologie [3] qui ne recommande pas l'utilisation d'aspirine en prévention primaire.

Concernant les statines en prévention primaire, 48,3% des sondés suivent encore les recommandations de l'AFSSAPS de 2005 [1] et seulement 37,1% suivent les dernières recommandations de la Société Européenne et Française de cardiologie de 2016 [3].

75,8% des médecins interrogés n'utilisent pas le système SCORE, ce qui est en adéquation avec les réponses de la dernière question.

Ces chiffres montrent l'utilité et la nécessité de la nouvelle publication de l'HAS 2017 [4] afin de sensibiliser l'ensemble des médecins généralistes sur ces nouvelles recommandations et l'utilisation de cet outil.

Les questions suivantes évaluaient les connaissances de ces derniers sur le sujet. Nous avons constaté que 51,2% des médecins questionnés connaissent le fait qu'un risque cardio-vasculaire élevé calculé grâce à l'outil SCORE correspond à un risque d'événement cardio-vasculaire fatal à 10 ans supérieur à 5%. 47,7% prescrivent, comme les recommandations le conseillent, une statine immédiatement sans attendre quelques mois de règle hygiéno-diététique (RHD).

De même, 46,6 % d'entre eux, lorsque le risque cardio-vasculaire est faible, attendent 3 mois de RHD avant de prescrire une statine si l'objectif du LDL-c n'est pas atteint, ce qui est conseillé dans les dernières recommandations. 52,3% attendent encore 6 mois de RHD avant de prescrire une statine.

Après avoir débuté la prise en charge, un bilan lipidique est recommandé dans un délai de 12 à 24 semaines pour les niveaux de RCV faible et modéré, et de 8 à 12 semaines pour les niveaux de RCV élevé et très élevé.

Niveau de risque cardio-vasculaire	Objectif de C-LDL	Intervention de première intention*	Intervention de deuxième intention
Faible	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
Modéré	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)		
Élevé	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie + Intensification du traitement hypolipémiant
Très élevé	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		

Tableau 2 : dernières recommandations HAS 2017 [4]

69,7% affirment qu'il leur arrive de ne pas prescrire une statine en prévention primaire alors que leur patient en aurait besoin. Et seulement 32,8% déclarent ne le faire que rarement. Le refus du patient est l'excuse la plus souvent citée (66,1%), suivent l'âge avancé du patient (61,3%) et les effets secondaires tels que les douleurs musculaires (56,5%). Ces chiffres paraissent cohérents et réaffirment la place des médecins généralistes dans le suivi et l'éducation des patients. Ces derniers étant le plus souvent réfractaires à l'instauration d'un traitement notamment une statine suite aux polémiques récentes à ce sujet.

Ce questionnaire a permis aussi de découvrir que seulement 33,6% suivent les recommandations d'une ROSP [9] (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) préconisant la prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient diabétique.

L'assurance maladie a créé différentes conventions afin de sensibiliser les médecins généralistes à la prescription et surveillance de leurs patients. Suivant les conventions, le médecin généraliste peut se voir octroyer une rémunération s'il remplit certains critères, améliorant ainsi la mise en place des dernières recommandations.

Le nombre de médecins connaissant cette ROSP paraît faible, probablement dû aux nombres important de médecins non installés dans cette étude (41%). En effet, ces derniers ne sont pas concernés par les ROSP.

La Formation Médicale Continue (72,2%) permet de maintenir les connaissances des médecins généralistes interrogés aux dernières recommandations. Ce chiffre montre la nécessité de cette pratique, qui n'est pas réalisée par l'ensemble des médecins généralistes.

L'abonnement aux revues médicales (58,9%) ainsi que les recherches sur internet ont aussi une place importante dans l'acquisition des connaissances sur ce sujet.

Seulement 17,8% d'entre eux ont dit que leurs connaissances pouvaient provenir des visiteurs médicaux. Ce chiffre paraît faible et peut être expliqué par la diminution importante des visiteurs médicaux ces dernières années.

Au vu des dernières recommandations, le calcul du niveau de risque cardiovasculaire peut paraître plus compliqué et donc la mise en pratique difficile. La proposition d'une application sur smartphone est une très bonne idée. Un site internet permet déjà de calculer le risque cardiovasculaire selon SCORE et une application le permet également (application de la société européenne de cardiologie) mais ils restent peu connus des médecins généralistes.

## 5. CONCLUSION

Cette étude nous montre que le rationnel de la prescription d'une statine en prévention primaire en médecine générale dépend encore pour moitié des anciennes recommandations. La dernière publication de l'HAS [4] va probablement améliorer la prise en charge des patients. En effet, les médecins généralistes ont tendance à suivre les recommandations de cette institution plutôt que celle de certains spécialistes.

Des rappels des recommandations pourraient être réalisés dans les revues médicales par exemple ou bien par le biais des Formations Médicales Continues afin de sensibiliser un plus grand nombre de médecins généralistes à ces nouvelles recommandations et l'utilisation de l'outil SCORE. Les résultats de notre étude pourraient être confirmés par un essai de plus grande envergure mais la méconnaissance des outils récents pour évaluer le risque cardiovasculaire est assez nette au sein de cette population de médecins généralistes.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Agence Française de Sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. Saint-Denis : AFSSAPS ; 2005. [http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/dyslipemie\\_argu.pdf](http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/dyslipemie_argu.pdf)
- [2] Collège national des généralistes enseignants. Communiqué de presse du Conseil Scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants. Patient hypercholestérolémique : abandonner les cibles de LDL et traiter par statine selon le risque cardiovasculaire. Avril 2014. Disponible sur [https://www.cnge.fr/conseil\\_scientifique/productions\\_du\\_conseil\\_scientifique/patient\\_hypercholesterolemique\\_abandonner\\_les\\_cibl/](https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/patient_hypercholesterolemique_abandonner_les_cibl/)
- [3] European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, *et al.* ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *EurHeart J* 2011;32(14):1769-818.
- [4] Haute Autorité de Santé, Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Service des bonnes pratiques professionnelles. Saint Denis La Plaine : HAS 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir5/rapport\\_dyslipidemies\\_pour\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir5/rapport_dyslipidemies_pour_mel.pdf)
- [5] Ordre National des Médecins Atlas 2013 de la région PICARDIE, La démographie médicale en région Picardie Situation en 2013. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_picardie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf)
- [6] Haute Autorité de Santé. Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité. Bon usage des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine\\_-\\_fiche\\_bum.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine_-_fiche_bum.pdf)
- [7] Haute Autorité de Santé. Quelle place pour l'ézétimibe dans l'hypercholestérolémie ? Ezetrol® (ézétimibe) ou Inegy® (ézétimibe + simvastatine). Bon usage des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_498762/fr/ezetrol-ou-inegy-fiche-bum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_498762/fr/ezetrol-ou-inegy-fiche-bum)

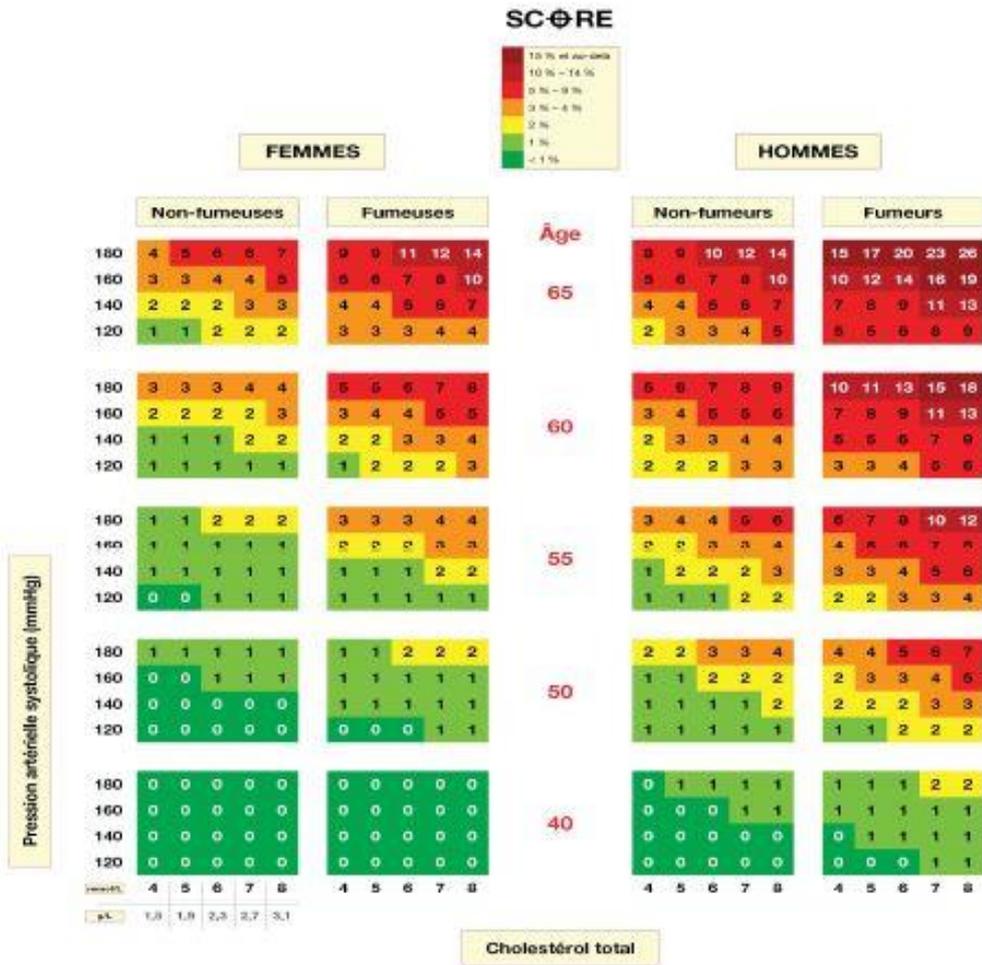
[8] Recommandation de bonnes pratiques : bon usage des antiagrégants plaquettaires. Juin 2012 HAS-Haute Autorité de Santé. Saint Denis. Mis à jour le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/12irp06\\_reco\\_agents\\_antiplaquettares.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/12irp06_reco_agents_antiplaquettares.pdf)

[9] Convention2016 La Nouvelle ROSP. Assurance Maladie Janvier 2017 disponible sur : <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Table de SCORE

**Table de SCORE**  
 Risque à 10 ans de décès cardio-vasculaire (CV) en fonction du sexe, de l'âge (de 40 à 65 ans), du statut tabagique, de la pression artérielle systolique et des concentrations de cholestérol total



Adapté de Massimo F. Piepoli et al. Eur Heart J 2016;37:2315-2381 (25) ; traduit par la Haute Autorité de Santé.  
 © 2016 European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Association. All rights reserved. For permissions please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

## Annexe 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

### **PRESCRIPTION D'UNE STATINE EN PREVENTION PRIMAIRE DES EVENEMENTS CARDIOVASCULAIRES : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS EN 2017.**

Je réalise ma thèse de DES de médecine générale sous la direction du Dr Chevalier et j'ai besoin de votre collaboration. Ce questionnaire permet de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prescription d'une statine en prévention primaire.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci pour votre participation.

Paul d'Avout

#### QUESTIONNAIRE

##### **Votre profil**

##### **1. Sexe :**

- Homme
- Femme

##### **2. Age :**

- < 40 ans
- 40-50 ans
- >50 ans

##### **3. Département d'exercice :**

- Somme
- Aisne
- Oise

##### **4. Lieu d'exercice :**

- Rural
- Semi rural
- Urbain

##### **5. Mode d'exercice :**

- Installé en cabinet de médecine générale Seul
- Installé en cabinet de groupe de médecine générale
- Installé au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Remplaçant
- Autre : précisez

**6. Quelle(s) statine(s) prescrivez-vous en première intention en prévention primaire ?**

- Atorvastatine
- Rosuvastatine
- Pravastatine
- Simvastatine
- Fluvastatine
- Pas de choix particulier
- Autre:

**7. Y a-t-il selon vous d'autres molécules que les statines indiquées en première intention en prévention primaire des maladies cardiovasculaires ?**

- non
- oui
- si oui, lesquels ?

**8. Pour vous guider sur la prescription d'une statine en prévention primaire, utilisez-vous ?**

- les recommandations de l'Afssaps de 2005 en fonction du nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire
- les recommandations de la Société française et européenne de cardiologie datant de 2016 et un outil de calcul du risque cardiovasculaire.
- autre :

**9. Utilisez-vous le système SCORE qui permet d'estimer le risque de survenue à 10 ans d'un premier événement cardio-vasculaire fatal et de classer les patients dans une catégorie de risque (faible, intermédiaire, élevé et très élevé)**

- ?
- non
- oui

**10. Selon vous, un risque cardiovasculaire élevé calculé selon l'outil SCORE correspond à :**

- un risque d'un événement cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 2,5%
- un risque d'un événement cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 5%
- un risque d'un événement cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 10%

**11. Chez un patient à risque cardiovasculaire faible vous prescrivez une statine en prévention primaire :**

- immédiatement si le taux de LDL est supérieur à la cible
- après 3 mois de règle hygiéno-diététique (RHD) et que l'objectif du taux de LDL n'est pas atteint
- après 6 mois de RHD et que l'objectif du taux de LDL n'est pas atteint

**12. Chez un patient à risque cardiovasculaire élevé vous prescrivez une statine en prévention primaire :**

- immédiatement si le taux de LDL est supérieur à la cible
- après 3 mois de règle hygiéno-diététique (RHD) et que l'objectif du taux de LDL n'est pas atteint
- après 6 mois de RHD et que l'objectif du taux de LDL n'est pas atteint

**13. Vous arrive-t-il de ne pas prescrire une statine en prévention cardiovasculaire primaire à un patient qui en aurait besoin ?**

- oui
- non

**14. Si oui, le faites-vous :**

- Fréquemment
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

**15. Si oui, pour quelle raison ?**

- conviction personnelle
- effets secondaires indésirables (Douleurs musculaires..)
- personne âgée
- refus du patient
- insuffisance rénale
- connaissance sur le sujet insuffisante
- autre :

**16. Une ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) préconise la prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient diabétique de type 2 ,  
Suivez-vous les recommandations de cette ROSP ?**

- oui
- non

**17. D'où proviennent vos connaissances sur le sujet ?**

- études médicales
- Formation Médicale Continue
- revues médicales
- visiteurs médicaux, de rencontres organisées par des laboratoires...  
d'Internet
- autre : précisez

**18. Quelles sont vos éventuelles remarques pour améliorer vos pratiques (attentes en terme d'outils, d'information, etc...) ?**

**Prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardio-vasculaires :  
état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2017**

**Introduction :** En 2017, le bénéfice des statines sur la mortalité en prévention cardiovasculaire secondaire n'est plus à démontrer mais en prévention primaire leur bénéfice est mis en doute. Cette étude permet un état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards sur la prescription d'une statine en prévention primaire alors que la HAS a publié de nouvelles recommandations en accord avec celles de la Société Française de Cardiologie (SFC) sur les dyslipidémies 1 mois avant l'envoi du questionnaire.

**Matériel et méthode :** Il s'agissait d'une enquête épidémiologique descriptive menée par l'envoi d'un questionnaire envoyé par mail auprès de 500 médecins généralistes.

**Résultats :** 91 médecins ont répondu au questionnaire dont 41,1% de remplaçants et 56,7% de médecins installés. Pour l'introduction d'une statine en prévention primaire, 48,3% des médecins interrogés suivaient encore les recommandations de l'AFSSAPS de 2005, 37,1% suivaient les recommandations de la SFC de 2016 et 14,6% utilisaient d'autres recommandations.

75,8 % des médecins n'utilisent pas l'outil SCORE recommandé par la SFC pour le calcul du risque cardio-vasculaire.

**Discussion - Conclusion :** Cette étude nous montre que le rationnel de la prescription d'une statine en prévention primaire en médecine générale dépend encore pour moitié des anciennes recommandations. L'actualisation des recommandations de l'HAS en 2017 et la formation via des FMC va probablement améliorer la prise en charge des patients en prévention primaire.

**Mots clés :** médecin généraliste, prévention primaire, recommandations, pratique professionnelle, statines.

**Prescription of a statin for primary prevention against cardiovascular diseases:  
Synopsis of general practitioner's practices in Picardie in 2017.**

**Objectives:** In 2017, primary gain of statins in secondary prevention against cardiovascular diseases' mortality doesn't need more evidences but their efficiency in primary prevention has been contested.

As the HAS, in compliance with the French Society of Cardiology (FSC), released their good practice recommendations about dyslipidemia a month before the survey was sent, this study contributes to take a stock on the Picardie's general practitioners' practice about the prescription of a statin in primary prevention.

**Methods:** A survey has been sent by e-mail to 500 general practitioners in order to elaborate a descriptive epidemiologic survey.

**Results:** Among the 91 physicians who answered the survey 41.1% were substitutes and 56.7% were settled. In introducing a statin in primary prevention, 48.3% of the interviewed physicians were still following the 2005' AFSSAPS recommendations, 37.1% were following the 2016' FSC's recommendations and 14.6% were using other sources.

75.8% of practitioners do not use the SCORE system to calculate the cardiovascular risk as recommended by the FSC.

**Conclusion:** This study has shown that the rationnal of the prescription of a statin in primary prevention in general practice still depends for half on former recommendations. The HAS' data update of 2017 and the training via FMC are likely to better the caregiving of patients in primary prevention.

**Keywords:**

General practitioner, primary prevention, recommendations, professional practice, statins.