



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2018

N°

**QUEL EST LE RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ISEROIS
SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE CHEZ
LES 40-65 ANS EN PRÉVENTION PRIMAIRE SUITE A LA PARUTION
DES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN
2017 ?**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

William Bravais

Laure Allan-Pattoglia

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 29 novembre 2018

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc CRACOWSKI

Membres :

Monsieur le Professeur Georges WEIL

Monsieur le Maître de Conférence Universitaire Yoann GABOREAU

Monsieur le docteur Pierre Vladimir ENNEZAT

Madame le docteur Pauline GIRARD, directrice de thèse.

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

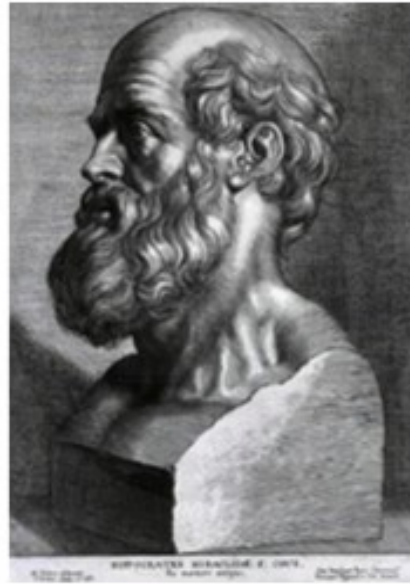
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS AU JURY

Au professeur Jean-Luc CRACOWSKI : Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Votre présence a beaucoup de sens pour nous.

Au professeur Georges WEIL : Merci de nous avoir fait l'honneur de juger notre thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre remerciement sincère.

Au Maître de Conférence Universitaire Yoann GABOREAU : Merci d'avoir été disponible aux prémices de notre thèse et d'avoir accepté de faire parti de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Au docteur Pierre Vladimir ENNEZAT : Merci d'avoir accepté de lire et de critiquer notre travail. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Au docteur Pauline GIRARD: Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de nous avoir soutenus dans la réalisation de cette étude. Et surtout merci pour ton infinie patience et pour tes multiples corrections.

Merci à tous les Médecins Généralistes qui ont accepté de participer à cette étude et qui nous ont consacré un peu de leur temps.

REMERCIEMENTS LAURE

A mes parents pour votre amour et votre soutien pendant toutes ces années ! Vous avez toujours été pour là moi. Je vous aime Maman et Papa.

A mon Papou pour ton amour inconditionnel depuis 28 ans. Pour toutes ces soirées lectures de l'Odyssée. Je t'aime.

A Clément et Claire, mon frère frère et ma sœur sœur que j'aime plus que tout ! Mais aussi à **Roxanne**, bienvenue dans la famille !

A Corinne et Alain, ma tante et mon oncle, ainsi que mes cousins **Loic** et **Yoann**, aux antipodes de la Terre !

Au petit poussin, Pauline, ma partenaire de running et de fun. Que de rire il y a eu et qu'il y aura encore ! #Brigadedufun #Balancetonscope #Onenatoujoursouslasemelle

A EsQuenelle et le voyage de « raive » fait avec toi et Pauline... Y a une raie dans ...

A Sana ma révélation ! Pour notre merveilleuse rencontre à Thonon-Les-Bains et tous ces litres de vin bus. (A notre cirrhose)

A Fanny, Jeff, Austin et Sean ! Ma petite famille parfaite (cœur cœur love love) !

A Lucie, Xavier, Raph, Gaëlle, Sarah, Vincent, Adrien, Corentin, Noelia, Claire: que de merveilleuses rencontres pendant ces années d'internat !!

A Marta pour ton encadrement aux urgences, mais aussi pour l'amie que tu es devenue !

A la team Arad Fresh Crew : Mathilde, Laure, Julien, Nico et Antoine : à toutes ces années passées ensemble à l'autre bout de l'Europe, et toutes celles qui restent en France.

A la belle équipe des grenoblois : Bibiche, Julie, Salsiki, Simon, Carine, Anna, Thibaut, Lucile, Margaux, Barry, Curt, ma belle Hélène, Justin, Eleonore, Fanny, Hugo, Nono, PE, Pauline, Quentin : merci d'avoir été là et pour nos mémorables vacances en Martinique!

A Arnaud, à nos années ensembles, tu resteras quand même mon chouchou.

A la dream team du lycée, qui résistent malgré le temps et la distance : **Clémence, Baltazar, Clément, Juliette, Benoit, Thomas, Amandine**, merci d'être toujours là.

Et aussi, à **Agathe, Cassou, Leslie, Marion et mon petit Kikitoss**, mes plus vieilles amies !

A Camille, une merveilleuse rencontre sur un canoë! A mes 22 ans et ta rencontre avec **Didier**
#DDC

A Gaëtan, merci pour tout. Pour ton aide dans cette thèse, c'est sûr ! Tu m'as tellement soutenue, supportée et encouragée ces derniers mois! Je t'aime ! Vivement la suite de nos aventures !

Le meilleur pour la fin, à **William**, mon cher co-thésard ! Je te remercie d'avoir accepté de te lancer dans cette drôle d'aventure avec moi ! A tout ce travail réalisé ! Je te souhaite plein de bonheur pour la suite, en France ou sur une île ?!

A tous ceux que j'oublie, mais qui ont fait de moi ce que je suis...

REMERCIEMENTS WILLIAM

Merci **maman** pour ton amour inconditionnel. Tu m'accompagnes chaque jour et je sais que tu veilles sur moi. J'espère que tu es fière de moi.

Merci **papa** d'avoir fait en sorte que nous ne manquions de rien.

Merci à mes frangins **Kev** et **Pat** pour votre amour fraternel. Sans votre soutien je n'en serai pas là.

Je veux que notre complicité perdure toujours. Je vous aime. Bienvenue dans la famille **Fred** !

Merci à ma marraine **Valérie** et mon parrain **Philippe** ainsi que sa femme **Stéphanie**. J'ai toujours pu compter sur vous et même si la vie et les années ont pu nous éloigner, je sais que ce sera toujours le cas !

Merci aux amis d'enfance : le **Doud**, que de temps passé ensemble depuis ton arrivée en primaire!

Que de conneries, que de bons moments et c'est loin d'être fini ! et sa famille **Floflo**, **Agathou** et mon filleul **El Vivos** !(Ne t'inquiète pas mon grand je te donnerai les ficelles pour survivre !)

Piero qui a toujours couru plus vite que moi dans la cours de récré et **Pauline**

Merci à **Nicole** et **Denis**, ma seconde famille, ainsi qu' à **Michelle**. Vous avez toujours été présents pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Votre amour m'a porté, vos conseils m'ont guidé. Chaque moment passé à Saint Jean est un régal !

Merci aux moines Chartreux et à leur liqueur centenaire de m'avoir fait découvrir la puissance des plantes !

Merci aux gentils P1 **Bottero** , **Baptistichou** pour tes mangues et ton cadenas de la toute première heure, **Clara**, **Loulou**, **Lisa**, **Jord**, **Bubu**...

Merci aux copains de médecine, promo après promo ! Les aînés : **Pafou** qui ne tient pas l'alcool, **Yanou** qui en commande toujours trop, **Minor**, **Chacha**, **Cha** et cie.

Merci aux copains de « promo INITIALE » ! **Marion** pour toutes ces belles années, **Yanou** pour ta nocivité à mon égard depuis le tout début, je tente en vain de fuir tes joyeux cafés mais il semble que j'y sois irrésistiblement attiré ! **Thom** alias Chevalier Mistral pour tes conseils diététiques et ton art du café passé minuit, **Clem** pour ton « rythme de vie » **Mag** pour tes tentatives d'éducation (« Le partage ! »), **Edouard** pour résumer : d'être papa Larry, **Nad** d'être notre poto JeanNad ne reculant jamais devant l'adversité !, **Marco** d'incarner à merveille Drazic roulant en Dacia, **Eli** et la Pérouvie, **Bebert** alias Frère Tuck Trambichou le boucher des fions ! et tous les autres **Aurore** et sa grande bouche pour les ptits bouchons, **Julie B** et ses vents discrets, **Marinoulet** et le tryptophane, **Amel** et nos débats animés, **Melissa** spécialiste des bourgognes, **Kantchi** (tu seras finalement le dernier à passer ta thèse, t'es vraiment un branleur !) **Pedro** pour ton délicieux rhum de Marie-Galante !

et tous les autres **Math**, **Audrey**, **Maya**, **Elise**, **Claire**...et ceux que j'oublie forcément !

de la corpo : **Ben**, **DobieLeZobi**, **Pouch**, **Kéké** le jeune sanglier.

Merci à la jeune pharmacienne traquant la iatrogénie **Marion Lpl**.

Merci au groupe des sous confs, théâtres d'orgies de bouffe et autres excès n'ayant pas forcément conduit à ma réussite: **Gasparini** alias Magdalène, **Gavardus**, **Oliv**

et aux potos de la salle **Zunmoilerelli**, **Luka** et Cie

Merci aux jeunots : **Léonie** pour tes codes prescrire, **Papy** pour ta « maturité », **Thib** le surfeur de mousse, **Nix** pour tes passements de jambes !

Merci à mon fidèle Wilson les mauvais plans alias **PipoThib le mange quignon!** Sans Mac Gruber et toi je n'aurai probablement pas survécu à la sixième année (numéro combien?) mais aurai peut être mieux réussi!...Mais que vaut la réussite six pieds sous terre....Je te laisse méditer et te fais confiance pour rapidement oublier cette dédicace !

Merci aux Gynec'chatte : **Jenny, Marie Marou, Judith, Alexia, Clara.** On a évité de peu la greffe hépatique en super urgence, quelle santé !

Merci aux collocs : **Louis Marie** et son vinyle de C2C, **Moumoune** et son viédoproj du dimanche soir (« Mais ferme la ! »), **Brubru** et ses comics du lundi (« parce que tu l'avais quand même bien mérité! ») **Elo** pour n'avoir jamais été à l'appart.

Merci aux Néo Calédoniens : **Audrey** (Hey lonnnnulé!!!) et **Thom** alias le Roux aux grosses cuisses (pense à reconnecter ton cerveau un jour!), **Marine** la Dazouille sans filtre et **Ben** l'homéopathe 12CH, la **Kro** et ses grands airs sévères masquant un cœur de guimauve, **Jay** pour ses leçons de vie à 3grammes et quelques CH à l'arrière d'un cata, leur petit **Paulo** pour avoir mangé tous les scotchs fingers ! mes co internes **Renaud** (Bodega man!) et **Célinen** (Duphalac girl!), mon colloc **Ju, Gilles** (ma ptite « Flower of Scotland » ne mets pas tes testicules dans le piège à souris) et **Louise** (idem pour les tétons!), **Yinyin** et **Maeva.** Merci aux Dr **Cécile Cazorla** et **Elodie Descloux** du service de médecine interne.

Merci aux Amiénois ! **Cha, KreuKreu** alias Ruya/Virus selon la situation ou « mon frère de coeur », **Paulo** (« Il est quelle heure Will ») et **Romain** pour un inoubliable tour du cailloux avec découverte des us et coutumes... (éternels souvenirs de la poule de Hienghène !!!)

Merci aux joyeux golfeurs et leurs compagnes **Gavino** et **Sylvie**, **Teddy** et **Hélène**, **Franck** et ? ,
Jean Pierre, big up le Seyssins golf club ! Sans oublier **Figerou** (« tou pô ou tou pô paw ? ») mon
partenaire de gagne !

Merci à la belle famille des « brothers from another mother » du côté Alsacien, **Arlette**, **Ju** et **Phil**
Pelé et **Mick** puissent les fleishnakas toujours vous accompagner,
quant au côté Portugais faites péter les pasteis coupé à la truelle ! **Maria** et **Jé**, **Annie** et **Laurent**.

Merci au CCNP Saint Marcellin de m'avoir chaleureusement accueilli! **Chafik**, **Nicole**, **Christelle**,
François, **Michel**, **Françoise**, **Marco**, **Delphine**, **Cathy**, **Mimi**, **Amandine**

Merci à **Laure** pour ton implication dans ce travail, quelle inconscience d'avoir sauté dans un
bateau sabordé ! Je te souhaite beaucoup de réussite dans la gériatrie ! Et s'il te plaît sois sérieuse,
ne siège pas dans les prochains groupes d'élaboration des recos sur les dyslipidémies !..

Enfin un grand merci à ma **Caro** de m'avoir supporté jusque là, belle performance sur le dernier
trimestre ! Souviens toi « On ne coupe pas la ficelle quand on peut défaire les noeuds » ! Je nous
souhaite beaucoup de bonheur, vivement les prochaines aventures, en pirogue...ou en custom !

Table des matières

RESUME.....	16
ABSTRACT.....	17
LISTE DES ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION.....	19
MATERIEL ET METHODE.....	21
Choix de la méthode.....	21
Constitution de l'échantillon.....	21
Elaboration du guide d'entretien.....	23
Collecte des informations.....	23
Analyse des informations.....	24
RESULTATS.....	25
Caractéristiques de l'étude.....	25
I.DE LA POLEMIQUE AUX RECOMMANDATIONS.....	28
I.A.Polémique autour des statines.....	28
I.A.1. Accueil de la polémique.....	28
I.A.2. Prise de connaissance de la polémique.....	29
I.B.Méfiance généralisée.....	29
I.B.1. Grande méfiance envers les médias.....	29
I.B.2. Perte de confiance des patients.....	29
I.B.3. Sentiment de manipulation par les laboratoires.....	30
I.B.4. Image du cholestérol et des statines.....	30
I.C.Recommandations.....	31
I.C.1. Accueil et applications.....	31
I.C.2. Les recommandations vues comme une référence opposable.....	32
I.C.3. Remise en cause des recommandations.....	33
I.C.3.a. Sur la forme.....	33
I.C.3.b. Sur le fond.....	34
I.C.4. Utilisation partielle des recommandations.....	35
I.C.4.a. Utilisation de l'outil SCORE.....	35
I.C.4.b. Du remplaçant au titulaire.....	35
I.C.4.c. Des populations aux besoins variés.....	36
I.C.5. Attente d'une évolution des recommandations.....	36
II.MODIFICATION DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT.....	38
II.A.Rôle du médecin filtre pour rétablir une vérité scientifique.....	38
II.B.(R)établissement d'une communication horizontale avec le patient.....	38
II.B.1. Dialogue renforcé conduisant à une décision médicale partagée.....	40
II.B.2. Prioriser l'éducation en santé.....	41
II.C.Modification des pratiques.....	41
II.C.1. Réductions et arrêts de traitements initiés par les médecins.....	41
II.C.2. Recours aux examens complémentaires et avis spécialisés.....	42
II.C.3. Idées pour améliorer la prise en charge des patients.....	43
DISCUSSION.....	44
1. Principaux résultats.....	44
2. Forces et faiblesses.....	44
3. Données de la littérature.....	46
4. Ouverture.....	54

CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	60
Annexe 1 – Carte de densité de population en Isère.....	60
Annexe 2 – Critères COREQ.....	61
Annexe 3 – Recommandations HAS 2017.....	64
Annexe 4 – Guide d'entretien.....	74
Annexe 5 – Guide pour premier contact téléphonique.....	77
Annexe 6 – Introduction de présentation exposée à chaque praticien interrogé.....	79
Annexe 7 – Verbatims.....	80
Entretien 1.....	80
Entretien 2.....	86
Entretien 3.....	91
Entretien 4.....	98
Entretien 5.....	103
Entretien 6.....	109
Entretien 7.....	115
Entretien 8.....	120
Entretien 9.....	127
Entretien 10.....	134
Entretien 11.....	141
Entretien 12.....	150
Entretien 13.....	161
Entretien 14.....	167
Entretien 15.....	172
Annexe 8 – Tableau récapitulatif des thèmes et sous thèmes.....	178
Annexe 9 – Liste des verbatims.....	180

RESUME

Introduction : Depuis plus de 20 ans, il existe en France une polémique autour des statines, relayée par les médias. Pourtant les autorités de santé vont, année après année vers des objectifs du taux de Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDLc) circulant toujours plus bas dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie. En 2017, les recommandations de la HAS ont pu relancer le débat. Les médecins généralistes, principaux acteurs de la prévention primaire sont les premiers impactés par ces polémiques.

Objectif : Ce travail a cherché à recueillir le ressenti des médecins généralistes Isérois dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire chez les patients entre 40 et 65 ans suite à la parution des recommandations de la HAS 2017.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, menés jusqu'à la saturation des données entre le 1er juillet et le 15 octobre 2018 en Isère.

Résultats : Quinze médecins généralistes ont été interrogés. Ils déclarent avoir été méfiants face à la polémique. Pourtant la majorité a rapporté une adaptation de leurs pratiques en privilégiant le dialogue et en remettant le patient au centre de la prise en charge. L'outil SCORE n'a quasiment jamais été utilisé, et les objectifs de LDL cible ont été décrits comme stricts et difficiles à appliquer, entraînant parfois une adaptation personnelle des recommandations. Toutefois, la tendance générale était de moins prescrire de statines.

Conclusion : Entre polémiques et nouvelles recommandations, les généralistes se sont initialement retrouvés en difficulté dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie de leurs patients, mais ont finalement adapté leurs pratiques vers une décision médicale partagée, conduisant à la plus grande prudence dans l'instauration d'un traitement par statines.

Mots clés : Statines – Hypercholestérolémie – Médecine préventive- Affect – Médecins généralistes

ABSTRACT

Introduction : For over twenty years, in France, there has been a controversy around statins, with broad media coverage. Yet, year after year, for hypercholesterolemia treatment, health authorities have been advocating to aim at always lower LDLc rate. In 2017, the HAS recommendations were able to restart the debate. The general practitioners, the main stakeholders involved in primary prevention, are the first to be impacted by these polemics.

Objective : This work tried to collect the feeling of Isere general practitioners in their management of hypercholesterolemia of patients aged between 40 and 65, in primary prevention following the publication of the 2017 HAS recommendations.

Method : It is a qualitative study based upon semi-structured individual interviews held in Isere, conducted until data saturation, between 1st of July and 15 October 2018.

Results : Fifteen general practitioners got interviewed. They acknowledged being suspicious about the controversy. However, the majority of them recognized adapting their practices, interviewing their patients more thoroughly, and setting them at the center of care. The SCORE tool has hardly ever been used, and the LDLc objectives have been described as strict and difficult to apply, sometimes leading to a personal adaptation of the recommendations. Yet, the general trend was to prescribe fewer statins.

Conclusion : Between polemics and new recommendations, general practitioners first found it difficult to manage their patient's hypercholesterolemia, but finally adapted their practices shifting towards a shared medical decision, that led to a better caution in the introduction of statins treatment.

Key words : Statins – Hypercholesterolemia – Preventive medicine - Affect – General practitioners

LISTE DES ABREVIATIONS

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

LDLc : Low Density Lipoprotein cholesterol

MG : Médecin Généraliste

RBP : Recommandations de bonne pratique

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation

INTRODUCTION

En France, il existe une polémique autour de la prise en charge du cholestérol depuis plus de 20 ans, qui a pu débuter avec la publication, en 1997, du livre du Pr Apfelbaum, nutritionniste, « Vivre avec du cholestérol » (1). De nombreux ouvrages de vulgarisation médicale et une médiatisation importante ont relancé le débat (2–8).

Les recommandations des autorités de santé, qu'elles soient françaises, européennes ou américaines, vont, année après année, vers toujours plus de rigueur quant au contrôle du taux de LDL Cholestérol (LDLc) en prévention des maladies cardiovasculaires, qu'elle soit primaire ou secondaire avec, par extension, un nombre de patients éligibles à un traitement hypocholestérolémiant plus important.

La France se situe parmi les plus grands consommateurs d'hypolipémiants, alors que le risque cardiovasculaire est un des plus faibles du monde (9) .

Le rapport annuel sur l'état de santé de la population en France publié en 2017 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et Santé Publique France recensait plus de 7,4 millions de patients traités par hypolipémiants en 2014 (prévention primaire et secondaire confondues) soit une prévalence de 11,3 % (10).

En 2016, 2 969 800 personnes prenaient une statine en prévention primaire d'après les chiffres de l'assurance maladie, représentant 1 % (1 585 millions d'euros) des dépenses de santé tous régimes confondus (11).

La revue médicale « Prescrire », a dans un article d'avril 2018 jugé défavorable la balance bénéfice/risque concernant la prescription de statines en prévention primaire d'événement cardiovasculaire (12).

Certains auteurs ont souligné quant à eux, à travers la revue francophone de médecine générale « Exercer », la nécessité de décision médicale partagée, après une évaluation du risque cardiovasculaire global du patient et une information claire sur les bénéfices et les risques de la prescription d'une statine (13).

D'autres auteurs pensent qu'il faudrait tout d'abord mieux traiter les patients à haut risque cardiovasculaire, avant de vouloir étendre les indications aux catégories de risque cardiovasculaire modéré (14).

Au milieu de cette polémique, on trouve les patients et les médecins généralistes, principaux acteurs de la prévention.

Dans un monde complexe, où se mêlent éthique, économie, et communauté scientifique divisée, les investigateurs ont voulu recueillir le ressenti des médecins généralistes Isérois quant à la prise en charge de l'hypercholestérolémie, chez les 40-65 ans, au vue de l'actualité et des dernières recommandations de la HAS 2017 (15) .

MATERIEL ET METHODE

Choix de la méthode

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti des médecins généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie, en prévention primaire, suite à la parution des recommandations de la HAS 2017.

Elle visait donc à explorer une opinion. La méthode qualitative semblait la plus adaptée pour explorer un tel élément subjectif.

Les chercheurs ont choisi de recueillir les données par entretiens individuels, davantage propices au recueil d'informations sujettes à polémiques, notamment en libérant la parole. Cette méthode a permis de favoriser les confidences sur leur ressenti personnel, sans crainte de jugement par le groupe, et ainsi limiter un biais lié au groupe.

Constitution de l'échantillon

Les investigateurs ont d'abord utilisé les Pages Jaunes pour obtenir une liste non exhaustive de généralistes Isérois potentiellement incluables dans l'étude. L'inscription sur les Pages Jaunes étant payante, elle constituait un biais de sélection et ne concernait pas la totalité des généralistes.

Ils ont donc complété cette liste par une recherche internet, à travers le moteur de recherche « Google », en prenant en compte la densité de population des territoires Isérois (Annexe 1).

Les médecins exerçant à Grenoble ont été considérés comme ayant une pratique urbaine, ceux du territoire Voironnais comme péri urbaine et ceux du Trièves ou du Vercors comme rurale.

Ceci dans un but de constituer un échantillon en variation maximale, en accord avec les critères CONSolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (Annexe 2).

Les praticiens ont été sélectionnés en fonction de leur âge, sexe, lieu et mode d'exercice ainsi que leur durée d'installation pour essayer de garantir un panel le plus large possible.

Une variation d'expérience au sein de l'échantillon a été recherchée. En effet, les chercheurs sont partis du postulat que l'âge va de pair avec l'expérience et qu'il influence donc la pratique.

Le lieu et le mode d'exercice peuvent avoir un impact sur le type de patients reçus en consultation, ainsi que sur la façon de travailler.

Les généralistes ont été contactés par téléphone pour leur parler du projet d'étude et savoir s'ils étaient intéressés, pour ensuite convenir d'une date de rencontre (Annexe 5).

Les chercheurs sont partis du postulat que les médecins avaient lu les dernières recommandations de la HAS 2017 puisque l'utilisation de l'outil SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) faisait partie des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) de 2018. Dans l'intervalle de temps écoulé entre l'entretien téléphonique et la rencontre, ces dernières recommandations leurs ont été envoyées.

C'est lors de leur rencontre, après nouvelle explication de la démarche et du caractère enregistré des entretiens, que le consentement oral a été recueilli.

Seuls les médecins thésés en médecine générale étaient ciblés. Aucune autre spécialité médicale n'a été incluse dans l'étude.

Concernant le traitement et le stockage des données personnelles des médecins généralistes interrogés, une demande d'autorisation a été demandée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Elaboration du guide d'entretien

Les questions n'étaient pas données à l'avance aux participants.

Des questions ouvertes et non directives ont été élaborées dans le but de recueillir le ressenti personnel des praticiens et de favoriser leur expression sur le sujet.

Des questions de relance étaient prévues afin d'étayer certaines réponses.

Un premier guide a été réalisé et testé sur 3 entretiens. (Annexe 4).

Devant le bon déroulement des entretiens et les retours favorables des médecins interrogés, les investigateurs ont validé cette version test, et l'ont réutilisée lors des suivants, en y ajoutant une neuvième question.

Les 3 premiers entretiens ont été inclus et conservés dans ce travail définitif.

Collecte des informations

Les entretiens ont tous été intégralement enregistrés, après accord oral des praticiens, grâce à une application d'enregistreur Android ou Iphone sur smartphone. Puis ils ont été retranscrits mot à mot sous couvert de l'anonymat. L'identité de la personne interrogée a été remplacée par la lettre M, pour médecin, suivi d'un numéro spécifique à chaque participant.

L'enquêteur notait les données non verbales de façon manuscrite à part.

Les retranscriptions étaient effectuées directement après chaque entretien par l'investigateur l'ayant mené, en anonymisant les données. Lorsqu'un médecin était connu d'un des enquêteurs, l'autre se chargeait du recueil des informations, pour éviter un biais de désirabilité sociale.

L'inclusion des participants s'est 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 l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que la lecture des entretiens n'apporte pas de nouveaux éléments.

Les personnes interrogées pouvaient à tout moment contacter les responsables de l'étude pour annuler leur participation ou rectifier ce qui avait été dit.

Analyse des informations

L'analyse des verbatims a été réalisée au fur et à mesure après chaque retranscription, de façon thématique et inductive.

Dans un premier temps, chaque enquêteur a lu séparément les entretiens retranscrits, puis les a découpés en fragments, pour en dégager des thèmes.

Dans un second temps, les deux chercheurs ont réalisé une triangulation, pour éviter les biais d'interprétation. Il y a eu une mise en commun des thèmes et un croisement de données, eux-mêmes associés entre eux pour pouvoir proposer une théorie explicative.

Lorsqu'il y avait un désaccord entre les deux enquêteurs, il a été demandé à une troisième personne de trancher.

Aucun avis ou autorisation d'éthique n'a été demandé.

RESULTATS

Caractéristiques de l'étude

Echantillon

27 médecins généralistes ont été contactés et 15 ont été inclus, soit un taux de participation de 55 %.

Sur les 27 contactés, 2 médecins n'ont pas souhaité participer à l'étude, faute de temps et 10 n'ont pas donné suite car portaient en congés annuel. Aucun refus lié au thème abordé n'a été exprimé.

Un médecin a déclaré avoir participé au questionnaire par solidarité mais ne se sentait pas du tout concerné par la polémique.

Les entretiens se sont déroulés entre le 1^{er} juillet et le 15 octobre 2018. Ils ont eu lieu soit au cabinet des participants, soit à leur domicile, en fonction de leur convenance personnelle.

Sur les 15 médecins interrogés, il y avait 7 femmes et 8 hommes ayant une activité rurale, semi rurale, ou urbaine. Leur durée d'activité variait entre 2 ans et 40 ans.

Les entretiens ont duré entre 9 minutes 43 secondes et 20 minutes 17 secondes avec une moyenne de 14 minutes 21 secondes.

Les caractéristiques des médecins généralistes Isérois interrogés, ont été reportées dans le tableau 1.

Dans cette thèse, les chercheurs ont mené, retranscrit puis analysé 15 entretiens.

	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Activités associées	Lieu d'entretien	Durée d'exercice	Réception de laboratoires	Durée de l'entretien
M1	F	Rural, Saint Pierre de Chartreuse	Seule	Non	Au cabinet	11 ans	Rarement ne se déplacent pas jusqu'à son cabinet Pas de laboratoire depuis plus de 10 ans	9:43 min
M2	M	Urbain, Saint Martin d'Hères	Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP)	Maître de Stage des Universités (MSU)	Au cabinet	4 ans	Oui,	11:44 min
M3	F	Semi-rural, <u>Coublevie</u>	Maison médicale	Visites de permis de conduire pour poisés lourds, médecin de crèche	Au cabinet	17 ans	Oui, mais pas de statine	20:05 min
M4	M	Rural, Saint Hilaire du <u>Touvet</u>	Cabinet de groupe	Régulateur SAMU	Au cabinet	30 ans	Non, plus depuis 10 ans	09:28 min
M5	M	Montagne, <u>Gresse-en- Vercors</u>	Seul	Ancien clinicien, gardes aux urgences, surtout en traumatologie Correspondant et régulateur SAMU Médecin de montagne A travaillé en Afrique	Au cabinet	30 ans installé + 10 ans de remplacements	Non, ne viennent pas jusqu'à chez lui	15:39 min
M6	F	Semi Rural <u>Vinay</u>	Seule	Non	Au domicile	1 an d' installation	Oui, mais pas de statine	10:19 min
M7	F	Urbain, Grenoble	<u>Remplacante</u> , groupe	Planning, médecin directeur dans une association pour jeunes diabétiques	Au planning	6 ans	Non	12:52 min

M8	F	Urbain	Seule	Médecin carcéral salariée	Au domicile	2 ans	Oui	16 : 51 min
M9	M	Rural	Seul	Maître de stage	Au cabinet	16 ans	Oui, un peu	17:30 min
M10	M	Semi rural	Groupe de 2	Maître de stage, et universitaire : séminaires	Au cabinet	36 ans	Exceptionnellement	13:42 min
M11	M	Rural	Groupe de 3	Non	Au domicile	3 ans	Très rarement	19 : 20 min
M12	F	Rural	Seule	Non	Au domicile	2 ans	Oui	20 : 17 min
M13	F	Semi rural	Groupe de 3		Au cabinet	28 ans	Oui	15 :21 min
M14	M	Urbain	Seul, associé à 2 jusqu'à récemment	Conseil voyageur et vaccinations internationales, Homéopathe, groupe <u>Baline</u>	Au cabinet	29 ans	Oui, mais pas les laboratoires en allopathie	12:41 min
M15	M	Rural	Maison médicale 2 généralistes podologue, cardiologue, gastro-entérologue, et IDE <u>Asalée</u>	Non	Au domicile	4 ans	Oui	9 : 56 min

Sexe : F=Féminin, M=Masculin

Tableau 1 : Données quantitatives recueillies lors des entretiens

I. DE LA POLEMIQUE AUX RECOMMANDATIONS

I.A. Polémique autour des statines

I.A.1. Accueil de la polémique

La polémique autour des statines a été vécue comme un réel ébranlement. La majorité des médecins s'est sentie personnellement touchée par le sentiment d'inquiétude créé par les médias ce qui a généré un vent d'agacement et remis en cause leur façon d'exercer et de prescrire.

« ils créent des inquiétudes qui n'ont pas lieu d'être » M6 P109L20-21

« c'est quelque chose qui me hérissé complètement »; « ça nous enquiquine beaucoup [...] ça remet en cause notre façon de prescrire » M1 P81L32 ; P80L15-16

Certains médecins ont comparé l'ampleur de cette polémique à celle des vaccins ou de la maladie de Lyme, n'hésitant pas à parler de psychose autour de ces sujets.

D'autres relativisaient leur impact au sein de la population tant il y avait de polémiques différentes.

Toutefois, plusieurs médecins ont vu des effets positifs dans cette polémique, parce que cela leur a fait reconsidérer leurs pratiques et la prescription des statines. De plus, ils trouvaient que cela avait pu aider les patients à s'informer et à être critique dans la prise de leur traitement.

« Moi je vois plein d'effets positifs de cette polémique, parce que ça aide les patients d'être méfiants de certains soins et de certains traitements, et des fois, c'est à raison et dans leur intérêt. » M7 P115L17-18

I.A.2. Prise de connaissance de la polémique

Pour la majorité, la prise de connaissance de la polémique s'est faite directement à travers leurs patients. Mais aussi, par des articles de presse écrite, numérique, et lors de formations médicales.

« j'ai eu des patients qui sont venus, qui m'avaient dit qu'ils avaient vu ce reportage, enfin d'ailleurs, moi j'ai lu des articles » M11 P142L38-39

I.B. Méfiance généralisée

I.B.1. Grande méfiance envers les médias

La totalité des médecins interrogés a déclaré s'informer de l'actualité à travers les divers modes de communication. La principale opinion émise était qu'il fallait faire preuve de retenue, sélectionner ses sources et rester critique quant aux différentes informations mises à notre disposition.

Pour les généralistes interrogés, la méfiance était de mise, et plus particulièrement envers la presse télévisuelle. Ils soulignaient le danger facile de tomber dans la théorie du complot, avec certains médias faisant du sensationnel.

« plutôt méfiante, parce qu'on entend de tout et n'importe quoi et les sources ne sont pas toujours très fiables » M6 P109L9-10

I.B.2. Perte de confiance des patients

La polémique des statines, rendue accessible à tous, a été décrite comme étant à l'origine d'une perte de confiance des patients et d'une méfiance dans la médecine actuelle. En effet, ils se sont sentis

floués et perdus, ce qui a provoqué leur colère, parfois traduite par des arrêts de prise de statines cachés à leur médecin.

Les médecins ont eu du mal à gérer ces réactions qui les ont mis en difficulté.

«une vraie méfiance globale de la médecine actuelle » M1 P80L22-23

« il m'a traité d'empoisonneuse, c'était assez violent » M3 P91L25

I.B.3. Sentiment de manipulation par les laboratoires

Des médecins ont exprimé le sentiment d'avoir été manipulés par les laboratoires, qui les avaient persuadés qu'il fallait traiter l'hypercholestérolémie sur des chiffres.

Des médecins suspectaient que certains ne reprennent cette polémique à leur compte en exagérant les effets secondaires simplement pour générer des profits ; notamment avec des alternatives thérapeutiques payantes et non remboursées, telle que la levure de riz rouge ou de la phytothérapie.

« qu'on avait été un peu joué des laboratoires » M4 P99L35-36

« beaucoup de gens qui ont profité de cette crise » M3 P91L18-19

I.B.4. Image du cholestérol et des statines

- **Cholestérol**

Au sein de la population générale, le cholestérol a une image très négative et est considéré comme plus dangereux que le tabac ou l'alcool. Il est à l'origine de complications telles que des infarctus ou des accidents vasculaires cérébraux s'il est trop haut.

Un médecin a relativisé son rôle dans la formation de la plaque d'athérome, en soulignant que d'autres facteurs – pro-thrombogènes – pouvaient aussi en être à l'origine, mais nettement moins étudiés.

« une image forte dans le public, le cholestérol, c'est dangereux, bien plus que l'alcool et le tabac, l'image est plus forte. On peut boire et fumer, mais surtout le cholestérol, il n'en faut pas »

M5 P107L107-108

- **Statines**

Il a été rapporté une certaine ambivalence à propos des statines.

Avec d'un côté une image positive grâce à leur effet pléiotrope : hypocholestérolémiant, stabilisateur de plaque d'athérome et potentiellement vasodilatateur. Ainsi que des propriétés qu'on continue de leur découvrir et des utilisations qu'il pourrait y en avoir.

Et d'un autre côté un certain embarras dans leur utilisation du fait d'effets indésirables avérés.

« Alors les statines, c'est un produit merveilleux [...] c'est une usine à gaz » M13 P161L23-24

I.C. Recommandations

I.C.1. Accueil et applications

L'accueil des nouvelles recommandations n'a pas fait l'unanimité. En effet, certains les ont perçues comme un soulagement, fédératrices d'une ligne de conduite basée sur des preuves scientifiques, quand d'autres les ont décrites comme impersonnelles, en opposant la théorie à la pratique et dénonçant une médecine de protocoles inadaptée à l'échelle individuelle.

Certains médecins ont relativisé leur impact, les accueillant comme une parmi tant d'autres, en soulignant qu'elles n'étaient pas « la bible », mais plutôt une orientation.

La plupart étaient critiques, les qualifiant de peu concrètes et trop complexes. A fortiori pour les patients ne répondant pas à tous les critères des recommandations.

Ce qui a pu faire émerger des interprétations et des applications parfois radicalement différentes, ainsi que de nombreuses adaptations personnelles des recommandations.

Certains ont déclaré continuer de suivre les objectifs des anciennes recommandations.

« C'était plutôt la confusion. C'est à dire, comme toutes les recommandations, au lieu d'avoir un tableau simple, avec trois lignes, parce que les médecins généralistes ne lisent pas, mémorisent peu. C'est trop complexe » M5 P105L56-58

« et donc en prévention primaire je les prescris vraiment quand le LDL est très haut, s'il dépasse 2,2-2,4g/L » M2 P89L81-82

Le sentiment de soulagement semblait parfois contraster avec un manque de connaissance de ces dernières recommandations.

Un médecin a avoué ne pas les avoir lues du tout.

I.C.2. Les recommandations vues comme une référence opposable

Au milieu des doutes et des incertitudes que nourrissent les polémiques, certains médecins voient dans les recommandations des références opposables guidant leur pratique en s'appuyant sur des preuves basées sur la science. Ils ont trouvé ces recommandations cohérentes pour les personnes à haut risque cardiovasculaire ou ayant un diabète.

De plus certains les considèrent comme fédératrices afin éviter que chacun ne bricole dans son coin.

« Je suis plutôt soulagée qu'il y ait un consensus qui soit trouvé, [...] de parler de niveau de preuves de données basées sur la science » M3 P93L69[...] L70-71

I.C.3. Remise en cause des recommandations

Les recommandations ont été remises en cause tant sur le fond que sur la forme.

I.C.3.a. Sur la forme

Certains médecins se sont déclarés très méfiants vis à vis de ces recommandations de la HAS, pour deux raisons.

La première résidant dans leur mode d'élaboration par une majorité de spécialistes, ce qui n'est pas toujours représentatif de la pratique en médecine générale.

Deuxièmement, du fait d'un sentiment de potentiels conflits d'intérêts entre les spécialistes notamment les cardiologues et l'industrie pharmaceutique.

« pondues par les labo et la société savante de cardiologie, qui ne sont pas vraiment dénués de conflits d'intérêts » M7 P117L70-71

« Tout le monde est sur sa chapelle, le cardio, il va dire ça, les diabéto, houlalala, si vous n'en mettez pas, c'est la catastrophe » M13 P162L36-38

I.C.3.b. Sur le fond

Certains MG les remettaient en cause dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie isolée, en se demandant le bien-fondé et la pertinence scientifique de les traiter.

- **Objectifs LDLc jugés difficilement atteignables**

Les nouvelles cibles de LDLc ont été jugées plus sévères et difficiles à atteindre à l'aide des règles hygiéno-diététiques seules, encourageant donc la prescription de statines. Ce qui peut être à l'origine d'un découragement des patients et d'une escalade thérapeutique à l'origine d'une augmentation des effets indésirables, pouvant être source d'inobservance.

« ils paraissent difficilement atteignables. Pour l'objectif du 0,7g/L, [...] la plupart du temps, on est obligé d'escalade thérapeutique pour y arriver, et je ne suis pas sûr que dans la balance bénéfice-risque il y ait vraiment de bénéfice à augmenter les statines » M2 P88L57-60

- **Distinction entre la prévention primaire et secondaire**

De nombreux MG ont parlé de leurs difficultés à trouver la limite entre la prévention primaire et la prévention secondaire. Le choix d'instaurer une statine en prévention primaire en a été d'autant plus difficile.

De plus, les praticiens n'étaient pas convaincus de leur efficacité en prévention primaire, parfois même en prévention secondaire.

« C'est à dire qu'il y a quelque chose d'ambigu dans cette gestion des statines, [...] c'est à dire qu'on a fait la preuve de leur efficacité en prévention secondaire, mais pas en prévention primaire »

M9 P129L62-64

I.C.4. Utilisation partielle des recommandations

I.C.4.a. Utilisation de l'outil SCORE

L'outil SCORE n'a été que très peu utilisé par les praticiens interrogés. Beaucoup le trouvait trop contraignant, voire culpabilisant.

Toutefois, quelques uns le calculaient grâce à un logiciel, mais l'utilisaient aussi comme support explicatif.

« Oui [calcul] avec un petit logiciel que j'ai téléchargé et je rentre les données et ça me calcule le pourcentage » M2 P90L102 [...] L104-105

I.C.4.b. Du remplaçant au titulaire

Un MG a exprimé les difficultés que certains remplaçants pouvaient avoir dans leur pratique, face à des prescriptions déjà établies par le médecin titulaire. En effet ils ne se sentaient pas légitimes dans la suppression de statines sur l'ordonnance habituelle malgré la lecture des recommandations.

« le problème en médecine, c'est que souvent quand un traitement est débuté par quelqu'un en chronique, souvent c'est renouvelé sans que les gens se posent la question. Et surtout quand on remplace des médecins généralistes, on n'a pas forcément la même voix que le médecin traitant du patient ce qui est normal. Mais parfois, on peut essayer de passer des messages » M8 P125L137-

140

I.C.4.c. Des populations aux besoins variés

Les médecins dont l'activité était rurale se sentaient moins concernés par l'hypercholestérolémie en prévention primaire du fait d'une patientèle moins sujette aux dyslipidémies.

« j'ai très peu d'hypercholestérolémie en prévention primaire [...] montagnards soucieux de leur santé qui pratiquent une activité physique très régulière et ont une alimentation saine » M1 P85L125-127

Un MG travaillant dans le milieu carcéral privilégiait un travail sur l'éducation et les mesures hygiéno-diététiques et ne prescrivait qu'exceptionnellement des statines à ces patients très précaires.

« pour le moment sur des hypercholestérolémies modérée en prévention primaire j'essaie plus de tabler sur le tabac ou des règles hygiéno-diététique car c'est souvent des populations très précaires, donc on peut vraiment agir là dessus dans un premier temps » M8 P122L54-57

I.C.5. Attente d'une évolution des recommandations

Partant du constat de la quasi absence d'utilisation des recommandations de 2017, des MG ont exprimé une réelle attente d'évolution de celles-ci avec des avis plus indépendants de l'industrie pharmaceutique.

« On nous recommande des choses, puis après, plusieurs années après, on dit « bah non, c'était pas ça ». Donc je suis assez critique, et j'attends d'avoir un peu de recul, voir un peu ce qui se passe au bout d'un certain temps avant d'appliquer les recommandations » M14 P167L21-24

Ainsi les médecins interrogés ont déclaré avoir recours à d'autres sources pour appuyer leurs prescriptions, notamment grâce aux articles de la revue Prescrire ou lors de séances de Formations

Médicale Continue (FMC) et de congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

« *je me réfère à ce qui a été dit au CNGE* » M7 P117L72

« *les revues indépendantes type Prescrire* » M10 P134L11

Dans l'incertitude, tous ont déclaré aller vers une posture de non malfeasance, en s'abstenant de tout médicament dans un premier temps.

« *Primum non nocere* » M4 P102L104

Ainsi, il est ressorti que le MG se devait de faire le tri et de prendre position après synthèse de la littérature parmi les recommandations de la HAS, les différents avis de spécialistes qui peuvent parfois se contredire et les autres bases de données auxquelles les interrogés se réfèrent.

II. MODIFICATION DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT

II.A. Rôle du médecin filtre pour rétablir une vérité scientifique

De nombreux patients ont interrogé leurs médecins, qui se sont employés à rétablir une vérité scientifique. Ils ont en effet communiqué à leurs patients des informations qu'ils jugeaient fiables.

Cette démarche s'est faite à travers de la documentation personnelle, des échanges entre pairs, ainsi que des formations.

« leur donner les sources d'informations médicales que je pense fiables, et les mettre en garde [...] redire des vérités scientifiques » M2 P87L29-30 [...] L39-40

II.B. (R)établissement d'une communication horizontale avec le patient

Les médecins ont élevé la communication avec le patient au premier plan, s'adaptant à chacun, en essayant de mener un réel travail d'enquêteur. Ils ont essayé de comprendre les raisons des arrêts de traitements ou les réticences à son instauration. Ils ont cherché les peurs et les doutes.

En effet à la suite de cette polémique certains généralistes ont constaté une majoration de déclaration d'effets indésirables liés à la prise de statines conduisant à de nombreux arrêts de traitements ou au refus de l'instauration de ceux ci, avec des conséquences parfois regrettables.

« [...] suite à la polémique, beaucoup de patients ont découvert des effets secondaires de ce traitement. Je m'explique : ils l'ont entendu dans les médias, et du coup, ils ont ressenti ça » M15 P173L32-33

Certains ont cherché à réinstaurer le traitement, quand d'autres n'ont pas contesté la prise d'initiative de leurs patients et les ont soutenus dans leur choix.

Ils se sont déclarés bien plus à l'écoute des symptômes et des effets indésirables. Ils ont pris le temps de réexpliquer et de rassurer, afin d'arriver à l'adhésion du patient dans la prescription, gage selon eux, de son observance.

Ce qui n'empêche pas certains médecins de vérifier à chaque consultation la réalité de la prise médicamenteuse.

*« C'est plutôt le côté pédagogique, d'expliquer le pour et le contre, que je trouve intéressant, parce que ça leur permet d'avancer dans la participation à leurs propres soins, de prendre des décisions, à comprendre les impacts des traitements, et à mieux comprendre notre posture médicale. » M7
P116L40-42*

Pourtant des patients ont déclaré à leur médecin être rassurés quant à la prise de ces molécules et bien les tolérer, ce qui contrastait parfois avec des observances douteuses, comme la prise de comprimés un jour sur deux.

Le dialogue est également vu comme un moment privilégié pour faire comprendre au patient qu'il n'existe pas de traitement anodin . Moins ils en prennent, mieux ils se portent, mais il faut pour cela faire un travail d'amont.

En effet, des médecins ont pu se comparer à des coachs sportifs, plaçant les patients en tant qu'acteurs principaux de leur santé.

Certains ont tenu à souligner que ce dialogue renforcé demande un gros effort de la part du médecin et le temps de consultation est parfois trop court pour pouvoir aborder le sujet en profondeur.

Il a été également cité que la transparence sur les bénéfices et les risques de l'instauration d'une statine était nécessaire, mais qu'il fallait rester prudent, et ne pas dérouler une longue liste de possibles effets indésirables, afin de ne pas tomber dans un effet nocebo.

II.B.1. Dialogue renforcé conduisant à une décision médicale partagée

Ce renforcement du dialogue a naturellement conduit à donner aux patients une réelle part décisionnelle dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie. Les médecins ne font une prescription que si le patient a clairement donné son accord et son adhésion. Il n'est pas question d'exercer de pouvoir médical : c'est le patient qui décide selon ses représentations à lui.

« j'essaie de leur donner mon avis, leur donner les recommandations, d'entendre leur avis, leur ressenti, leurs inquiétudes [...] ça reste vraiment du dialogue [...] si le patient ne me dit pas qu'il est d'accord pour prendre un traitement de toute façon je ne vais pas lui prescrire [...] une décision médicale partagée » M1 P83L84-86-88

« C'est lui qui choisi de toute façon [...] c'est plus une décision médicale partagée » M2 P88L66-67

D'autres ont plus de mal avec cette attitude et préfèrent nuancer en soulignant la nécessité de pilotage et d'orchestration par le médecin, notamment quand les patients n'ont pas conscience des risques.

Un seul médecin a déclaré être le seul chef à bord et prendre les décisions.

II.B.2. Prioriser l'éducation en santé

Avant toute instauration de traitement hypocholestérolémiant, les généralistes ont déclaré prioriser l'éducation en santé, promouvoir les mesures hygiéno-diététiques, notamment avec l'activité physique et le régime alimentaire. Pour ce faire, ils ont refait le point avec leurs patients sur les autres facteurs de risque cardiovasculaires à prendre en charge autant que la dyslipidémie.

« revoir les habitudes alimentaires, refaire le point des facteurs de risque cardiovasculaires, de voir les antécédents familiaux et pour le traitement [...] on essaie de gérer simplement avec un régime alimentaire » M2 P89L89-91 [...] L92

« j'en profitais pour faire de l'éducation thérapeutique » M3 P93L57

II.C. Modification des pratiques

II.C.1. Réductions et arrêts de traitements initiés par les médecins

Suite à la polémique certains médecins ont déclaré qu'elle avait eu pour effet de se reposer la question de la balance bénéfices-risques et ainsi de remettre en cause des indications de traitement en prévention primaire conduisant à des diminutions voire à des arrêts de traitements.

Un interrogé a fait remarquer que certains cardiologues arrêtaient également des traitements en prévention primaire.

Un des médecins a déclaré se mettre à la place des patients dans ses prescriptions, en se demandant si au vu des données actuelles de la science, il prendrait des statines en prévention primaire. Ce à quoi il répondait plutôt par la négative. Il mettait également en doute leur réel bénéfice en prévention secondaire.

« avant la polémique qu'il y a eu, je ne m'étais pas forcément intéressée à la prescription de statines en prévention primaire. [...] ce n'était pas remis en cause, donc voilà. Donc, en fait, tout ça, ça a un peu remis en cause ma prescription » M8 P125L131-134

« J'ai arrêté plusieurs traitements quand même à la suite de cette polémique. » M3 P92L47

Un autre prescrivait de la levure de riz rouge à ses patients avec d'après lui un réel succès sur la diminution du LDLc tout en étant conscient que les articles scientifiques critiquaient ces résultats.

D'autres médecins ont constaté que leurs patients pouvaient prendre sur les conseils de leur pharmacien de la phytothérapie pour faire diminuer le taux de cholestérol.

II.C.2. Recours aux examens complémentaires et avis spécialisés

Mais devant les difficultés de prise en charge de patients à haut risque cardiovasculaire réticents à la prise d'une statine certains médecins ont déclaré avoir recours à des examens complémentaires, plus régulièrement et parfois hors recommandations. Ainsi ils peuvent s'appuyer sur des bilans biologiques parfois répétés, avec exploration des anomalies lipidiques, dans le but de faire réagir les patients et d'engager la conversation sur leur prise en charge.

« généralement, je demande aux patients ce qu'ils pensent de leur prise de sang, et très souvent, ils parlent du cholestérol assez spontanément »M2 P89L85-86

Les résultats de biologie étaient également utilisés pour encadrer des arrêts, afin de respecter le choix des patients, tout en maintenant le suivi et la possibilité de ré-aborder le sujet ultérieurement en cas de modifications des valeurs du bilan lipidique.

Un médecin a quant à lui dénoncé le recours abusif aux bilans lipidiques répétés et exprimé son adhésion aux recommandations, avec un contrôle tous les cinq ans, en l'absence de modification du style de vie ou de la survenue d'évènement intercurrent.

D'autres ont fait appel aux spécialistes d'organes, via une consultation d'angiologie, pour rechercher des dépôts athéromateux. Des médecins décrivaient cet examen comme utile car il permet d'exposer des éléments beaucoup plus objectifs et appréhendables pour les patients qu'un taux de cholestérol sur une prise de sang.

« je ne l'envoyais [le patient hypercholestérolémique] pas systématiquement chez l'angiologue, [...] maintenant, je le fais systématiquement, mais plus pour avoir un argument supplémentaire de traitement » M1 P83-84L97-99

Certains généralistes n'hésitaient pas à demander l'avis d'un cardiologue, notamment dans des cas d'incertitude quant à l'instauration d'un traitement, à son maintien ou face à la réticence d'un patient.

II.C.3. Idées pour améliorer la prise en charge des patients

Certains médecins ont recours aux infirmières ASALEE pour les aider dans l'éducation en santé de leurs patients.

D'autres pensent que le recours à une diététicienne qui pourrait intervenir à domicile serait une aide précieuse

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Les médecins généralistes ont été méfiants vis-à-vis de la polémique des statines. Celle-ci a pu les mettre en difficulté face à leurs patients. Après un temps d'adaptation et de recherches personnelles, le rôle du médecin généraliste s'est imposé comme celui de filtre des différentes sources d'informations. La majorité a rapporté une modification de ses pratiques en élevant la communication avec le patient au premier plan. Ceci a naturellement conduit à une décision médicale partagée les amenant fréquemment à déprescrire les statines en prévention primaire.

Les nouvelles recommandations de la HAS 2017 sont sous utilisées. Elles sont jugées complexes et trop sévères avec des objectifs de LDLc difficilement atteignables sans instauration d'hypolipémiant.

Il est intéressant de noter que les MG n'utilisent pas pour la plupart l'outil SCORE permettant de calculer le risque cardiovasculaire alors que celui-ci fait partie de la ROSP de 2017, mise en place par la convention médicale de 2016 en amont de la prescription d'une statine. Il serait intéressant d'étudier les raisons de cette absence d'utilisation malgré l'incitation financière.

Les généralistes sont dans l'attente d'une modification des recommandations tant sur le fond que sur la forme. Ils sont demandeurs de davantage de transparence vis-à-vis des firmes pharmaceutiques.

2. Forces et faiblesses

Originalité de l'étude

Cette étude s'intéressant au ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire est plus que jamais d'actualité. Ce sujet est abordé quotidiennement en consultation de médecine générale tandis que les divisions scientifiques sur le thème ne font que progresser. Dans une société aux nombreuses controverses quant aux prises de médicaments, les généralistes sont les principaux acteurs de la prévention. Il était important de connaître leur avis.

Il existe d'autres travaux de thèse sur le sujet mais depuis ces études, de nouvelles polémiques ont émergé ainsi que la publication des nouvelles recommandations de la HAS en 2017.

Respect de la grille COREQ

Vingt neuf des trente deux lignes directrices de la grille COREQ ont été respectées.

Les entretiens ont pu être menés jusqu'à saturation des données.

Recueil des données

L'inclusion et les entretiens des médecins généralistes se sont faits entre le 1er juillet et le 15 octobre 2018. Ces dates ont pu constituer un biais de recrutement. En effet, de nombreux médecins généralistes contactés lors de cette période étaient indisponibles car en congés.

Deux médecins ont avoué, dont un hors enregistrement, qu'ils ne se sentaient pas concernés par ce questionnaire.

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart au cabinet et quand cela les arrangeait au domicile des généralistes. L'environnement a pu perturber les entretiens, notamment à cause des interruptions par le téléphone ou l'intervention de personnes extérieures.

Les chercheurs ont pris soin de ne pas interroger eux-mêmes les participants qu'ils connaissaient.

L'enregistrement vocal a pu mettre mal à l'aise certains participants.

Bien que les investigateurs aient gardé un statut de pair avec les médecins interrogés afin de favoriser les échanges, les enquêteurs étant plus jeunes et moins expérimentés que les praticiens, ceux-ci ont pu se sentir jugé et ainsi ne pas se confier, ni s'exprimer librement.

De plus, l'inexpérience des auteurs en matière de recherche qualitative a pu influencer la qualité des entretiens, avec certains comportements d'ordre physique ou verbal, et orienter les réponses des participants, notamment lors des questions de relance.

Le guide d'entretien avait pour objectif de réduire ce risque en structurant la conversation. Cependant, l'envoi des *verbatim* aux participants aurait pu diminuer certains biais.

Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés par les auteurs de l'étude, ce qui peut être à l'origine d'un biais d'interprétation, à cause du risque de subjectivité et du manque de recul. Un codage initial, indépendant par les deux chercheurs, et la triangulation des données a cherché à limiter ces biais et garantir une meilleure robustesse à l'étude.

3. Données de la littérature

Influence des médias

Au vu des nombreux arrêts de traitement après prise de connaissance de la polémique, force est de constater une importante influence des médias sur l'observance des patients. Ceux-ci s'informent via diverses sources, médicales ou non. Forts de ces connaissances, ils peuvent questionner ou contester les avis des professionnels de santé.

Face aux polémiques, les patients réagissent de deux façons opposées : soit ils décident d'arrêter leur traitement, soit au contraire ils expriment leur volonté de ne surtout pas arrêter.

En 2013, un travail de thèse prospectif par questionnaire explorant l'influence des médias sur les patients et leurs relations avec le généraliste confirmait ces résultats (16) . L'auteur notait que « les médias peuvent donner une information factuelle, scientifique, objective, sur les médicaments, mais qu'elle se heurte au sensationnel ou dramatique donné aux faits relatés, provoquant de la méfiance voire de la peur chez les patients vis-à-vis des molécules montrées du doigt ».

Le problème n'était pas la démarche de s'informer, au contraire, mais plutôt la fiabilité des sources d'informations consultées. A ce titre, comme dans le travail de thèse présenté ici, le médecin avait pour rôle de filtrer les informations.

Cette étude rapportait que 58,7 % de patients faisaient des recherches sur leurs symptômes avant d'aller à une consultation. Les moyens d'informations étaient pour 2/3 sur internet, puis les émissions de santé à la télévision et ensuite livres spécialisés et émissions de santé à la radio.

Alors que les MG sont méfiants vis à vis des médias, ils sont conscients de l'influence que ces derniers ont sur leurs patients et proposaient donc dans l'étude présentée qu'ils relaient des informations de santé publique importantes.

Image négative des médias et modification de la relation médecin-patient

Dans cette étude, les généralistes avaient une image plutôt négative des médias classiques quand ils traitaient d'informations médicales. Ils ont constaté de nombreux arrêts de traitements hypolipémiants. Face à la polémique véhiculée par les médias, ils ont modifié leur relation avec les patients via un dialogue renforcé et une approche centrée patient. Ils ont joué le rôle de filtre au milieu de la masse d'informations délivrées.

On retrouve ces résultats dans une thèse publiée en 2014 sur l'effet de la publication et de la médiatisation du livre de Philippe Even « la vérité sur le cholestérol ». Ce travail explorait les attitudes de prescription des statines en médecine générale dans l'Orne (17).

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi directifs ayant inclus 18 médecins généralistes. Ce travail montrait que l'attitude de prescription des statines avait changé avec un temps passé d'explications et de vulgarisation médicale plus important ainsi qu'une adaptation aux demandes des patients. L'auteur notait également une modification de la relation médecin/patient. Et la vision des médias dans le domaine médical était jugée négative.

Une autre thèse publiée en 2015 étudiant l'« Impact des médias sur les modalités de prescription des statines des médecins généralistes Rémois » présentait des résultats similaires (18)

Il s'agissait d'une étude qualitative par focus group ayant inclus 17 MG qui retrouvait une approche centrée sur le patient : le traitement se faisait pour et avec le patient et il fallait tenir compte des facteurs socio-économiques et culturels ainsi que des comorbidités associées.

En 2016, une thèse qualitative auprès des MG de l'Oise évaluant l'« Impact d'une intervention médiatisée sur la consultation des patients traités par statines » (19) retrouvait les mêmes résultats : un arrêt de traitement et l'expression de nombreuses inquiétudes des patients qui ont du être rassurés par le médecin qui jouait également le rôle de filtre.

Dans cette étude incluant 16 MG, l'auteur notait que la polémique avait sensibilisé les médecins aux effets secondaires des médicaments en général ; et avait renforcé la méfiance des patients vis à vis des médicaments et des laboratoires pharmaceutiques.

Ce qui a été retrouvé dans l'étude présentée ici.

Par contre dans ces travaux les auteurs ne retrouvaient pas de modification de prise en charge par rapport à la prescription des statines. Ce qui diffère des résultats présentés dans cette thèse qui retrouve une adaptation des généralistes passant par une décroissance de prescription des statines.

De même, dans ces études les recommandations qui dataient alors de 2005 étaient jugées positivement.

Arrêts de traitements de la part des patients et diminution de prescriptions d'hypolipémiants

Concernant les arrêts de traitement liés à la polémique, l'étude EVANS menée par des cardiologues Parisiens dans 3 centres différents suite aux controverses de 2013 confirmait les résultats présentés ici. Cette étude incluant consécutivement tous les patients sous statines consultant un cardiologue des 3 centres étudiés (en prévention primaire et secondaire) évaluait via un questionnaire l'observance des patients. En prévention primaire, 24,3 % des interrogés déclaraient vouloir arrêter les statines contre 8,6 % en prévention secondaire ($p < 0,001$) (20) .

Ces résultats vont dans le sens de ceux présentés dans cette étude. Il est intéressant de noter qu'il existe également au sein des patients une distinction entre prévention primaire et secondaire.

Dans cette étude, bien que les recommandations soient plus sévères d'année en année, les auteurs ont pu noter une diminution de prescription d'hypolipémiants de la part de certains généralistes.

Ce constat est confirmé par la publication en novembre 2018 dans le Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire (BEH) de l'étude Esteban, comparant la prise en charge de l'hypercholestérolémie, toutes préventions confondues, et l'évolution de la concentration moyenne de LDLc depuis 2006, étudiée alors par l'étude nationale nutrition santé.

Les auteurs rapportaient une diminution statistiquement significative de 29,6 % dans la proportion d'adultes âgés de 18 à 74 ans prenant un traitement hypolipémiant, sans modification du taux de LDLc moyen (LDLc=1,21g/L avec traitement et LDLc=1,31g/L sans traitement), ni modification significative du type de traitement (Statines, fibrates et autres).

Les auteurs faisaient l'hypothèse que cette diminution de traitement pouvait être en lien avec la défiance que la polémique de 2013, particulièrement relayée par les médias, avait suscité chez les prescripteurs et les patients (21) .

Efficacité et effets indésirables des statines

Certains généralistes remettaient en cause l'efficacité des statines sur la mortalité globale. Une étude du journal *Cardiologie Pratique* a recalculé en 2017 les résultats en terme de gain d'espérance de vie au terme des grands essais de prévention primaire. Ainsi l'étude WOSCOPS (durée de 4,9ans) étudiant la prise de pravastatine chez les Ecossais permettait un gain de 9 jours.

CARDS (durée de 3,9ans) étudiant l'atorvastatine chez les diabétiques de type 2 avec au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire permettait un gain de 18 jours ; ASCOT LLA (durée de 3,3ans) étudiant également l'atorvastatine chez des patients hypertendus avec au moins 3 autres facteurs de risque cardio-vasculaire : 2 jours ; JUPITER (durée de 1,9ans) étudiant la rosuvastatine chez les hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans sans antécédents cardio-vasculaires : 7 jours.

Les auteurs précisait que « En dehors d'une hypercholestérolémie familiale, le bénéfice des statines en prévention primaire apparaît modeste individuellement » . Ils militaient pour « une ouverture des bases de données brutes de ces études à des chercheurs indépendants, pour identifier des groupes de patients qui bénéficieraient le plus des thérapeutiques hypolipémiantes » (22) .

Concernant les nombreux effets secondaires déclarés par les patients et les généralistes, un article publié en 2016 dans le *Lancet* à destination des médecins et du grand public jugeait ces réclamations excessives. Cette publication listait les potentiels effets indésirables en traitant 10 000 personnes par atorvastatine 40mg sur 5 ans. Il se déclencherait 5 myopathies, 50-100 diabète et 50-

100 AVC hémorragique. Les auteurs concluaient qu'il s'agissait de bien peu d'évènements indésirables (qui peuvent pour la plupart être réversibles en arrêtant le traitement) en comparaison à leur non prise qui pouvait causer des dommages irréparables à type d'attaque cardiaque ou AVC (23) .

Critiques des recommandations

Les MG interrogés dans ce travail étaient pour la plupart très critiques vis-à-vis des recommandations. Ils les trouvaient trop complexes et difficilement applicables avec un doute sur de potentiels conflits d'intérêts. On retrouve dans la littérature scientifique ce doute à propos des recommandations. En effet, plusieurs articles publiés dans la revue médicale indépendante Prescrire sont à charges contre les recommandations (24) .

Et notamment un article de janvier 2018, dans leur rubrique « au crible » qui notait que le « bilan de dix années d'analyse de guide de la HAS montre que cette institution publique ne s'est pas réellement dotée de moyens solides pour produire systématiquement des outils fiables, élaborés en toute indépendance, pour aider les professionnels de santé à mieux soigner. Les défauts récurrents dans l'élaboration des recommandations de la HAS sapent sa crédibilité » (25) .

Des idées nuancées étaient rapportées dans la thèse « Représentation et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales » en 2012. Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les 16 MG ont déclaré trouver les recommandations nécessaires à l'harmonisation des soins et aidantes dans l'incertitude. Mais des transgressions et des difficultés d'application étaient rapportées, notamment à cause de leur abondance, leur complexité et leur rapide évolution (26) .

Un article sur les « médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique » retrouvait des résultats similaires, notamment sur les points de complexité d'accès et de la difficulté d'application au cas par cas. Cette étude qualitative prospective, a confronté 279 MG

à un scénario exposant aux difficultés rencontrées face aux recommandations. La majorité a déclaré approuver le rôle des recommandations dans la pratique de la médecine. Toutefois, leur appropriation était imparfaite compte tenu de leur complexité, leur longueur, le sentiment qu'elles soient élaborées par des experts éloignés de la pratique de terrain et qu'elles ne représentaient donc pas toujours la réalité. On retrouvait aussi un souhait de davantage de transparence chez les promoteurs des recommandations (27) .

Dans un article récent de la revue médicale *Exercer* il était fait mention que les recommandations pouvaient parfois inciter la prescription de médicaments ne disposant pas de l'AMM dans l'indication citée (28) . Il s'agissait de l'aspirine à faible dose qui ne possède pas l'AMM en prévention primaire chez les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire, alors que la recommandation conjointe de la HAS et de l'ANSM encouragent cette prescription.

Cela pose la question de la pertinence et de l'applicabilité des recommandations qui se veulent pourtant opposables. Dans cet exemple le prescripteur peut être doublement sanctionné : à la fois par une sanction financière de l'assurance maladie pour une prescription hors AMM certes légale mais réglementairement non remboursable ; à la fois sur le plan juridique avec l'engagement de la responsabilité civile ou pénale du médecin si le patient venait à déposer plainte.

Élaboration des recommandations :

La HAS définit les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données », avec pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (29) .

Les MG interrogés critiquaient la composition des groupes d'élaboration de recommandations et dénonçaient le manque de généralistes en leur sein.

Neufs experts ont participé à l'élaboration des recommandations de la HAS de prise en charge de l'hypercholestérolémie en 2017. Leur groupe était composé de deux MG, cinq spécialistes d'organes, dont 2 gériatres, 2 endocrinologues, 1 cardiologue, un pharmacien et une représentante d'associations (15) .

Nous pouvons nous poser la question de la pertinence de la présence d'autant de gériatres dans la production de recommandations sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie chez les 40-65 ans. D'après la HAS, les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Ce qui ouvre donc théoriquement le champ à l'adaptation personnalisée de ces recommandations.

Législation

Depuis l'arrêt Mercier de 1936 nous savons que « l'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».

L' article L. 1110-5 du code de santé publique stipule que « toute personne a [...] le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et garantissant la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées » (30) .

Instituée par la loi du 13 août 2004, la HAS est une autorité administrative indépendante à caractère scientifique, chargée de l'amélioration des soins via notamment l'élaboration de recommandations supposées décrire l'état actuel de la science.

En ce sens le professionnel de soins est censé suivre les recommandations.

Par un arrêt du 27 avril 2011, le conseil d'état a précisé deux éléments :

- les recommandations ne sont pas du droit, mais bien des guides de bonnes pratiques. En ce sens, elles sont opposables aux professionnels de santé qui doivent prodiguer des soins conformément aux données acquises de la science.
- les recommandations sont des décisions « faisant grief ». C'est à dire des décisions susceptibles de causer des préjudices, et comme telles, elles doivent pouvoir faire l'objet de recours et l'on doit pouvoir engager la responsabilité de leur(s) auteur(s) (31) .

Ces deux notions apparaissent donc comme contradictoires mais laissent une certaine liberté pour le prescripteur dans la prise de décisions permettant la meilleure prise en charge possible de ses patients.

En pratique d'après l'article 8 du Code de déontologie médicale, « [...] le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. ».

Il peut donc décider s'il estime qu'une recommandation ne correspond pas à la situation d'un patient, de ne pas la suivre. Mais il doit pouvoir justifier sa décision.

4. Ouverture

Les recommandations de pratique clinique, encore appelées fiches mémo, sont régulièrement remises en cause depuis de nombreuses années par des publications scientifiques émanant de revues scientifiques indépendantes. Il serait intéressant de donner davantage la parole aux acteurs de terrain et de proposer un recueil des critères attendus pour une reconstruction de ces recommandations voire l'élaboration de recommandations spécifiques pour les soins primaires.

CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Laure ALLAN-PATTOGLIA et William BRAVAIS

TITRE :

QUEL EST LE RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ISEROIS SUR LA
PRISE EN CHARGE DE L'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE CHEZ LES 40-65 ANS EN
PRÉVENTION PRIMAIRE SUITE A LA PARUTION DES RECOMMANDATIONS DE
LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN 2017 ?

CONCLUSION :

Chaque polémique apporte son lot de régressions mais aussi d'avancées. Celle autour des statines a pu dans un premier temps mettre les médecins généralistes en difficulté face aux nombreux arrêts de traitements de leurs patients. Puis ils se sont informés, ont modifié leurs pratiques et se sont rapidement imposés comme le filtre des différentes sources d'informations.

Le curseur n'est pas toujours le même en fonction des différents acteurs interrogés ; mais le fait d'en parler, d'en débattre, est déjà un progrès, une avancée en soi. Le dialogue avec le patient a été renforcé, conduisant à une décision médicale partagée.

Ce n'est plus seulement au prescripteur de se positionner mais à tout un chacun, en tant que patient mais également en tant que citoyen. Il appartient à tous de se forger son opinion et d'être acteur de sa santé.

Reste à obtenir des informations fiables et opposables. Les médecins généralistes étaient critiques vis à vis des recommandations HAS 2017 et ne les utilisaient que très peu. Ils les jugeaient complexes avec des objectifs trop sévères nécessitant souvent la prescription d'hypolipémiant pour être respectées.

La bataille de l'information est centrale et dans un monde d'hyper-connexion où chacun peut s'informer et se désinformer il est parfois très difficile de se faire un avis objectif.

Les médecins généralistes Isérois sont en attente d'une évolution des recommandations pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire.

Pour eux le rôle des autorités de santé est capital : faire le tri, établir des lignes de conduite, éditer des recommandations pour éclairer les prescripteurs en gardant toute la distance nécessaire avec les firmes pharmaceutiques afin de regagner la confiance des patients.

Cette étude s'intéressant au ressenti des généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie a mis en évidence des doutes, des difficultés d'application et des adaptations personnelles fréquentes des recommandations.

Il serait intéressant de répéter cette étude dans d'autres départements afin de confirmer ou non ces difficultés à l'échelle nationale. Cela permettrait alors de donner davantage la parole aux acteurs de terrain et de proposer un recueil des critères attendus pour une reconstruction de ces recommandations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 07/11/2018

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

Le Doyen de l'UFR de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Jean-Luc CRACOWSKI



BIBLIOGRAPHIE

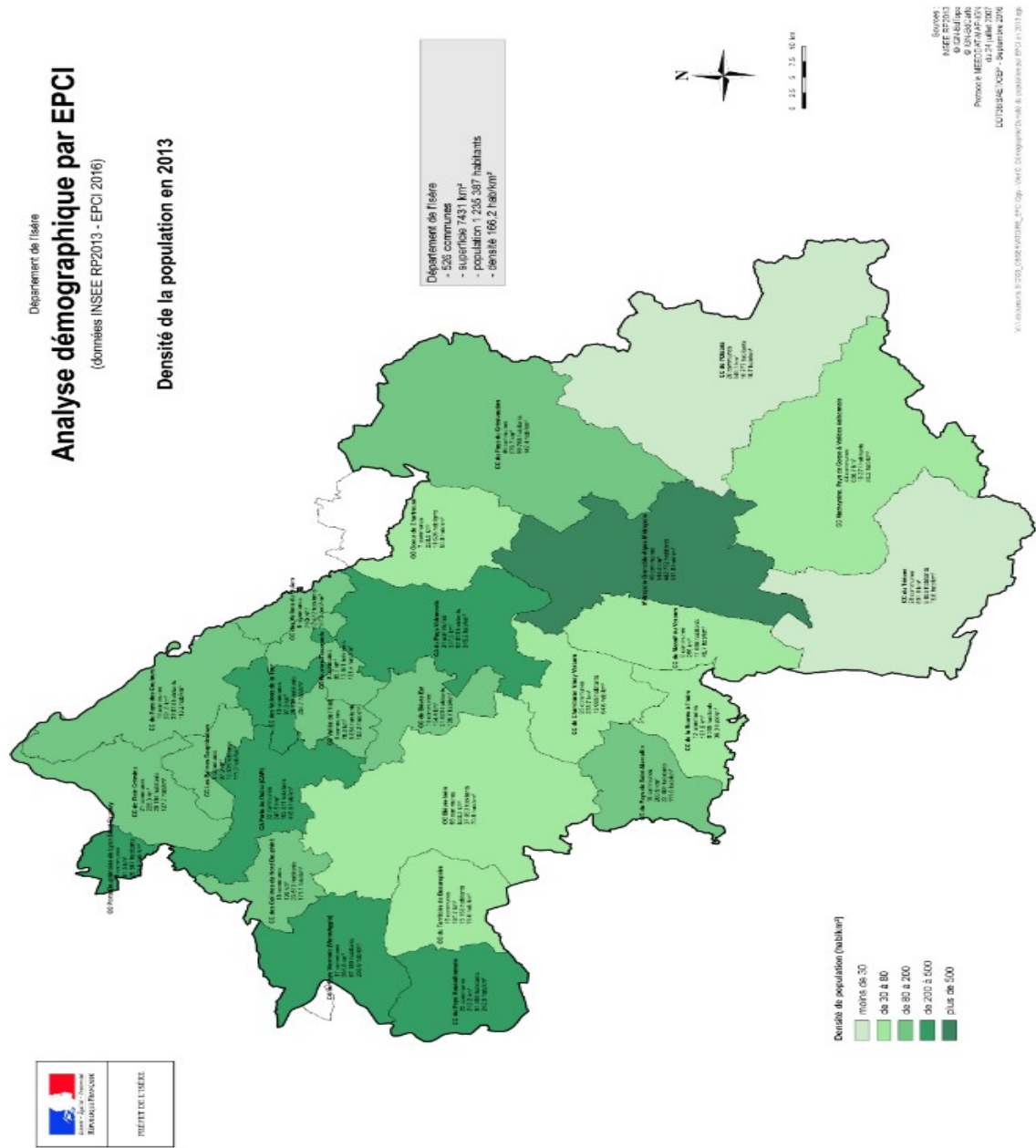
1. Apfelbaum M. Vivre avec du cholestérol. Monaco: Du Rocher; 1997.
2. De Lorgeril M. Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicaments. Vergèze: Thierry Souccar; 2007.
3. De Lorgeril M. Cholestérol, mensonges et propagande. 2ème édition. Vergèze: Thierry Souccar; 2008.
4. Even P, Debré B. Guide des 4000 Médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Paris: Cherche Midi; 2016.
5. Even P. La vérité sur le cholestérol. Paris: Cherche Midi; 2013.
6. Georget A, Borch-Jacobsen M. Maladies à vendre [Internet]. Arte; 2011 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://boutique.arte.tv/detail/maladies_a_vendre
7. Salberter P, Lucet E. Cash Investigation: les vendeurs de maladie [Internet]. 2012 [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=Lz95_eX09As
8. Georget A. Cholestérol le grand bluff [Internet]. Arte; 2016 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: https://boutique.arte.tv/detail/cholesterol_grand_bluff
9. Ministère de l'Emploi et de Solidarité. Ministère délégué à la Santé. Paris. FRA. Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2002 p. 30p.
10. DREES, Santé publique France. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2018] p. 260. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
11. Assurance maladie. Traitements hypolipémiants (hors pathologies) [Internet]. 2016 [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/traitements-du-risque-vasculaire.php>
12. Rédaction prescrire. Prévention cardiovasculaire primaire par statine : beaucoup d'incertitudes à long terme [Internet]. 2018 [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/55020/0/NewsDetails.aspx>
13. Boussageon R, Aubin Auger I, Pouchain D. Cholestérol et prévention primaire, une révolution basée sur les faits [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2015 [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>

14. Ueda P, Lung TW-C, Lu Y, Salomon JA, Rahimi K, Clarke P, et al. Treatment gaps and potential cardiovascular risk reduction from expanded statin use in the US and England. *PloS One*. 2018;13(3):e0190688.
15. Haute Autorité de Santé - Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039802/fr/principales-dyslipidemies-strategies-de-prise-en-charge
16. Brosset L. La confiance du patient en son médicament, poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2013.
17. Cocain M. Quel a été l'effet de la publication et de la médiatisation du livre de Philippe Even « la vérité sur le cholestérol » sur les attitudes de prescriptions de statines en médecine générale dans l'Orne ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2014.
18. Lefebvre P. Impact des médias sur les modalités de prescription des statines des médecins généralistes rémois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
19. Blum M-L. Impact d'une intervention médiatisée sur les consultations des patients traités par statines: étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2016.
20. 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*. oct 2013;106(10):511-6.
21. Lecoffre C, Perrine A-L, Blacher J. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine: concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiologique Hebd Santé Publique Fr* [Internet]. 6 nov 2018 [cité 12 nov 2018];(37). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_1.html
22. Ennezat P-V, Bouvaist H, Maréchaux S, Vital-Durand D, Andréjak M. « Sharing and independent clinical trial data »: pour une réanalyse des études de prévention cardiovasculaire par statines. *Cardiol Prtique*. 1 juin 2017;(1123):6-9.
23. Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet Lond Engl*. 19 2016;388(10059):2532-61.
24. Rédaction prescrire. Guides ALD de la HAS: trop peu fiables pour mieux soigner. *Prescrire*. janv 2014;Tome 34(363):71.
25. Rédaction prescrire. Trier et savoir jeter: 10 ans d'analyses de guides de la HAS. *Prescrire*. janv 2018;Tome 38(411):71.
26. Jami A, Saidj S, François-Pursell I, Saint-Lary O. Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
27. Trepos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales: une approche sociologique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juill 2008;56(S4):221-9.

28. Schlier M, Maisonneuve H. Les contradictions autour de la prescription hors AMM de l'aspirine en prévention primaire. *Exercer*. janv 2018;(139):4-8.
29. Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
30. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
31. Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 27/04/2011, 334396, Publié au recueil Lebon [Internet]. Publié au recueil Lebon. 2011 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000023946448>

ANNEXES

Annexe 1 – Carte de densité de population en Isère



Annexe 2 – Critères COREQ

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ) : 32-item checklist. A Tong et al

No	Item	Guide questions/description
Domain 1 : Research team and reflexivity		
Personnal Characteristics		
1	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group ? William Bravais and Laure Allan-Pattoglia
2	Credentials	What were the researcher's credentials ? None
3	Occupation	What was their occupation at the time of the study ? Both were medical intern
4	Gender	Was the researcher male or female ? M. Bravais is a male, Ms. Allan-Pattoglia a female
5	Experience and training	What experience or training did the researcher have ? None
Relationship with participants		
6	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement ? No
7	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? The participants were informed of the thesis' goals
8	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer's/facilitator's? interests in the research topic
Domain 2 : Study design		
Theoretical framework		
9	Methodological orientation and theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? Content analysis
10	Sampling	How were participants selected? Purposive sampling with maximum variation
11	Method of approach	How were participants approached? Telephone or face-to-face
12	Sample size	How many participants were in the study? 6
13	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? One.

Reasons? Lack of time

Setting

- 14 Setting of data collection Where was the data collected? Workplace
- 15 Presence of non participants Was anyone else present besides the participants and researchers? No one
- 16 Description of sample What are the important characteristics of the sample ? See appendix 5

Data collection

- 17 Interview guide Were questions, prompts, guides provided by the authors? Yes, see appendix 2. Was it pilot tested? No
- 18 Repeat interviews Were repeat interviews carried out? If yes, how many? No
- 19 Audio/visual recording Did the research use audio or visual recording to collect the data? Audio recording only
- 20 Field notes Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Yes
- 21 Duration What was the duration of the interviews or focus group? Between 10 min
- 22 Data saturation Was data saturation discussed? Yes
- 23 Transcripts returned Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? No

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

- 24 Number of data coders How many data coders coded the data? Two
- 25 Description of the coding tree Did authors provide a description of the coding tree? Yes, see appendix 7
- 26 Derivation of themes Were themes identified in advance or derived from the data? Derived from the data
- 27 Software What software, if applicable, was used to manage the data? Open office
- 28 Participant checking Did participants provide feedback on the findings? Yes

Reporting

- 29 Quotations presented Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Yes. Was each quotation identified? Yes
- 30 Data and findings consistent Was there consistency between the data presented and the findings? Yes
- 31 Clarity of major themes Were major themes clearly presented in the findings? Yes
- 32 Clarity of minor themes Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? Yes

L'hypercholestérolémie, la dyslipidémie mixte et certaines hypertriglycéridémies constituent, avec le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme, des facteurs de risque majeurs d'athérosclérose impliqués dans la survenue des maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux ischémiques, artériopathies périphériques, etc.), deuxième cause de mortalité en France. Ces facteurs de risque sont souvent associés entre eux, ainsi que notamment à l'obésité abdominale et aux facteurs comportementaux comme la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, l'alcool ou le stress.

Repérage d'une anomalie lipidique dans le cadre de l'évaluation du risque cardio-vasculaire global

Évaluation du risque cardio-vasculaire

► Adulte de 40 à 65 ans

Il est recommandé d'évaluer le risque cardio-vasculaire en prévention primaire à l'aide de l'outil SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation). Celui-ci évalue le risque de mortalité cardio-vasculaire à 10 ans, 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 (CT).

La France se situe dans le groupe des pays à bas risque cardio-vasculaire et il est nécessaire d'utiliser la table d'évaluation du risque correspondant à ce groupe¹ (cf. page 10). Il existe également une version électronique interactive de SCORE permettant la prise en compte de la concentration de HDL-C et qui effectue une évaluation plus précise du risque² (cf. fiche mémo « [Évaluation du risque cardio-vasculaire](#) »).

Cet outil n'est pas adapté pour les patients hypertendus sévères (TA \geq 180/110 mmHg), diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale.

En cas de maladie cardio-vasculaire documentée, en prévention secondaire, le risque cardio-vasculaire est d'emblée considéré très élevé.

► Sujet jeune

Chez les sujets jeunes (avant 40 ans) avec plusieurs facteurs de risque, 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 risque¹.

Cette table de risque relatif, de même que la notion d'âge cardio-vasculaire, ne sont pas une aide à la décision d'instaurer un traitement médicamenteux mais permettent d'informer les sujets jeunes sur le RCV et les modifications nécessaires du mode de vie.

► Sujet âgé

L'âge avancé est souvent le facteur principal d'augmentation du RCV. Cela peut entraîner un sur-traitement d'individus âgés à bas risque.

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 le choix du patient.

1. [Table de SCORE à bas risque \(European Low Risk Chart\)](#), disponible sur le site de l'ESC (European Society of Cardiology).

2. [Lipidical HeartScore](#)[®] disponible sur le site de l'ESC (European Society of Cardiology).

Quatre niveaux de risque cardio-vasculaire sont ainsi définis :

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Faible	SCORE < 1 %
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
Élevé	5% ≤ SCORE < 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée
	TA ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)

Repérage d'une anomalie lipidique

Une exploration d'une anomalie lipidique est recommandée :

- dans le cadre d'une évaluation du RCV global chez les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes à partir de 50 ans ou ménopausées. Au-delà de 80 ans, la réalisation d'un bilan lipidique de dépistage n'est pas justifiée ;
- lors d'une prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative (pilule, patch, anneau). Une glycémie à jeun doit y être associée.

Indépendamment de l'âge, les éléments suivants incitent à réaliser une évaluation du RCV global comprenant une exploration d'une anomalie lipidique :

- maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire) ;
- hypertension artérielle ;
- diabète ;
- tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans ;
- IMC ≥ 30 kg/m² ou tour de taille > 94 cm chez l'homme (> 90 pour les Asiatiques), > 80 cm chez la femme ;
- insuffisance rénale chronique modérée à sévère ;
- antécédent familial de maladie cardio-vasculaire précoce :
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin,
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin,
- antécédent familial de dyslipidémie ;
- maladie auto-immune ou maladie inflammatoire chronique.

Modalités de réalisation d'une exploration d'une anomalie lipidique

Une exploration d'une anomalie lipidique (EAL) comporte les concentrations de cholestérol total (CT), triglycérides (TG), cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (HDL-C) et cholestérol lié aux lipoprotéines de faible densité (LDL-C) calculées dans le cadre de l'évaluation du RCV et de la caractérisation de la dyslipidémie.

Le prélèvement de sang doit être fait après 12 h de jeûne [LDL-C calculé par la méthode de Friedewald si TG ≤ 3,4 g/L (3,9 mmol/L), ou dosé si TG > 3,4 g/L].

Si le bilan est normal, la répétition d'un bilan lipidique plus d'une fois tous les 5 ans n'est pas justifiée 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.

Prise en charge de l'hypercholestérolémie

Outre l'hypercholestérolémie, les autres facteurs de RCV modifiables doivent être pris en charge : tabagisme, hypertension artérielle, diabète, obésité, etc.

Chez les sujets avec un LDL-C $\geq 1,9$ g/L (4,9 mmol/L), il est recommandé de rechercher une hypercholestérolémie familiale hétérozygote (cf. paragraphe Hypercholestérolémie familiale hétérozygote).

Objectifs et stratégies thérapeutiques

► Adulte de 40 à 65 ans

Par souci de clarté, les objectifs thérapeutiques ont des valeurs équivalentes aux seuils d'intervention thérapeutique. L'objectif est d'obtenir et maintenir une concentration de LDL-C en dessous du seuil d'intervention thérapeutique.

La stratégie thérapeutique varie en fonction du risque cardio-vasculaire et de la concentration en LDL-C.

En première intention, une modification du mode de vie est recommandée lorsque le LDL-C est supérieur à l'objectif, seule lorsque le risque est faible ou modéré, associée au traitement hypolipémiant lorsque le risque est élevé ou très élevé.

En deuxième intention, lorsque l'objectif n'est pas atteint au bout de 3 mois d'une intervention de première intention bien suivie par le patient, un traitement hypolipémiant sera instauré ou intensifié selon le niveau de risque (cf. paragraphe Suivi de la prise en charge de l'hypercholestérolémie).

Les interventions recommandées sont présentées dans le tableau suivant :

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
Modéré	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)		Traitement hypolipémiant
Élevé	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie
Très élevé	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		Intensification du traitement hypolipémiant

* Cf. paragraphe Suivi de la prise en charge de l'hypercholestérolémie.

► Sujet âgé

Quel que soit l'âge, des conseils diététiques et l'activité physique sont à promouvoir.

→ En prévention primaire :

- chez les sujets de 65 à 80 ans, l'instauration d'un traitement par statine est recommandée si nécessaire, comme chez les patients plus jeunes ;
- chez les sujets de plus de 80 ans, en l'absence de données, l'instauration d'un traitement n'est pas recommandée. Cependant, certains critères tels que le cumul des facteurs de RCV et l'absence de pathologie grave réduisant l'espérance de vie permettent la poursuite du traitement lorsqu'il est bien toléré ;
- il est recommandé d'avoir une discussion avec ces patients qui pourraient être traités en prévention primaire sur les risques et les bénéfices du traitement par statine afin qu'ils puissent prendre une décision au sujet de la prise de statines sur le long terme ;

→ En prévention secondaire, les règles générales de prise en charge s'appliquent hormis fragilité majeure ou espérance de vie limitée.

Modifications du mode de vie

Les modifications du mode de vie sont recommandées pour chaque patient, quel que soit son risque cardio-vasculaire, lorsque le LDL-C est supérieur à l'objectif fixé pour chaque niveau de risque. Elles s'appuient sur une démarche d'éducation thérapeutique (cf. paragraphe Démarche d'éducation thérapeutique).

Une prise en charge diététique adaptée, visant à modifier les habitudes alimentaires, et associée à la pratique d'une activité physique régulière, renforce un traitement médicamenteux lorsqu'il est indiqué.

Les conseils sur l'hygiène de vie doivent être individualisés pour tous les sujets et renforcés pour les patients à RCV élevé ou très élevé.

Il est indispensable d'arrêter de fumer et de ne pas s'exposer au tabac (cf. recommandations sur l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac³).

3. Recommandations de la HAS : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au soutien de l'abstinence en premier recours »

Alimentation adaptée

Les conseils diététiques doivent tenir compte des habitudes alimentaires des patients. Ils ont deux objectifs :

- participer à la réduction du risque cardio-vasculaire, indépendamment du profil lipidique ;
- contribuer à l'amélioration du profil lipidique.

La démarche diététique sera poursuivie même si l'objectif thérapeutique est atteint. La négociation d'objectifs simples, peu nombreux et adaptés à chaque patient, est la clé du succès et de la pérennisation du nouvel équilibre alimentaire. Ainsi, il convient d'éviter les régimes trop restrictifs conduisant à des déséquilibres alimentaires et à des troubles des conduites alimentaires.

► Participer à la réduction du risque cardio-vasculaire

- Il est recommandé d'encourager une alimentation de type méditerranéen, qui diminue fortement le risque cardio-vasculaire.
- La consommation de poisson est bénéfique 2 ou 3 fois par semaine, dont une fois au moins du poisson gras.
- Les aliments riches en polyphénols (fruits, légumes, thé, cacao, huile d'olive vierge et huiles non raffinées, soja) sont bénéfiques (5 fruits et légumes par jour, pour une quantité totale journalière de 400 g).
- Les aliments riches en vitamines et en caroténoïdes à « effet antioxydant » sont bénéfiques (fruits, légumes, huiles végétales).
- Il est recommandé de réduire les apports en sel, mais en évitant le régime désodé strict.

► Contribuer à l'amélioration du profil lipidique

En cas d'hypercholestérolémie isolée (TG < 1,5 g/L (1,7 mmol/L) et LDL-C > valeur cible selon le RCV), il est recommandé de :

- réduire les excès d'acides gras saturés d'origine animale (produits carnés, fromage, beurre, etc.) ou végétale (huile de palme, palmiste, coprah, etc.) et les acides gras trans issus de l'hydrogénation partielle des matières grasses (viennoiseries, pâtisseries, biscuits) ;
- privilégier les acides gras insaturés d'origine animale (volaille, etc.) et végétale source d'acides gras oméga-9 (huile d'olive), oméga-6 et oméga-3 (huile de colza, soja, noix, etc., margarines avec oméga-9, 6 et 3) ;
- accroître la consommation des aliments source de fibres alimentaires (céréales complètes et pain complet, légumes secs, fruits et légumes, etc.) et principalement de fibres solubles (pectines, bêta-glucanes de l'avoine et de l'orge).

► Points particuliers

- Il n'est pas recommandé de donner des conseils alimentaires restrictifs chez la personne âgée au-delà de 80 ans car ils favorisent le risque de dénutrition.
- Les aliments enrichis en phytostérols exercent un effet hypocholestérolémiant mais n'ont pas fait leurs preuves sur le risque cardio-vasculaire.
- Les produits laitiers ne sont pas associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire.
- La viande rouge est associée à une augmentation du risque cardio-vasculaire indépendamment de son apport en acides gras saturés : sa consommation doit donc être modérée.
- Les apports en cholestérol alimentaire (abats, foie, œuf, etc.) ne sont pas associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire mais doivent être modérés (< 300 mg/j) car ils augmentent modérément le cholestérol total et le LDL-C.
- La consommation d'alcool (vin, bière, etc.) doit être fortement découragée.

Mises en garde contre les compléments alimentaires à base de levure rouge de riz

Les compléments alimentaires à base de levure rouge de riz (contenant de la monacoline K, appelée également lovastatine⁴) exposent à des événements indésirables similaires à ceux des autres statines. Ces compléments ne sont pas une alternative aux médicaments utilisés pour le traitement de l'excès de cholestérol, et ne doivent pas être employés en association à une statine ni en substitution d'une statine, car leur efficacité est faible⁵.

Activité physique

Il est recommandé de lutter contre la sédentarité, de promouvoir l'activité physique et encourager l'activité sportive. Tous les patients, indépendamment de leurs antécédents, leur âge, ou leur niveau d'activité, devraient être encouragés à augmenter progressivement leur niveau d'activité. L'activité physique est recommandée pour la population entière (excepté contre-indication due à une maladie).

Il est recommandé que les adultes pratiquent un exercice physique régulier pendant au moins 30 min la plupart des jours de la semaine (comme la marche rapide), pour cumuler au moins 150 min par semaine d'activités d'intensité modérée, ou 75 min d'activités aérobies d'intensité élevée, ou une combinaison des deux, par périodes de 10 min ou plus afin de réduire le risque cardio-vasculaire. Les personnes ayant des antécédents de maladie cardio-vasculaire devraient consulter leur médecin avant d'envisager une activité physique intense. L'activité physique chez les coronariens est recommandée mais doit être encadrée par une surveillance spécifique (test d'effort, réadaptation cardio-vasculaire).

4. La lovastatine possède les caractéristiques chimiques des médicaments de la famille des statines. Aucun médicament contenant de la lovastatine n'est actuellement présent sur le marché français, contrairement à d'autres pays.

5. Point d'information disponible sur : www.sante.fr/Informations/Points-d-information/Points-d-information/Compléments-alimentaires-à-base-de-levure-de-riz-ou-de-mise-en-garde-de-l-ANSM-Point-d-information

Prise en charge médicamenteuse

Les hyperlipidémies secondaires (hypothyroïdie, syndrome néphrotique, insuffisance rénale, cholestase, etc.) ou iatrogènes (corticoides, contraception œstroprogestative, rétinoides, antirétroviraux, etc.) ne doivent pas donner lieu à des prescriptions d'hypolipémiants, sans traiter la maladie causale ou arrêter le traitement responsable, dans la mesure du possible.

Traitement de l'hypercholestérolémie isolée

Les statines constituent la première ligne du traitement médicamenteux de l'hypercholestérolémie isolée, lorsque cela est justifié ; les statines recommandées (meilleur coût-efficacité) sont la simvastatine et l'atorvastatine. Une autre statine peut être utilisée en cas d'intolérance.

Le choix de la dose de simvastatine ou d'atorvastatine se fait en tenant compte du niveau initial du LDL-C du patient, du niveau initial du risque cardio-vasculaire et de l'objectif visé.

Médicament	Posologie (mg.j ⁻¹)				
	5	10	20	40	80
Fluvastatine					
Pravastatine					
Simvastatine		✓	✓	✓	
Atorvastatine		✓	✓	✓	✓
Rosuvastatine					

- intensité basse (pourcentage de réduction du LDL-C : 20-29 %)
- intensité moyenne (pourcentage de réduction du LDL-C : 30-39 %)
- intensité forte (pourcentage de réduction du LDL-C : > 40 %)
- Hors AMM/non recommandé

✓ : statines les plus efficaces.

L'atorvastatine et la rosuvastatine ne possèdent pas d'indication validée (AMM) en prévention secondaire.

En cas d'objectif non atteint, il est recommandé d'intensifier le schéma thérapeutique (augmentation jusqu'à la dose maximale tolérée, substitution par une statine plus puissante).

Si l'objectif cible n'est pas atteint avec la dose maximale tolérée de statine, une association d'une statine avec l'ézétimibe est recommandée, ou en dernier lieu une association avec la cholestyramine.

En cas d'intolérance aux statines, il est recommandé d'utiliser l'ézétimibe, voire la cholestyramine.

Étant donné que les sujets âgés ont souvent des comorbidités et des capacités métaboliques altérées, il est recommandé de débuter un traitement hypolipémiant à faible dose, et d'adapter ensuite la posologie avec précaution pour atteindre des concentrations cibles de LDL-C identiques à celles des sujets jeunes.

Anticorps monoclonaux anti-PCSK9

Deux anticorps monoclonaux anti-PCSK9 ont obtenu en 2015 une AMM dans les hypercholestérolémies et dyslipidémies mixtes : evolocumab et alirocumab. Ces médicaments ont une indication chez les patients pour lesquels les concentrations de LDL-C sont insuffisamment abaissées par une statine à dose maximale tolérée (seule ou associée à d'autres hypolipémiants) ou qui sont intolérants aux statines. Ils s'administrent par voie sous-cutanée au plus toutes les 2 semaines. Toutefois leur effet sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires n'a pas encore été déterminé.

Dans l'attente des résultats des essais cliniques en cours, la place des anticorps monoclonaux anti-PCSK9 (evolocumab et alirocumab) dans la stratégie thérapeutique de l'hypercholestérolémie isolée (non familiale ou familiale hétérozygote) et de la dyslipidémie mixte reste à définir.

Suivi de la prise en charge de l'hypercholestérolémie

Suivi de l'efficacité de la prise en charge

Il est recommandé d'évaluer régulièrement l'adhésion au traitement et aux conseils de mode de vie, la réponse thérapeutique au traitement par statine et sa tolérance.

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. Par la suite, un bilan lipidique est recommandé 8 à 12 semaines après chaque adaptation du traitement, jusqu'à obtention des valeurs cibles.

Un bilan lipidique est recommandé annuellement lorsque le patient a atteint la concentration de cholestérol cible. En cas de problème d'adhésion ou d'autre raison particulière, il peut être nécessaire de réaliser des bilans lipidiques plus rapprochés.

Il est recommandé de prévoir une consultation médicale annuelle pour les patients traités par statine afin de discuter de l'adhésion au traitement et des changements du mode de vie, et afin d'aborder les autres facteurs de RCV.

Chez les sujets ayant une réponse thérapeutique insuffisante, il est recommandé de renforcer l'adhésion :

- aux modifications du mode de vie, quel que soit le RCV ;
- au traitement hypolipémiant s'il a été instauré.

L'intensification du traitement hypolipémiant est à envisager en cas de réponse thérapeutique insuffisante malgré une prise en charge (modifications du mode de vie et traitement hypolipémiant) bien suivie.

Démarche d'éducation thérapeutique

Les actions suivantes sont recommandées pour améliorer l'adhésion du patient aux modifications du mode de vie :

- établir une bonne coopération avec le patient en s'inscrivant dans un processus d'éducation thérapeutique ;
- procéder à un diagnostic éducatif afin de répondre aux questions suivantes : ce qu'il a, ce qu'il fait, ce qu'il sait, ce qu'il croit, ce qu'il est, ce qu'il ressent, ce dont il a envie, ce qu'il peut ;
- savoir temporaliser les actions en fonction des priorités du patient ;
- s'appuyer sur l'entretien motivationnel pour accompagner le patient dans le changement ;
- impliquer d'autres experts au besoin.

Les actions suivantes sont recommandées pour favoriser l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux :

- impliquer le patient dans le traitement en tant que partenaire et entamer un dialogue avec lui ;
- appliquer des stratégies comportementales (systèmes de rappel, signaux, autosurveillance, retour d'informations, renforcement).

Suivi de la tolérance du traitement hypolipémiant

Généralités

Il est recommandé d'informer les patients des effets indésirables des hypolipémiants dès l'instauration d'un traitement et de leur indiquer la conduite à tenir en cas de survenue de signes correspondants.

Les hypolipémiants exposent à des effets indésirables dose-dépendants : digestifs pour la cholestyramine, hépatiques et musculaires pour les fibrates, les statines et l'ézétimibe.

Des atteintes musculaires (myalgies et rhabdomyolyses) ont également été observées sous ézétimibe seul ou associé à une statine.

Il est recommandé de rechercher l'apparition d'un diabète de novo chez les sujets traités par statine. Il est recommandé aux sujets développant un diabète de suivre les mesures hygiéno-diététiques et de continuer le traitement par statine pour réduire le RCV.

En cas de traitement par statine, il est nécessaire de renforcer les précautions chez les sujets âgés de plus de 75 ans, et chez les patients prenant des traitements concomitants modifiant le métabolisme des hypolipémiants ou prenant plusieurs médicaments.

La consommation de pamplemousse ou de son jus est déconseillée avec un traitement par simvastatine.

En cas d'effets indésirables avec un médicament hypolipémiant, en particulier une statine, il convient de discuter avec le patient des différentes stratégies possibles :

- arrêter la statine et la réintroduire à la résolution des symptômes pour vérifier que ceux-ci sont liés à la statine ;
- réduire la dose ou remplacer par une autre statine de même intensité ;
- en l'absence d'amélioration de la tolérance, prescrire une statine d'intensité inférieure.

Il est recommandé de solliciter un avis spécialisé sur les options de traitement d'un patient à RCV élevé intolérant aux statines.

Surveillance des enzymes hépatiques

Il est recommandé de mesurer systématiquement les enzymes hépatiques (alanine-amino-transférase : ALAT) chez les patients traités par hypolipémiant :

- avant le traitement ;
- 8 semaines après le début du traitement médicamenteux ou après toute augmentation de la posologie ;
- ensuite tous les ans si les enzymes hépatiques sont $< 3 \times N$ (normale).

Si les enzymes hépatiques sont élevées mais $< 3 \times N$, il est recommandé de :

- poursuivre le traitement ;
- contrôler les enzymes hépatiques après 4 à 6 semaines.

Si les enzymes hépatiques sont $\geq 3 \times N$, il est recommandé :

- d'arrêter la statine ou réduire sa posologie ;
- de contrôler les enzymes hépatiques après 4 à 6 semaines ;
- de réintroduire prudemment le traitement lorsque les ALAT sont revenues à une valeur normale.

Surveillance des enzymes musculaires

Il n'est pas nécessaire de mesurer la créatine phosphokinase (CK) chez les patients traités par hypoipémiant avant le début du traitement, sauf dans les situations à risque suivantes :

- douleurs musculaires préexistantes avec ou sans traitement avec un fibraté ou une statine ;
- insuffisance rénale modérée à sévère ;
- hypothyroïdie ;
- antécédents personnels ou familiaux de maladie musculaire génétique ;
- abus d'alcool ;
- âge supérieur à 70 ans, d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs de risque musculaire.

Dans ces cas, si le taux de créatine kinase (CK) initial est $> 5 \times N$, il est recommandé de ne pas instaurer de traitement médicamenteux et de contrôler de nouveau les enzymes musculaires.

Une surveillance régulière de la CK n'est pas nécessaire, mais il est recommandé de vérifier la CK si le patient développe une myalgie.

Il est recommandé de renforcer la vigilance relative à la myopathie et à l'augmentation du taux de CK chez les patients à risque tels que : patients âgés, association statine/fibraté, traitement concomitant interférant, polymédication, insuffisance hépatique ou rénale.

Si la CK est $> 5 \times N$, il est recommandé :

- d'envisager la possibilité d'une augmentation temporaire de la CK pour d'autres raisons, telles que l'effort musculaire dans les 48 h précédentes ;
- d'arrêter le traitement, contrôler la fonction rénale et surveiller la CK toutes les 2 semaines ;
- d'envisager des causes secondaires de myopathie si le taux de CK reste élevé.

Si la CK est $\leq 5 \times N$, il est recommandé de continuer le traitement et de doser la CK régulièrement.

Prise en charge de la dyslipidémie mixte et de l'hypertriglycéridémie isolée

Éléments de prise en charge de la dyslipidémie mixte

La concentration de triglycérides considérée comme normale est TG $< 1,5$ g/L (1,7 mmol/L).

Les modifications du mode de vie précédemment décrites doivent être mises en œuvre (prise en charge diététique adaptée associée à la pratique d'une activité physique régulière). En cas de dyslipidémie mixte [TG $\geq 1,5$ g/L (1,7 mmol/L) et LDL-C $>$ valeur cible selon le RCV], il est recommandé en outre de :

- réduire l'apport calorique en cas d'excès de poids abdominal ;
- limiter particulièrement les aliments et boissons sucrés riches en glucides simples et de limiter les aliments d'index glycémique élevé (pain blanc, pomme de terre, etc.) ;
- consommer des poissons gras (sardine, maquereau, hareng, etc.).

Dans la dyslipidémie mixte, l'objectif sur le LDL-C reste primordial car les TG sont généralement inférieurs à 5 g/L (5,6 mmol/L).

Éléments de prise en charge de l'hypertriglycéridémie isolée

La concentration de triglycérides considérée comme normale est TG < 1,5 g/L (1,7 mmol/L).

Chez les patients avec hypertriglycéridémie sévère [TG ≥ 5 g/L (5,6 mmol/L)], l'objectif principal du traitement est d'abaisser la concentration de triglycérides < 5 g/L pour réduire le risque de pancréatite.

Les interventions relatives au mode de vie sont l'essentiel de l'intervention thérapeutique.

En cas d'hypertriglycéridémie sévère [TG ≥ 5 g/L (5,6 mmol/L)], il est recommandé de :

- tester la sensibilité individuelle par la réalisation d'un test diagnostique d'abstinence de boissons alcoolisées sur 5 à 7 jours, puis aux glucides simples (glucose, fructose, saccharose, etc.) et complexes (pain, pomme de terre, etc.). En cas de négativité, il peut s'agir d'une sensibilité aux lipides qui peut justifier le recours aux triglycérides à chaîne moyenne après avis spécialisé ;
- consommer des poissons gras (sardine, maquereau, hareng, etc.), riches en acides gras polyinsaturés oméga-3 à longue chaîne (acide eicosapentaénoïque - EPA et acide docosahexaénoïque - DHA) ayant un effet hypotriglycéridémiant propre, ou compléter en EPA-DHA.

Stratégies thérapeutiques de la dyslipidémie mixte et de l'hypertriglycéridémie isolée

Hypertriglycéridémie modérée : 2 g/L (2,3 mmol/L) ≤ TG < 5 g/L (5,6 mmol/L)				Hypertriglycéridémie sévère : TG ≥ 5 g/L (5,6 mmol/L)				
non-HDL-C* ou LDL-C à l'objectif		non-HDL-C* ou LDL-C non à l'objectif		Prescription de fibrates				
		Prescription de statine		Si 2 ≤ TG < 5 g/L		Si TG ≥ 5 g/L		
		Si objectif de non-HDL-C ou LDL-C atteint	Si objectif de non-HDL-C ou LDL-C non atteint	et non-HDL-C ou LDL-C à l'objectif	et non-HDL-C ou LDL-C non à l'objectif	et non-HDL-C à l'objectif	et non-HDL-C non à l'objectif	
Avec RCV faible à modéré : pas de traitement hypolipémiant	Avec RCV élevé à très élevé : prescription de fibrates	Avec HDL-C normal et RCV faible à modéré : maintien de la statine	Avec HDL-C bas** et RCV élevé à très élevé : association d'un fibraté	Association d'ézétimibe	Maintien du fibraté	Association d'une statine	Éventuelle association d'oméga-3	Association d'une statine

* Cholestérol non lié aux HDL = (CT - HDL-C), avec pour objectif : non-HDL-C < 1,3 g/L chez les patients à risque CV élevé ; non-HDL-C < 1,0 g/L chez les patients à risque CV très élevé.

** HDL-C bas : < 0,4 g/L chez l'homme et < 0,5 g/L chez la femme.

Les fibrates sont contre-indiqués pour des doses ≥ 40 mg de rosuvastatine. De plus, le gemfibrozil est contre-indiqué en association avec la simvastatine, et déconseillé avec les autres statines.

Les fibrates sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale chronique.

Prise en charge de l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote

L'hypercholestérolémie familiale hétérozygote autosomique dominante se traduit par des concentrations de LDL-C souvent supérieures à 2,2 g/L (5,7 mmol/L), avec une grande variabilité (de 1,9 g/L (4,9 mmol/L) à 4,0 g/L (10,3 mmol/L)).

L'utilisation de l'outil SCORE n'est pas appropriée chez les patients avec hypercholestérolémie familiale, étant donné que leur risque est élevé depuis la naissance. Seuls un faible nombre de patients atteints sont diagnostiqués comme tels.

Le diagnostic est évoqué en cas de :

- concentration élevée de LDL-C ;
- parents porteurs d'une hypercholestérolémie familiale ;
- dépôts extravasculaires de cholestérol (en particulier de xanthomes tendineux) ;
- accidents vasculaires précoces personnels ou familiaux.

Le diagnostic doit être suspecté lorsque le LDL-C est $\geq 1,9$ g/L (4,9 mmol/L) chez l'adulte et 1,6 g/L (4,1 mmol/L) chez l'enfant.

Il est recommandé de confirmer le diagnostic par un score établi sur les critères clinico-biologiques du *Dutch Lipid Clinic Network*⁶ ou si possible par une analyse génétique.

Le dépistage en cascade (recherche de la maladie chez les apparentés d'un patient) de l'hypercholestérolémie familiale est recommandé chez les apparentés du premier degré de patients avec hypercholestérolémie familiale diagnostiquée.

Les objectifs thérapeutiques chez les patients jusqu'à 20 ans sont : LDL-C < 1,3 g/L (3,4 mmol/L).

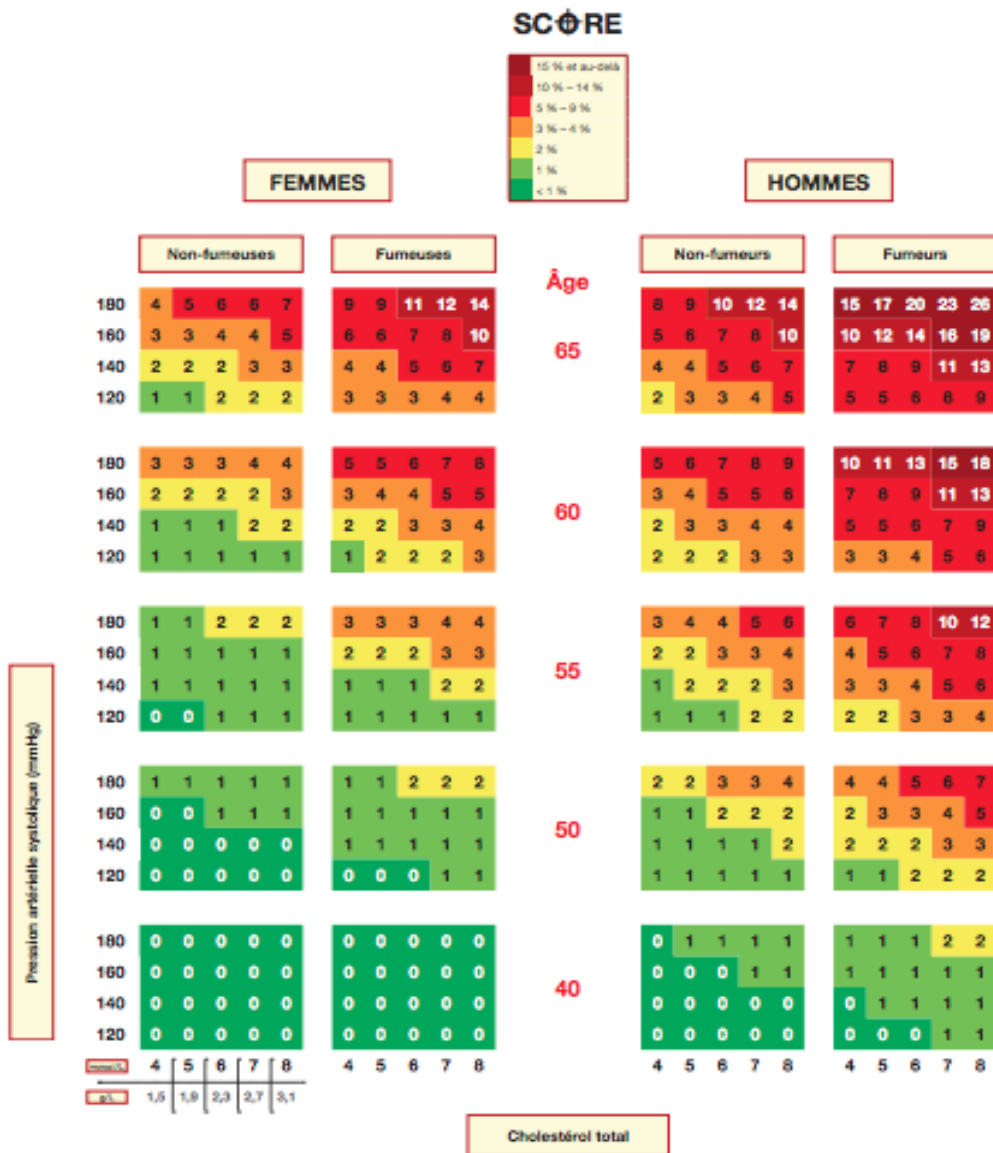
Au-delà de 20 ans, les objectifs thérapeutiques chez les patients à RCV élevé, très élevé ou en prévention secondaire sont identiques à ceux de l'hypercholestérolémie isolée.

Le traitement est identique à celui de l'hypercholestérolémie isolée.

En cas de résistance au traitement, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé.

6. Cf. Annexe 7 du rapport d'élaboration - [Dyslipidies dyslipidémies : stratégies de prise en charge](#) -.

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 ; 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@oup.com.



Annexe 4 – Guide d'entretien

Guide d'entretien

INTRODUCTION

Bonjour, merci de me recevoir. Je suis interne en médecine générale et je réalise avec un autre interne de médecine générale une étude sur le ressenti des médecins généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire suite à la parution des nouvelles recommandations de la HAS 2017.

Nous réalisons ce travail dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude puis de notre thèse.

Avec votre accord, j'enregistrerai notre entretien pour me/nous permettre de retranscrire puis de traiter les données par la suite. Il sera totalement anonymisé.

Êtes vous d'accord ?

QUANTITATIF

-Sexe

-Lieu d'exercice (rural ou urbain) et mode d'exercice (seul, groupe, maison médicale)

-Activités associées (universitaire, conseil de l'ordre, ostéo, hôpital...)

-Durée d'activité

-réception des laboratoires?plus particulièrement ceux commercialisant des statines ?

QUALITATIF

Polémique autour des statines :

Q1 :

-Quel est votre rapport aux médias ?(télé, journaux, internet, radio)

(relance : leur faites-vous confiance ou êtes-vous méfiant?)

Q2 :

-Que pensez-vous des polémiques autour des statines?

(relance: par quel biais en avez-vous entendu parler (radio, presse, télévision, livres, autres?) Y en a-t-il une qui vous a plus marqué que les autres ?)

Q3 :

-Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire?

(relance : Avez vous constaté des arrêts de traitements ? Comment l'avez vous géré ? (respect? reprise? explications? autre molécule ?)

Recommandations de la HAS 2017 sur la prise en charge des dyslipidémies :

Q4 :

-Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

(relance : soulagement, agacement, neutre? les suivez vous ?)

Q5 :

-Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

(relance : vous paraissent ils applicables ?)

Q6 :

-Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

(relance : décision médicale partagée?ou médecin décideur ?)

Q7 :

-Comment ces recommandations ont changé votre pratique ?

(relance : instauration plus précoce de ttt, ou intensification de ttt déjà présent?si Oui, comment avez vous abordé le sujet avec vos patients ?Quelles ont été vos difficultés ?

En avez vous discuté avec vos patients ?utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?De quelle façon?(calcul du score brut, explication au patient ?suivi pour le patient?(ex : avec arrêt du tabac diminution de tant de % de RCV)

Q8 :

-Sur quelle(s) autre(s) base(s) de données vous appuyez vous dans vos prescription ?

Q9 :

-Quelle est votre décision dans l'incertitude ?

CONCLUSION

Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques ?ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?

Annexe 5 – Guide pour premier contact téléphonique

Bonjour.

Je suis interne en médecine générale et je réalise avec un autre interne de médecine générale (William Bravais ou Laure Allan-Pattoglia), dirigée par le Dr Girard Pauline, une étude sur le ressenti des médecins généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie chez les patients de 40 à 65 ans en prévention primaire suite à la parution des nouvelles recommandations de la HAS 2017.

Nous recrutons par le biais des pages jaunes ainsi que par le moteur de recherche Google, en prenant en compte la densité de population iséroise, le sexe, le lieu et le mode d'activité dans le but d'établir un échantillon le plus large possible, afin d'obtenir une variation maximale

Nous réalisons ce travail dans le cadre de notre mémoire de fin d'études puis de notre thèse, pour établir un état des lieux du ressenti des médecins généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire, chez les 40-65 ans. Vous n'encourez aucun bénéfice ou risque.

Avec votre accord, j'enregistrerai notre entretien pour me permettre de retranscrire, puis de traiter les données par la suite.

Je serai la seule personne dans la possibilité de recevoir les demandes d'accès, rectification ou d'opposition.

Toutes les données seront anonymisées et ne contiendront pas l'identité des interrogés inclus. Votre identité sera remplacée par la lettre « M » pour médecin, suivi d'un numéro spécifique à chaque participant.

Seuls les deux responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre

anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif

Nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Ces entretiens se réalisent sur la base du volontariat, à tout moment vous pouvez vous opposer à la participation. Il n'y a aucun risque encouru.

Les deux investigateurs auront la responsabilité de faire respecter l'exercice des droits des personnes interrogées.

Si vous êtes d'accord, nous pouvons programmer une date d'entretien.

Annexe 6 – Introduction de présentation exposée à chaque praticien interrogé

E = Bonjour, merci de me recevoir. Je suis interne en médecine générale et je réalise avec un autre interne de médecine générale une étude sur le ressenti des médecins généralistes Isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire suite à la parution des nouvelles recommandations de la HAS 2017.

Nous réalisons ce travail dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude puis de notre thèse. Avec votre accord j'enregistrerai notre entretien pour me/nous permettre de retranscrire puis de traiter les données par la suite. Il sera totalement anonymisé.

Êtes vous d'accord ?

Tous les entretiens ont été réalisés volontairement et retranscrits après l'accord des praticiens.

Annexe 7 – Verbatims

Entretien 1

Examineur = E1 ; Médecin = M1

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?

M1 : C'est à dire ?

E1 : dans le sens leur faites vous confiance ou êtes vous plutôt méfiante ?

M1 : Plutôt méfiante, je lis mais j'essaie de rester euh oui enfin le minimum de méfiance mais de ne
10 pas prendre pour argent comptant tout ce qui est noté

E1 : d'accord

Q2 :

E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?

15 M1 : euh c'est une bonne question, je pense que nous ça nous enquiquine beaucoup parce que ça
remet en cause notre façon de prescrire, euh, ouais, je réfléchis à ce que je peux dire..

E1 : Par quel biais en avez vous entendu parlé ?

M1 : par des retours de patients, quasiment que par des retours de patients

E1 : et par la presse ?

20 M1 : pas la presse parce que de toute façon je ne lis quasiment pas la presse même si je vois parfois
des articles parus sur internet, c'est beaucoup des patients euh, c'est beaucoup comme les vaccins
je pense que c'est beaucoup de vent pour rien, qu'il y a une vraie méfiance globale de la médecine
actuelle et que ça rentre plutôt la-dedans et que c'est quelque chose qui a plutôt tendance à

m'agacer parce que ça entraîne une perte de repères de confiance des patients mais moi j'ai encore
25 tendance à faire confiance dans euh enfin voilà dans tout ça quoi.

E1 : d'accord

M1 : mais oui dans la polémique globalement c'est des retours de patients et du coup ayant eu des
retours de patients je suis allé regarder ce qui se disait sur les statines et j'avais vu un truc sur
youtube qui a circulé.

30 **E1 : Il y a eu beaucoup d'émissions de télé**

M1 : oui voilà sur la diabolisation des statines et pour moi c'est limite de la propagande anti euh
voilà et ça pour moi c'est quelque chose qui me hérisse complètement.

E1 : d'accord

35 Q3 :

**E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos
patients, toujours dans le cadre de l'hypercholestérolémie, en prévention primaire ?**

M1 : et bien c'est qu'on sent une vraie réticence des patients du coup quand on estime qu'il y a
besoin de prescrire il faut vraiment s'assurer de l'adhésion du patient dans la prescription et c'est
40 pas simple, il y a une vraie enfin voilà moi je vois les gens quand on prononce le mot statine de
toute façon globalement ils n'en veulent pas. Et donc il faut arriver à avoir des vrais arguments pour
les convaincre et clairement un taux de cholestérol ne suffit pas à les convaincre.

E1 : d'accord, et avez vous constaté des arrêts de traitement suite à ces polémiques ?

M1 : oui, et justement moi je trouve que ça a changé notre façon de faire parce que maintenant je
45 vérifie de façon très systématique que les gens prennent leur traitement c'est-à-dire qu'il y a des
personnes à qui on a prescrit qui finalement d'eux-mêmes ont arrêté parce que justement ils ont vu
des choses et que , sans nous le dire, et que maintenant ce qui a changé dans ma pratique c'est plutôt
ça, c'est ma vérification de l'observance du traitement qui est loin d'être bonne et les gens le disent

pas en fait , ils sortaient avec leur ordonnance et en fait ils disaient non non non le traitement je ne
50 l'ai pas pris. Voilà.

**E1 : Par rapport à ces arrêt de traitement comment l'avez vous géré?Est ce que vous avez
expliqué, repris, respecté, changé ?**

M1 : Alors, essayer de comprendre pourquoi, hein, quelle était la cause de l'arrêt, est ce que c'était
vraiment des effets secondaires ressentis, est ce que c'était juste une méfiance et donc une non prise
55 de traitement sans j'estime une vraie raison et puis après c'est vraiment du cas par cas mais oui,
enfin d'essayer de comprendre enfin d'entendre ce que, enfin pourquoi le patient avait fait ça. De
toute façon si on leur met une prescription qu'on leur dit ça et qu'il faut le prendre c'est terminé les
gens ils n'adhèrent plus à ça. Ce qui n'est pas forcément une mauvaise chose, je pense que si le
patient est persuadé du bien-fondé du traitement il va le prendre. Donc il faut arriver à le
60 convaincre.

Q4 :

E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

M1 : ...

65 **E1 : Dans le sens soulagement agacement neutre ?**

M1 : avis neutre on va dire parce que je reconnais que ça n'a pas vraiment changé ma pratique,
voilà enfin plutôt neutre, ouais.

E1 : d accord

70 Q5 :

E1 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

M1 : Qu'ils sont très difficiles à faire accepter par les gens , moi je veux bien entendre qu'il y ait
des études qui aient démontré leur intérêt mais c'est compliqué, surtout en prévention primaire. A la

75 rigueur effectivement en prévention secondaire quand les gens ont déjà eu un problème on peut à la rigueur et encore parfois ça peut être compliqué ; mais alors en prévention primaire, les gens quand ils n'ont encore rien, ça devient difficile de les faire adhérer à ce genre de choses.

Q6 :

80 **E1 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ? dans le cadre du traitement de l'hypercholestérolémie.**

M1 : ...

E1 : Est ce que c'est comme vous le disiez une décision médicale partagée , est ce que c'est vous qui décidez en estimant que vous avez la connaissance ?

85 M1 : Non parce ça je pense que ça ne marche plus, non moi j'essaie de leur donner mon avis, de leur donner les recommandations d'entendre leur avis leur ressenti leurs inquiétudes éventuelles ou pas euh et pis voilà ça reste vraiment du dialogue et moi si le patient ne me dit pas qu'il est d'accord pour prendre un traitement de toute façon je ne vais pas lui prescrire c'est certain , a ne sert à rein, euh , mais non c'est une vraie discussion avec le patient , je pense qu'il faut essayer d'arriver à un accord du patient pour prendre le traitement.

90

Q7 :

E1 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? y a til eu une instauration plus précoce du traitement ou un intensification de traitement déjà prescrit ?

95 M1 : Non, les recommandations n'ont pas changé grand-chose à ma pratique, c'est plus toutes les polémiques autour des statines qui ont changé les choses mais les recommandations non. Si au sens où ça m'a peut être fait plus rechercher les autres facteurs de risque cardiovasculaires, c'est à dire que le patient qui a son hypercholestérolémie, enfin son LDL un peu haut, je ne l'envoyais pas

systématiquement chez l'angiologue par exemple, mais maintenant, je le fais systématiquement mais plus pour avoir un argument supplémentaire de traitement.

100 **E1 : Ok, utiliser l'examen complémentaire pour..**

M1 : pour avoir un argument, parce que vraiment en pratique de ville c'est très difficile de dire voilà à quelqu'un qui n'a aucun symptôme, qui ne ressent rien, de prendre un traitement qui en plus est réputé pour avoir des effets secondaires. Enfin quand j'arrive à trouver un peu d'athérome sur les carotides, je suis limite contente. Et c'est plutôt dans ce sens là que ça va changer les choses.

105 Voilà, ça me fait faire plus d'exams complémentaires parce qu'au final je ne suis pas sûre que ce soit.. parce que voilà c'est générateur de coût mais....parce que les gens n'adhèrent pas du tout....

E1 : à la prise du traitement ?

M1 : non

E1 : pour leur montrer objectivement s'il y a des lésions ?

110 M1 : oui c'est ça

E1 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

M1 : Non

E1 : Non, d'accord.

M1 : clairement pas, ça m'arrive mais c'est assez rare.

115

Q8 :

E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ? par rapport au cholestérol.

M1 : non, uniquement les recommandations

120

E1 : Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?

M1 : j'ai des difficultés avec un questionnaire trop ouvert car même si on ne répond pas pour faire plaisir à l'explorateur on ne sait pas vraiment où aller et que dire réellement.

- 125 Dans ma patientèle, j'ai très peu d'hypercholestérolémie en prévention primaire car il s'agit la plupart du temps de montagnards soucieux de leur santé qui pratiquent une activité physique très régulière et ont une alimentation saine. Il s'agit surtout de patients qui nécessitent une prévention secondaire et à ce moment la question du traitement se pose moins pour le patient.

Entretien 2

E2 = Examineur ; M2 = Médecin

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias ?(télé, journaux, internet, radio)

M2 : Hum... Je ne les écoute pas beaucoup. Sinon que dire, ils ne m'influencent pas, du moins j'espère. J'y suis pas très attaché. Alors on parle de tous médias, télé, journaux ?

E2 : Oui de tous les médias, sous toutes leurs formes, télé, journal, radio, internet, livres.

10 M2 : Moi internet, je l'utilise très souvent, les journaux jamais, la télé je la regarde pas, radio c'est très rare quand je l'écoute. Donc en fait, je ne suis pas très attaché au médias.

E2 : Leurs faites vous confiance ou êtes vous méfiant?

M2 : Oh bah méfiant, on est toujours un peu méfiant, ou en tout cas critique plus que méfiant, et ça ne me guide pas dans ma manière de voir les choses.

15

Q2 :

E2 : Que pensez vous des polémiques autour des statines?

M2 : J'en ai entendu parler. Je pense qu'elles ne sont pas vraiment fondées. Mais c'est comme toujours, quand on balance un pavé dans la mare, on est tenté d'écouter ceux qui font le plus de

20 bruit.Voilà.

E2 : Et par quel biais en avez vous entendu parler(radio, presse, télévision, livres, autres ?

M2 : Les patients m'en ont beaucoup parlé. Sinon quel autre biais, internet.

E2 : Y en a t il une qui vous a plus marqué que les autres ?

M2 : Non.

25

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire?

M2 : Ca m'a appris à apprendre à les rassurer, apprendre à leur donner les sources d'informations
30 médicales que je pense fiables, et les mettre en garde contre les chose qu'on peut entendre ça et là, et qui ne sont peut être pas forcément scientifiquement très prouvées et très carrées. Voila. Les rassurer et les mettre en garde.

E2 : Avez vous constaté des arrêts de traitements ?

M2 : Oui. Je pense 2 ou 3 fois, 2 patients j'ai réussi à lui remettre, enfin réussis. En discutant avec
35 eux, il s ont accepté de le rendre, parce que je pense que c'était important pour eux.

Et une 3eme personne que j'ai jamais réussi li faire reprendre le traitement.

E2 : Et donc comment avez vous géré cette situation?

M2 : En consultation, avec beaucoup d'écoute, de la compréhension et puis redire des vérités
scientifiques.

40

Q4 :

E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ? soulagement, agacement, neutre?les suivez vous ?

M2 : Heu, c'est un bon guide déjà. Alors je ne sais plus s'il y a de la prévention primaire et de la
45 secondaire dans les reco. Alors pour la prévention secondaire, je suis assez d'accord, sauf pour les directives du LIVTRUZET, mais ça, a priori je ne suis pas d'accord, et pour la prévention primaire, je ne me souviens plus ce qu'ils disent exactement.

Heu.. Oui, je les ai lues, mais je ne m'en souviens plus. Moi j'utilise un papier récapitulatif des
objectifs de LDL cholestérol en fonction des pathologies et tout ça, donc c'est plus ça que j'utilise
50 pour me donner une idée. Oui fiche mémo dyslipidémies, oui c'est ça.

E2 : Donc vous les suivez ?

M2 : Bah plus ou moins, en tout cas, pour la prévention secondaire oui. Pour la prévention primaire, je ne les suis pas.

55 Q5 :

E2 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ? Vous paraissent ils applicables ?

M2 : Globalement, ils paraissent difficilement atteignables, pour l'objectif du 0,7g/L par exemple, c'est un objectif qui, des fois on y arrive, mais la plupart du temps, on est obligé d'escalade thérapeutique pour y arriver, et je ne suis pas sûre que dans la balance bénéfice-risque y ait vraiment
60 de bénéfice à augmenter les statines pour un objectif en de ça de 0,7, sachant que même avec des doses maximales de statines on y arrive pas, heu.. et donc en rajoutant le LIVTRUZET ça fait mourir les gens.. Donc je ne suis pas très à l'aise avec ça.

Q6 :

65 **E2 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?**

M2 : Et bien c'est lui qui choisit de toute façon s'il va ou pas prendre le traitement. C'est plus une décision médicale partagée, voilà.

Q7 :

70 **E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ?**

M2 : Ah !

E2 : Est ce que vous avez une instauration plus précoce de ttt, ou intensification de ttt déjà présent?

M2 : Pour la prévention secondaire encore, quand le LDL n'est pas à l'objectif, j'essaie toujours de
75 me demander si je ne peux pas améliorer le traitement, alors en fonction des thérapeutiques

utilisées, des molécules utilisées, en faisant attention aux effets indésirables, et surtout en faisant attention sur les études de morbi-mortalité, en faisant attention que c'est la bonne molécule, que ça marche bien en prévention secondaire, mais oui oui je suis tentée d'essayer.

E2 : Et en prévention primaire ?

80 M2 : Alors en prévention primaire, heu, j'ai pas d'idées très claires sur l'utilisation des statines, j'avais l'impression que ça ne changeait pas grand-chose sur la mortalité et donc en prévention primaire je les prescris vraiment quand le LDL est très haut, s'il dépasse 2,2-2,4g/L.

E2 : Et comment avez vous abordé le sujet avec vos patients ?

M2 : Le traitement ? Et bien c'est toujours sur un résultat de prise de sang et on prend le temps d'en
85 discuter et généralement je demande aux patients ce qu'ils pensent de leur prise de sang et très souvent ils parlent du cholestérol assez spontanément. C'est quelque chose qui est dans les esprits d'un peu tout le monde. On a toujours dit depuis une dizaine d'années, que plus on avait du cholestérol, plus c'était dangereux et que ça bouchait les artères et donc les patients sont assez sensibles à ça. Et ça permet de discuter un petit peu et de revoir les habitudes alimentaires, refaire le
90 point sur les facteurs de risque cardiovasculaire, de voir les antécédents familiaux et puis pour le traitement, je leur propose si ça me semble important. Et en prévention primaire, si le LDL n'est pas si haut que ça, on essaie de gérer avec simplement un régime alimentaire adapté.

E2 : Quelles ont été vos difficultés ?

M2 : Donc je suis toujours en difficulté avec un patient qui a arrêté de lui même sa statine et chez
95 qui je pense que c'est très important qu'il l'ait. On discute très souvent ce médicament. A chaque fois que je le vois j'essaie d'en reparler, de lui réexpliquer un petit peu le pour et le contre. Sinon, mis à part ça, j'ai pas vraiment de difficultés avec les patients. Les difficultés par rapport à ma propre prescription c'est surtout pour le manque d'effet des statines en prévention primaire, on ne sait pas trop ce qu'on fait, ni où on va. En prévention secondaire , c'est beaucoup plus établi, donc
100 j'ai beaucoup moins de mal à les mettre en place. Voilà.

E2 : Est ce que vous utilisez en pratique quotidienne l’outil SCORE ?

M2 : Oui

E2 : Et de quelle façon?

105 M2 : Avec un petit logiciel que j'ai téléchargé et je rentre les données et ça me calcul le pourcentage.

E2 : D'accord, et vous l'expliquez au patient ?

M2 : Heu, non. Ca j'avoue ne leur explique pas.

Q8 :

110 **E2 : Sur quelle(s) autre(s) base(s) de données vous appuyez vous dans vos prescriptions**

M2 : Heu.... Notre logiciel de prescription c'est Vidal, ici. Ce que je mets dans les prescriptions c'est essentiellement les recommandations de la HAS. Puis sinon ce sont des revues comme Prescrire.

115 **E2 : Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M2 : Non, c'est bon, je pense. Je cherche mais c'est bon.

Entretien 3

Examineur = E2 ; Médecin = M3

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias ?(télé, journaux, internet, radio)

M3 : Alors, je n'aime pas trop ce qui est télévisuel, donc je regarde très peu la télé, je m'informe un peu par radio, des fois par internet. Et surtout par les confrères, les formations pour le versant médical. Mais sinon pour le versant actualité, c'est plutôt radio ou internet.

10 **E2 : Et vous leur faites confiance ou êtes vous méfiante?**

M3 : Je suis très méfiante, je suis assez méfiante, on va dire.

Q2 :

E2 : Que pensez vous des polémiques autour des statines?

15 M3 : Je pense qu'il y a eu beaucoup d'émotion autour de ce sujet. Après je pense qu'il y a des gens qui se sont saisi des effets indésirables pour profiter à tous les produits non remboursés, comme la levure de riz rouge, qui contient finalement des statines, qui ont été mis en avant, alors que finalement, il y a un peu les mêmes effets indésirables. Je pense qu'il y a eu beaucoup de gens qui ont profité de cette crise. Et je pense que c'est pas mal qu'à un moment donné on puisse rétablir un
20 peu ce qui est scientifique, basé sur les preuves, et ce qui est à moindre danger pour les patients.

E2 : Par quel biais en avez vous entendu parler (radio, presse, télévision, livres, autres ?

M3 : En premier lieu par les patients, c'est toujours ce qui est surprenant, quand ils arrivent avec un article, « oui regardez, ce que vous m'avez prescrit, c'est écrit là que c'est pas bon ». J'ai un patient à domicile, en particulier, je passais au moment où il regardait une émission sur les statines, et
25 l'émission était très très négative, et il m'a traité limite d'empoisonneuse, donc c'était assez violent.

En plus, lui était en prévention secondaire, donc il n'y avait pas trop de polémique à avoir. Donc oui, ça était un peu violent. Puis, il y a eu au contraire, d'autres patients, qui sont venus en disant « écoutez docteur, on entend tout et n'importe quoi, quel est votre avis médical, scientifique ». Après là dessus, c'est là, que je me suis documentée, où j'ai interrogé des confrères, où j'ai eu, en particulier avec mon groupe de pair, on a fait un travail la-dessus, qui m'a bien éclairé et conforté dans la manière de prendre en charge les gens après cette crise.

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire?

M3 : Alors ça m'a permis d'être plus à l'écoute des effets indésirables, parce que c'est vrai qu'on a tendance à être centré sur nos chiffres, en consultation, on regarde nos résultats de biologies, puis on oublie de demander aux gens s'il le supporte, s'ils ont des douleurs musculaires, s'ils font du sport. C'est pas mal, parce que ça m'a permis de m'intéresser plus au quotidien des patients, et du coup, d'adapter mon discours en fonction de leurs symptômes et de leur représentations. Je pouvais avoir tous les extrêmes, c'est à dire des gens qui étaient complètement remontés, en disant « ce produit là m'empoisonne les muscles », donc dans ce cas-là effectivement, on faisait une pause avec un contrôle à la prise de sang pour vérifier qu'il n'y ait pas une hypercholestérolémie trop importante, et une autre partie, au contraire, qui disait « moi je le tolère bien, je préfère pas l'arrêter, ça me rassure, je préfère le garder ».

E2 : Avez vous constaté des arrêts de traitements ?

M3 : Oui. J'ai arrêté plusieurs traitement quand même à la suite de cette polémique.

E2 : Et donc comment avez vous géré cette situation?

M3 : Et bien, c'était vraiment au cas par cas. Donc moi je leur expliquais les dernière données de la science. Ca n'a pas été facile, parce que j'ai quand même eu une petite inertie entre le moment où y

a eu les informations où on a eu des consignes. Donc j'ai discutais un peu avec les collègues, j'ai vu que beaucoup arrêtaient de traitement, moi, j'ai eu un peu du mal quand même. Puis finalement, je pense que c'était le temps que je m'approprie la manière de le présenter aux gens, et après je le présentais « voilà, y a eu des études, des nouveautés, on s'est aperçu que finalement ça pouvait être plus délétère dans certains cas, vous faites parti de ces cas-la parce que vous n'avez pas eu de problèmes de santé. On peut se permettre d'arrêter sous contrôle de prise de sang ». Et par contre, j'en profitais pour faire de l'éducation thérapeutique sur l'activité physique, en disant qu'on s'était aperçu que les gens, en ayant mal aux muscles, ils marchaient moins, et que c'était moins bon pour la santé. Mais que du coup, si on arrêtait le traitement, ils allaient marcher plus, comme ça ils pourraient prendre soin de leur santé autrement.

Q4 :

E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ? Soulagement, agacement, neutre?les suivez vous ?

M3 : Alors, je ne les ai plus trop en tête. J'ai pas révisé. Hum... Si je me souviens bien, en prévention secondaire, la question ne se pose pas, parce que y a un effet sur la morbi-mortalité, donc on ne peut pas revenir en arrière. Et pour la prévention primaire, alors si je me souviens bien, c'est que en cas, vraiment d'hypercholestérolémie identifiée, biologique, éventuellement familiale. Donc oui, je pense que ça me paraît rationnel. Je suis plutôt soulagée qu'il y ait un consensus qui soit trouvé, parce que c'est plus facile de s'appuyer sur quelque chose, de le dire au patient, de parler de niveau de preuve de données basées sur la science. Donc je pense que c'est plutôt un soulagement.

E2 : Et vous les suivez ?

M3 : J'essaie de les suivre. Alors après, c'est comme tout, on se dit « Ha ben mince, il a une petite artériopathie députante, qu'est ce qu'on fait ? Est ce qu'on la met, à quel moment ? » Je pense qu'il y

a encore un peu d'inertie quand même. Un flou. Alors quand y a un infarctus ou un AVC, y a pas de problème, mais quand on est chez le diabétique, sur l'artériopathie, je pense que c'est plus difficile à négocier avec le patient.

80 Q5 :

E2 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

M3 : Alors, il me semble qu'ils ont été bien abaissés. J'étais assez réticente à ces nouveaux objectifs jusqu'à récemment. Après je me dis bon, il va falloir s'y mettre quand mm. Après, je suis restée à l'objectif de 1 g/L, en dessous j'ai un peu du mal à imaginer descendre beaucoup plus bas.

85 **E2 : Vous paraissent ils applicables ?**

M3 : Alors dans certains cas oui, y a quand même des patients qui descendent bien. Mais j'ai encore du mal à descendre en dessous du 1 g/L. Parce que je me dis que pour arriver à un objectif, on va peut être devoir augmenter les doses, du coup, d'augmenter les effets indésirables, la toxicité, et je suis aussi dans le frein de me dire si on se fixe un objectif qui est sur le papier et on risque encore
90 d'oublier le patient, son confort, son observance. Je suis restée un peu sur les anciennes normes.

Q6 :

E2 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

M3 : En général, je commence par poser des questions, savoir s'ils le tolèrent bien, s'ils le prennent
95 tous les jours, des questions un peu détournées. Après je leur explique un petit peu, de manière théorique, ce qui est indiqué pour eux, puis je leur demande ce qu'ils en pensent, en gros, quand j'ai le temps.

E2 : Donc c'est plutôt une décision médicale partagée ?

M3 : En général pour les statines oui, beaucoup. Ca était un gros effort d'impliquer le patient dans
100 sa prise en charge. Et ça revient avec ce que je disais toute à l'heure, par rapport à la prise en charge

autre que médicamenteuse, ça permet de faire des ponts assez facilement. Et les gens sont plus à même de prendre un traitement si on leur explique, et puis si on leur pose la question, « qu'est ce que vous en pensez ».

105 Q7 :

E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est ce que vous avez une instauration plus précoce de ttt, ou intensification de ttt déjà présent?

M3 : Je suis plutôt à surveiller et donner le minimum efficace. Je suis vigilante sur le dosage, le type de molécule, par exemple en post infarctus, les patients ont des grosses doses de statines et
110 souvent les patients, au bout d'un an, on commence à diminuer les doses et on en profite pour se dire on va pouvoir diminuer aussi un peu la statine. Donc les nouvelles recommandations m'ont fait changer déjà en prévention primaire, où je n'en ai plus instauré, sauf dans l'hypercholestérolémie familiales et en prévention secondaire, où je fais attention de mettre les dosages minimales pour rentrer dans ce qui est recommandé.

115 **E2 : Quelles ont été vos difficultés ?**

M3 : Bah c'est que des fois, on fait tout un travail pour adapter les doses au mieux, puis le cardiologue passe derrière et represcrit ce qu'il avait mis initialement.

E2 : Même en prévention primaire ? Parce que c'est là notre sujet.

M3 : Ah non, alors là, paradoxalement, pas trop de difficultés, où on associe les patients au... La
120 principale difficulté était en amont, parce qu'il a fallut que je me fasse une idée claire de la situation et une fois que je maîtrisais plus le sujet, je donnais au patient les dernières données, puis on discutait ensemble. J'ai rencontré une dame la semaine dernière, en prévention primaire, qui prend sa statine petite dose un jour sur deux, et c'est tout a fait hors de question qu'elle l'arrête, elle a trop peur qu'il lui arrive quelque chose, donc après si elle supporte bien, je vois pas d'intérêt à l'arrêter.

125 Elle marche donc c'est l'essentiel.

E2 : Est ce que vous utilisez en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

M3 : Alors non, pas trop. J'ai du mal avec les scores.

E2 : Pour quelle raison ?

M3 : Déjà je ne connais pas bien. Puis ça prend du temps souvent.

130

Q8 :

E2 : Sur quelle(s) autre(s) base(s) de données vous appuyez vous dans vos prescription

135 M3 : Sur les chiffres de cholestérol, sur les antécédents familiaux et du patient. Ca revient à ce que je disais tout à l'heure, à quel moment on passe en prévention secondaire, c'est un peu... La limite ne se fait pas de manière très brutale. Une artériopathie, ça se constitue petit à petit, à partir de quel moment on considère qu'il faut... Puis je me base pas mal aussi sur l'avis des spécialistes, les angiologues, nous donnent bien volontiers leur avis.

Q9 :

140 **E2 : Quel est votre choix dans l'incertitude ?**

M3 : Je ne mets pas de traitement, j'ai un peu d'inertie. Ça me laisse le temps à moi, puis au patient de se dire qu'il va peut être prendre un traitement tout sa vie, c'est quelque chose qu'il ne faut pas brusquer.

E2 : Quelle statine ?

145 M3 : Bonne question. De règle générale, je suis plutôt avec la Simvastatine, parce que je pense que c'est celle qui fait le moins d'effet indésirables. Et des fois l'Atorvastatine.

E2 : Est ce que vous êtes abonnée à des revus médicales ?

M3 : J'ai eu été abonnée à Prescrire, mais par manque de temps j'ai oublié de me réabonner.

150 **E2 : Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M3 : Non, je crois que j'ai un peu tout dit au fur et à mesure. Ce qui m'a vraiment éclairé la dessus, c'est une formation l'année dernière où beaucoup de praticiens de mon groupe de paires avaient participé, et là j'en ai fait une avec le même intervenant, et il fait en aparté des remises à niveau.

155 Donc c'est pas mal d'avoir des données dont on peut discuter.

Entretien 4

Examineur = E2 ; Médecin = M4

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias ?

M4 : Ah... Bah je lis pas beaucoup de littérature médicale. Je me forme surtout en EPU et en séminaires.

E2 : D'accord, et dans le sens leur faites vous confiance ou êtes vous plutôt méfiante ?

10 M4 : Hum... Plutôt méfiant des littératures et des publicités qui paraissent dans les quotidiens médicaux, évidemment. Plus confiant, dans les meeting et les EPU qui réunissent les spécialistes avec les praticiens.

E2 : D'accord

15 Q2 :

E2 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?

M4 : Bah, heu, ça m'a un peu scié les pattes, évidemment. Les publications des Dr De Lorgénil et Even, qui battaient en brèche le protocole de prise en charge des hypercholestérolémies, ça était un peu un orage, une bousculade. Après ça n'a pas vraiment changé ma pratique, parce que je pense
20 que si on suivait scrupuleusement les recommandations de la HAS, on donnerait peu de statine de prévention primaire de toute façon. Compte tenu des FDR qu'on devait répertorier chez les patient, en réalité, ca n'a pas changé grand-chose.

E2 : Par quel biais en avez vous entendu parlé ?

M4 : De quoi ?

25 **E2 : De la polémique autour des statines ?**

M4 : Hum... Bah écoutez ça était diffusé autant dans les médias que au travers des propositions de participer à des soirées de formations.

E2 : D'accord.

M4 : Je suis même allé à une soirée d'informations indemnisée par le OGDPC.

30 **E2 : D'accord.**

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l'hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

35 M4 : Bah pas trop de changement. Mais disons une meilleure prise en compte du fait qu'on avait été un peu joué des laboratoires, ou en tout cas des pratiques américaines qui nous avaient persuadés qu'il fallait traiter l'hypercholestérolémie sur des chiffres, dès la prévention primaire.

E2 : d'accord, et avez vous constaté des arrêts de traitement ?

40 M4 : J'en ai pas constaté récemment, mais j'avais déjà initié des arrêts de traitements, compte tenu des préconisations antérieures à cette polémique. C'est à dire à partir de 75 ans, en prévention primaire, j'ai arrêté plusieurs fois des traitements.

E2 : Très bien.

Q4 :

45 **E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?**

M4 : Heu...

E2 : Dans le sens soulagement agacement neutre ?

M4 : Je pense qu'il faudrait qu'on tienne compte d'un nouvel, comment ça s'appelle... Heu, d'un protocole, qui tienne compte du calcul du facteur de risque, selon une grill, qui s'appelle... Heu...

50 RISK peut être, d'ailleurs.

E2 : La grill SCORE ?

M4 : SCORE oui. Hahaha. Mais bon, j'ai un peu perdu les pédales et je m'en tiens à des prises en compte basiques sur les facteurs de risque, toujours les mêmes.

55 Q5 :

E2 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

M4 : Hahaha, heu...

E2 : Est ce qu'ils vous paraissent applicables ?

60 M4 : Heu, je sais pas s'ils ont beaucoup changé par rapport aux critères d'avant, heu... Moi, concrètement ça n'a pas changé grand-chose dans ma pratique.

Q6 :

E2 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ? dans le cadre du traitement de l'hypercholestérolémie.

65 M4 : Et bien, je leur parle de diététique, de tabac, et d'hypertension.

E2 : Est ce que c'est une décision médicale partagée , ou c'est plutôt vous qui prenez la décision et le patient suivra ?

70 M4 : Enfin, je pense qu'il y a toujours les deux, il faut obtenir l'adhésion du patient pour le traitement, mais j'ai plus l'impression qu'on est confronté au traitement ad vitam aeternam, et à des personnes très âgées qui sont toujours sous statine, c'est plutôt ça le problème. Après, les gens qui cumulent des facteurs de risque et qui n'en n'ont pas conscience, on a toujours essayé d'attirer leur attention sur ... comment changer les choses.

Q7 :

75 **E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est ce que vous avez instauré des traitements ou un intensification de traitement déjà prescrit ?**

M4 : Bien sur !

E2 : En prévention primaire.

M4 : Ah alors en prévention primaire, peut être moins qu'il y a 20 ans, je suis beaucoup moins
80 alarmiste qu'avant.

E2 : Et comment est ce que vous avez abordé le sujet avec vos patients ?

M4 : Bim, je crois qu'on va reparler éternellement des facteurs de risque, après compte tenu des chiffres obtenus chez ces patients en prévention primaire, je me suis retenu de leur prescrire des statines. C'est ça qui a changé, oui.

85 **E2 : D'accord, et est ce que vous avez rencontré des difficultés ? Est que vous en parlez avec vos patients de toute cette polémique ?**

M4 : Y a tellement de polémique, entre l'affaire des statines, l'affaire la maladie de Lyme, celles sur Creutzfeldt-Jakob, le sang contaminé, les vaccins... Les statines, c'est peanuts à coté.

E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

90 M4 : Bah non justement, j'avais le précédent, qui s'appelait RISK, il me semble. Puis je crois que je me suis un peu lassé de ses ab-bacs.

E2 : D'accord, très bien.

Q8 :

95 **E2 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?par rapport au cholestérol.**

M4 : Je crois que je suis resté à la prise en compte des 5 facteurs de risque dit précédemment.

E2 : Est ce que vous êtes abonné à une revue médicale ou quelque chose comme ça ?

100 M4 : Plus, j'étais abonné à Prescrire, mais plus maintenant. Mais par contre, je vais régulièrement à des journées de formations, 2-3 fois par mois, pratiquement une fois par semaine.

E2 : Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?

M4 : Hum... Dans l'incertitude, primum non nocere. Donc l'abstention.

105 **E2 : Parfait, merci.**

Entretien 5

Examineur = E2 ; Médecin = M5

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias ?

M5 : ... C'est à dire ? Est-ce que je lis la presse ?

E2 : Dans le sens leur faites-vous confiance ou êtes-vous plutôt méfiant ?

M5 : Bah, c'est médias dépendant. Je suis abonné au Monde, à Média part, heu, c'est médias
10 dépend. Mais jamais la télévision. Des articles médicaux, oui un petit peu. Je suis abonné à
Prescrire, je lis certains journaux médicaux.

E2 : d'accord

Q2 :

15 **E2 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?**

M5 : Heu, les statines, elles ont fait leurs preuves, mais y a beaucoup d'effets secondaires et une
intolérance, un mauvais suivi des patients. Ils rechignent généralement, parce qu'il y a beaucoup
d'effets secondaires.

E2 : Par quel biais en avez vous entendu parlé ?

20 M5 : Ah des polémiques, parce que certains cardiologues américains, je crois, ont publié des articles
sur la dangerosité des statines, y a eu des choses de parues.

E2 : donc vous en avez entendu parlé par...

M5 : Je lis des articles

E2 : D'accord.

25

Q3 :

E2 : Et comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

M5 : Pffff.... Non ces polémiques n'ont pas changé mes pratiques, parce qu'elles sont isolées et
30 contre-dites par toutes les associations de cardiologues etc..

E2 : d'accord, et avez vous constaté des arrêts de traitement suite à ces polémiques ?

M5 : Non pas du tout.

E2 : D'accord.

M5 : Les arrêts de traitement, je peux les induire moi-même chez les vieillards, souvent. Voila. Ma
35 mère je lui ai arrêté. Elle a 85 ans, son cardio, il est à fond. Après, elle est en pleine forme, elle a fait l'AVC ischémique y a 10 ans, elle a de la tension, tout ça, elle est vieille, elle a 86 ans et autonome, mais je lui ai arrêté, je lui ai dit tu arrêtes. Elle est en secondaire aussi, mais elle a déjà le bêta-bloquant, le calcique, le sartan, le diurétique... Elle va vivre encore 4 ans, ma mère, 5 ans au mieux. Alors...

40 **E2 : Après pour votre mère, c'est particulier, elle a plus de 80 ans, c'est plus de l'ordre de la gériatrie.**

M5 : Oui mais bon, tous les jeunes, que je suis, qui ont fait des infarctus de stress à 40 ans, on a pas
su pourquoi, qui ont un bon cœur, est ce qu'un jour on pourra leur arrêter leur statine ? Dans 20 ans,
30 ans ? Non. Ils le prendront à vie.

45

Q4 :

E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

M5 : Je sais même pas ce que c'est. Moi je ... Le traitement en prévention primaire ?

E2 : Oui.

50 M5 : Je crois que les études sont évaluées que sur 6 ans. Je crois qu'il y a des incertitudes. Y a le problème du cout, de l'incertitude, et de l'âge. Je crois que la HAS le déconseille après 75 ans, et c'est une bonne chose, je pense. Après j'ai pas tout ça dans la tête. Ca ne me passionne pas. Je les ai lu, mais je ne m'en souviens pas.

E2 : Mais du coup, votre sentiment vis à vis de ça c'est plutôt un soulagement, un agacement, 55 vous étiez neutre ?

M5 : C'était plutôt la confusion. C'est à dire, comme toutes les recommandations, au lieu d'avoir un tableau simple, avec trois lignes, parce que les médecins généralistes ne lisent pas, mémorisent peu. C'est trop complexe. Après avec tous les scores, je sais pas si c'est de la prévention secondaire, y a différents scores, y a les facteurs de risques, y a les valeurs de LDL... Voilà. Après, en prévention 60 primaire, un LDL très bas, je sais pas, 0,9 g/L ?

E2 : L'objectif ?

M5 : Inférieur à 1 ?

E2 : En prévention primaire, c'est en fonction du niveau de risque de l'outil SCORE.

M5 : Moi, j'ai tendance à traiter quand c'est inférieur à 1.

65 **E2 : Si c'est inférieur à 1 vous traitez ?**

M5 : Oui, c'est une bonne chose ?

E2 : Bah c'est à dire quand prévention secondaire, on demande des objectifs inférieurs 1 voire 0,7 g/L. En prévention primaire, c'est dépend du niveau de risque de l'outil SCORE. C'est 70 object d'une prochaine question, on y reviendra. Mais du coup, je voulais savoir si vous suiviez ses recommandations ?

M5 : On va dire que oui.

Q5 :

E2 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

75 M5 : On a tendance à traiter, je sais pas pour les autres généralistes, ça m'a jamais intéressé le cholestérol, haha, si le score est élevé, s'il y a du diabète, de l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle. Si y a un score élevé et un LDL qui est inférieur à 1, j'ai tendance à traiter. Sinon je ne traite pas. C'est plus du feeling qu'un respect des recommandations.

E2 : Donc les nouveaux objectifs de LDL vous paraissent applicables ?

80 M5 : Ouais, j'ai un suivi biologique annuel, les patients sont très demandeurs de biologiques redondantes.

Q6 :

E2 : Et du coup, comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

85 M5 : Bah...J'essaie de ne pas prescrire de statines, en faisant les recommandations machin, le régime, huile d'olive, le sport, tout ce que les gens n'aiment pas et qu'ils ne font jamais.

E2 : Mais du coup, est ce que c'est une décision médicale partagée ?

M5 : Ca m'est arrivé d'arrêter ou de diminuer des statines en prévention primaire, j'ai 3-4 personnes d'une cinquantaine d'années, qui avaient de la volonté et voilà, qui avec un régime strict. Donc
90 j'essaie de faire adhérer le patient au conseils diététique, comme ça si on peut arrêter ou au moins diminuer le médicaments, c'est au moins ça.

E2 : Parfait.

M5 : Parce que dans mon esprit, prendre une statine en prévention primaire pendant cinquante ans, c'est un peu comme un contraceptif, c'est aussi délétère, mais sans preuve.

95

Q7 :

E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ?

M5 : On peut dire qu'elles m'ont aidées dans ma pratique. Après...

E2 : Est ce qu'il vous est arrivé d'instaurer des traitements ?

100 M5 : Oui.

E2 : Et comment l'avez abordé avec votre patient ?

M5 : Bah je l'ai abordé dans un premier temps sans traitement, avec les conseils hygiéno-diététiques, et après les statines, alors après plutôt la Pravastine, elle a moins d'effets secondaires, les autres y en a des pages, et des graves, rhabdomyolyse...

105 **E2 : Et du coup, comment vos patients ont pris la chose ? Est ce que vous avez eu des difficultés ?**

M5 : Non, le cholestérol a une image forte dans le public, le cholestérol, c'est dangereux, bien plus que l'alcool et le tabac, l'image est plus forte. On peut boire et fumer, mais surtout le cholestérol, il n'en faut pas. Je pense que c'est peut être une image française. Je sais pas.

110 **E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?**

M5 : On peut dire que oui, si j'en ai besoin, je vais aller le rechercher.

E2 : Et pour le suivi ?

M5 : Non.

E2 : OK.

115

Q8 :

E2 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M5 : C'est à dire ? Toujours par rapport aux statines ?

E2 : Oui.

120 M5 : Bah je suis les recommandations de la HAS, qui sont... Y a un score bien défini. Les dernières, c'est 2014 ? 2016 ?

E2 : 2017.

M5 : 17.

125 **E2 : Ok très bien, donc l'entretien est terminé, merci de votre participation. Avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M5 : Bah si vous voulez, moi je ne suis pas vraiment confronté au problème. J'ai à faire une population de jeunes, sportifs, en pleine santé.

Entretien 6

Examineur=E1 ; Médecin=M6

5 Q1 :

E1: Quel est votre rapport aux médias ?(télé, journaux, internet, radio)

M6 : ...(silence) Par rapport à la médecine ou en règle générale dans la vie de tous les jours ?

E1 : Je dirai leur faites vous confiance ou êtes vous plutôt méfiante vis à vis des médias ?

10 M6 : ça dépend de la source, après en règle générale, j'aurai tendance à dire plutôt méfiante, parce qu'on entend de tout et n'importe quoi et les sources ne sont pas toujours très fiables, mais euh, enfin je m'en sers quand même assez régulièrement pour m'informer parce que facilité, rapidité, euh voilà. Mais y a du tri à faire et puis euh en règle générale il faut vraiment être méfiant.

E1 : d'accord, et il y a des médias que vous privilégiez plus que d'autres dans la source d'informations ou pas nécessairement ?

15 M6 : Non après c'est surtout, je fonctionne surtout avec internet. La télé non pas du tout euh radio, non pas du tout.

Q2 :

E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines?

20 M6 : Moi je pense qu'il y a beaucoup plus de euh, enfin ils créent des inquiétudes qui n'ont pas lieu d'être et surtout ça met une psychose pour les patients qui est extrêmement difficile à gérer pour nous après en tant que médecin, parce que voilà, on est constamment confronté à devoir rassurer les gens sur des choses qui n'ont pas lieu d'être et surtout en fait la surmédiatisation des traitements ou des problèmes de santé et la vulgarisation médicale, ça ne crée que des problèmes derrière parce

25 que les gens ne comprennent pas forcément derrière et surtout ils prennent que le négatif de ce
qu'ils entendent ils ne cherchent pas à voir le positif.

E2 : D'accord. Et comment vous en avez entendu parler de ces polémiques ?

M6 : Alors là pour le coup c'est surtout finalement à la radio avec des émissions, des choses comme
ça où en fait il y a des gens qui appellent pour donner leur ressenti et aussi un peu par les
30 informations à la télé.

E1 : Est ce qu'il y en a une ou des polémiques qui vous ont plus marqué que les autres ?

M6 : Ah bah clairement, alors là c'est peut être d'actualité mais c'est la vaccination. Enfin je sais
pas si c'est en rapport avec le sujet ; c'est pas en rapport avec votre sujet mais pour moi ce qui me
crée le plus de soucis en ce moment c'est les polémiques sur la vaccination.

35 **E1 : Vous faites un lien entre la polémique autour des statines et polémique autour des
vaccinations ?**

M6 : Oui tout à fait, après c'est le même genre de psychose, tout à fait

Q3 :

40 **E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos
patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire?**

M6 : Bah le problème c'est déjà la négociation quand ils entendent le nom statines dans la
prescription ils disent « non, oulala, ça c'est un traitement, c'est dangereux, faut pas le prendre » et
donc après le problème, le premier problème lors de la consultation c'est que ça prend du temps de
45 réexpliquer clairement ; euh deuxièmement, c'est un problème d'observance parce qu'il y en a plein
en fait quand je leur prescris des statines je les revois trois mois après ils me disent « ah non non
mais en fait je ne l'ai pas pris », euh voilà.

E1 : Est ce que vous avez constaté des arrêts de traitement suite à ces polémiques ?

M6 : Complètement. Mais c'est un pourcentage qui est assez important, je dirai presque peut être
50 euh , pffffff, c'est difficile de dire un pourcentage mais c'est peut être euh un sur quatre.

E1 : Ah oui, donc c'est une forte proportion !

M6 ; ah oui ! Enfin je dis un sur quatre dans les gens qui ont, enfin en prévention primaire ; les gens
qui ont eu un soucis, un soucis de euh, voilà d'accident vasculaire, ils sont plus sensibilisés, ils
prennent quand même plus leur traitement. En prévention primaire clairement c'est compliqué, ils
55 ne voient pas l'utilité forcément et puis

**E1 : D'accord. Et comment vous avez géré euh ces arrêts de traitements, euh est ce que vous
l'avez respecté, est ce que vous l'avez ré instauré ?**

M6 : ça dépendait un petit peu de la façon dont le patient était plus ou moins virulent à propos du
sujet, euh, clairement quand c'était des traitements qui étaient bien supportés avec des
60 hypercholestérolémies majeures et qu'il n'y avait absolument pas d'effets secondaire et juste parce
que à cause de cette polémique le patient arrêtait, là, je voilà, je prenais le temps de réexpliquer et
de le rassurer ; après quand ça a été des arrêts parce qu'il y a avait beaucoup d'effets secondaires et
quand en plus ils ont entendu la polémique, euh ils me disaient que voilà ils ne voulaient
absolument plus le prendre et qu'ils étaient clairs nets et précis, bah voilà après j'ai lâché un peu
65 prise.

Q4 :

E1 : Concernant les recommandations de la HAS quelle est votre avis sur celles de 2017 ?

M6 : Je pense que c'est une bonne chose. Après c'est un outils pour nous, pour avoir des références
70 euh des références après pour travailler. Par contre, après voilà de façon personnelle, je trouve que
c'est assez stricte. Pour travailler dans un milieu semi rural où les gens sont assez réticents à la prise
de médicaments, moi je trouve que les recommandations sont assez strictes quand même.

Q5 :

75 **E1 : Du coup vous m'ôtez la prochaine question : que pensez vous justement des nouveaux objectifs de LDL?C'est ce que vous venez de me dire ?**

M6 : Oui c'est ça. Moi je les trouve sévère, strictes .

E1 : D'accord, et vous paraissent ils applicables ?

M6 : Ah oui, oui, oui, mais avec un travail pour nous le médecin généraliste qui est conséquent.

80

Q6 :

E1 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

M6 :.....silence

85 **E1 : dans le sens euh, est ce que c'est plutôt le médecin qui est décideur, est ce que c'est plutôt décision médicale partagée, est ce que c'est plutôt le patient qui euh gère, enfin qui vous demande d'initier ou d'arrêter des choses ?**

M6 : Non, alors le patient, d'initier jamais, ou quasi jamais ; d'arrêter, tout le temps! (rires) après c'est vraiment une discussion partagée. Parce que de toute façon si c'est imposé au patient et lui avait ses idées bien précises et qu'il ne voulait pas ce traitement ça ne marchera jamais. Après c'est
90 l'impliquer aussi et lui poser des questions sur savoir ce qu'il sait et pis peut être un peu faire peur sur tous ce qui est facteur de risque et ce qui craint.

Q7 :

95 **E1 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique, votre façon de prescrire ou de fonctionner ?**

M6 : (rires) Alors moi c'est difficile ça fait un an et deux mois que je suis installé donc les recos sont arrivées tout de suite mais euh pffff, après que dire, j'ai fait du remplacement avant ; peut être

qu'avant c'était plus au feeling je m'intéressais moins aux recos, peut être que je fais plus attention à ce qui a été, enfin d'appliquer ce qui nous est conseillé.

100 **E1 : Est ce que vous avez du coup instauré euh plus précocement des traitements ?**

M6 : Oui

E1 : ou intensifier des traitements déjà prescrits ?

M6 : Non, en tout cas moi ça m'a plus fait commencer des traitements euh rapidement et si, si intensifier mais toujours pareil toujours dans la prévention secondaire. Dans la prévention primaire

105 c'est surtout commencer plus tôt les choses. Je laisse moins traîner.

E1 : Et quelles ont été vos difficultés ?

M6 : Bah le truc c'est qu'en fait souvent on est obligé d'instaurer finalement des statines à des âges beaucoup plus jeunes qu'avant et donc il y a des gens qui me disent « non mais attendez, je ne vais quand même pas commencer à prendre un traitement » euh voilà. Et les autres difficultés, c'est la

110 gestion des effets secondaires, ça c'est aussi le gros problème et je pense que malheureusement il y a aussi le psychosomatique de justement tout ce qu'on entend et les gens sont persuadés que c'est à cause de ça qu'ils ne sont pas bien. Ils ont des maux de tête c'est à cause de ça, ils ont des tremblements c'est à cause de ça, ils sont déprimés c'est à cause de ça...

E1 : Est ce que vous utilisez en pratique quotidienne l'outil de calcul de risque

115 **cardiovasculaire SCORE ?**

M6 : Non

E1 : Pourquoi ?

M6 : pas le temps et trop contraignant lors d'une consultation.

120 Q8 :

E1 : Sur quelle autre base de données que les recommandations vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M6 : (Silence) bah après, bah pas grand-chose finalement. Je ne sais pas..

E1 : Vous n'êtes pas obligé d'en avoir d'autre. Merci cet entretien est terminé, merci de votre participation

M6 : Merci à vous d'être venu

Q9 :

E1 : Avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose, commentaire libre que ce soit par rapport au sujet, que ce soit par rapport au questionnaire ?

M6 : Non pas de remarque particulière, c'était clair, j'espère que j'ai, que je vous ai été utile dans mes réponses. Et en tout cas bon courage pour la suite.

E1 : Merci, de même.

Entretien 7

Examineur = E2 ; Médecin = M7

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias ?

M7 : Hum... Je ne regarde pas la télé, j'écoute un peu la radio... Heu... Je suis abonnée à une newsletter quotidienne de France info, pour être un peu au courant. Et auparavant, je lisais beaucoup la presse écrite, parce que mon père est journaliste. J'espère que ça répond à la question.

10 **E2 : Oui, et vous leur faites vous confiance ou êtes vous plutôt méfiante ?**

M7 : Je suis plutôt critique, tout dépend du média et son opinion politique. Puis est ce qu'il traite les choses de façon événementiel ou plutôt avec du recul.

E2 : D'accord.

15 Q2 :

E2 : Et que pensez vous des polémiques autour des statines ?

M7 : Moi je vois plein d'effets positifs de cette polémique, parce que ça aide les patients d'être méfiants de certains soins et de certains traitements, et des fois, c'est à raison et dans leur intérêt. Le danger, par contre, c'est de tomber dans la théorie du complot, ce qui est très à la mode en France en 2018. Mais moi j'y vois plus de positif, avec notamment la possibilité simplifiée en consultation, de pouvoir dé-prescrire des statines inutiles ou dangereuses, de prioriser des traitements et d'ouvrir la conversation avec le patient même sur d'autres traitements.

E2 : Est ce qu'il y en a une qui vous a plus marquée qu'une autre ?

M7 : Heu.. Dans toutes les polémiques médicales toutes confondues ?

25 **E2 : Celles sur les statines.**

M7: Heu... Ce qui m'avait le plus marqué, c'est cet engouement pour le riz rouge, y a 3-4 ans, quand je bossais en libéral. Où j'étais très contente de dé-prescrire. Mais quand j'ai su plus tard que passer au riz rouge était presque plus dangereux, j'étais aussi très contente de faire un petit peu d'éducation aux gens qui avaient foncés tête baissée dans le panneau.

30 **E2 : D'accord.**

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

35 M7 : Heu, c'est essentiellement plus de décision médicale partagée, surtout dans la prescription, parce que les patients se sentaient en droit de m'amener le sujet, de me poser des questions sur la pertinence de leurs traitements, en particulier, lorsqu'ils avaient vu des émissions, ou entendu des trucs à la radio. Je remplace peu actuellement des médecins qui prescrivent des statines à mauvais escient, donc c'est plus rare c'est deux dernières années. Mais y a 3-4 ans j'en ai arrêté pas mal. C'est
40 plutôt le côté pédagogique, d'expliquer le pour et le contre, que je trouve intéressant, parce que ça leur permet d'avancer dans la participation à leurs propres soins, de prendre des décisions, à comprendre les impacts des traitements, et à mieux comprendre notre posture médicale. Effectivement, j'ai surtout dé-prescrits en prévention primaire, arrêté de faire des bilans hypercholestérolémiques, alors que par contre, je remplace des gens qui en font très fréquemment,
45 annuellement. Voilà.

E2 : d'accord, et avez vous constaté des arrêts de traitement ?

M7 : Oui, alors des arrêts en coordination avec le médecin, ou alors de leur propre chef et annoncé à la consult d'après.

Ah oui, pour la question d'avant, j'ai aussi beaucoup réduit les doses des statines, chez des gens qui
50 avaient des effets indésirables, mais en étant convaincu du bénéfice à la dose la plus petite
supportable.

E2 : Ok.

Q4 :

55 **E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?**

M7 : En vrai, je ne les ai pas du tout lu, j'ai été au congrès du CNGE en 2016 ou 2017, où y avait
une table ronde la dessus, et j'ai été très déçue de voir que les intervenants avaient des conflits
d'intérêts et que leurs propositions n'avaient pas du tout étaient posées de manière scientifique, mais
si les reco HAS sont à cheval entre ce qu'ils ont dit et ce que dit la revue Prescrire, j'imagine qu'on
60 ne prescrit pas en prévention primaire, sauf à très fort risque artériel. Et comme de toute façon y a
pas mal d'inconnu, je ne culpabilise pas de ne pas les connaître avec plus de précision.

E2 : Heu... Du coup est ce que vous les suivez ?

M7 : Je ne peux pas répondre à cette question.

E2 : Oui...

65

Q5 :

E2 : Et du coup les nouveaux objectifs de LDL est ce que vous en avez entendu parlé ?

M7 : Alors la seule chose... Aucune étude scientifique ne donne de chiffres LDL, dans des études de
haut niveau de preuves, qui auraient étudié soit la mortalité globale, soit la morbi-mortalité et la
70 qualité de vie. Du coup pour moi, ces objectifs LDL ce sont de grosses conneries, pondues par les
labo et la société savante de cardiologie, qui ne sont pas vraiment dénués de conflits d'intérêts. Du
coup, je me réfère à ce qui a été dit au CNGE, c'est à dire, que quand il est question de commencer
un traitement par statine, c'est pas idiot de vérifier une diminution du chiffre entre avant et le début

du traitement, mais plutôt comme un signe d'observance, mais qu'on ne se fixe pas un objectif
75 chiffré, parce qu'il y a aussi un effet bénéfique bien indépendant de ce chiffre là, et qu'escalader les
doses de statines augmentent les effets indésirables de façon proportionnel.

Q6 :

E2 : D'accord, et comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

80 M7 : Heu... Je me questionne... Je pense, je re-explique pourquoi on va faire une prise de sang
plus... Je sais pas, ça dépend à quel moment de la prescription ou de la non prescription on est. Y a
plein d'attitudes possibles. Mais, dans la situation où je vois des avantages aux deux, et où je suis
d'accord avec la prescription et la non prescription, je laisse le patient choisir, selon ses
représentations à lui. Je commente plus les prises de sang en détail, et puis, ne pas avoir à
85 renouveler un traitement fait gagner du temps pour expliquer les consignes alimentaires. Et je pense
que j'essaie de faire plus d'exploration des comportements alimentaires des patients, et c'est de la
dedans, qu'ils participent à améliorer leurs risques contre le cholestérol.

E2 : D'accord.

90 Q7 :

**E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Bien que vous ne les aillez
pas lu...**

M7 : Et bien, si les recommandations c'est de dé-prescrire, ou du moins de très peu en prescrire en
prévention primaire, je me fiche des objectifs de LDLc, je m'autorise à mettre en doute une
95 prescription de statine, même si elle a été demandé par le cardiologue, et je me sens légitime
scientifiquement à pas les commencer ou pas les discuter.

E2 : Est ce que vous avez eu des difficultés ?

M7 : Non, c'est plutôt très bien accepté des patients d'en discuter avec eux. Et, donner les résultats d'études permet un petit peu à prendre du recul par rapport à la décision de prescription pour redire
100 au patient que ce n'est pas juste une question de relation, de pouvoir médical sur lui, mais qu'on a des balises, des informations scientifiques, et qu'on jongle avec ça, et que quitte à jongler, il peut décider avec nous.

E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

M7 : Pas du tout. Non, je le trouve inintéressant dans mon raisonnement clinico-thérapeutique.
105 Flippant pour les patients. Culpabilisant. Je ne vois pas vraiment dans quoi je pourrais l'utiliser.

Q8 :

E2 : D'accord. Et sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M7 : Je lis prescrire, essentiellement. Parce qu'on se moment j'ai pas eu d'autres formations sur ce
110 domaine, puis des discussions avec mon groupe de pairs. C'est ça mes données les plus récentes.

Q9 :

E2 : D'accord, et quel est votre choix dans l'incertitude ?

M7 : Mon choix dans l'incertitude, ça va bien merci ! Je ne suis pas trop en difficulté pour choisir
115 dans l'incertitude, heu... C'est une occasion de se rendre compte qu'on est tout le temps dans l'incertitude en médecine, et que c'est se rendre un peu plus humain, que d'expliquer au patient que c'est comme ça.

**E2 : Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter
120 quelque chose ?**

M7 : De rien. Non, c'est bon.

Entretien 8

Examineur = E1 ; Médecin = M8

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?(radio, télé, internet)

M8 : Radio, j'écoute beaucoup la radio, en voiture, le matin et le soir ; la télé je pourrai m'en passer sauf si mon conjoint ne regardait pas autant la télé ; euh les journaux euh, plus par internet.

E1 : Leurs faites vous confiance à ces médias ?

10 M8 : Oui, ceux que je lis je leur fais confiance sinon je ne les lis pas.

E1 : parmi les différents médias, est ce qu'il y en a certains auxquels vous faites plus confiance et d'autres dont vous vous méfiez ?

M8 : Après la télé je m'en méfie de toute façon de base, après tout ce qui est papier moi je vais surtout lire Prescrire, après tout ce qui est en média, sur téléphone je vais plus lire Le Monde mais
15 ça va s'arrêter là. Le reste bah voilà je n'ai pas confiance donc je ne vais pas m'informer sur d'autres sources.

Q2 :

E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?

20 M8 : Moi je pense que ça a pris des proportions qui n'étaient pas adaptées et ça a surtout dans un premier temps alarmé les gens. Après ce qui est positif la dedans c'est que euh je pense que également que c'est un traitement qui est parfois prescrit abusivement, et que ça fait reconsidérer nos pratiques et ça je trouve que c'est positif. Après donc le point négatif c'est surtout que les gens ont paniqué et que tout ce qui a été dit n'était pas forcément vrai et justifié ou prouvé
25 scientifiquement.

E1 : D'accord et par quel biais en avez vous entendu parlé de ces polémiques ?

M8 : Je pense que j'ai eu les mêmes informations que les patients dont le reportage dont on a entendu parler de la 5 et puis via Le Monde derrière aussi, je ne sais plus comment ça s'appelle ils ont fait aussi sur les vaccins les dé....en gros c'est un groupe de journaliste, en gros anti fake news
30 donc ils décortiquent une information. Par exemple sur les vaccins ils sont allés et puis sur la pilule aussi.

E1 : Oui sur les pilules de 3^e génération .

M8 : Ils décortiquent tout ce qui est vrai et tout ce qui est faux.

E1 : D'accord je rechercherai car je ne connais pas du tout.

35 M8 : et pour les statines ils ont fait ça aussi.

Q3 :

E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

40 M8 : Alors moi je suis remplaçante donc souvent les traitements sont déjà initiés soit par un cardiologue soit par le médecin que je remplace. Après cette polémique beaucoup de gens ont reconsidéré leur traitement surtout en prévention primaire ; en prévention secondaire ça n'a pas été le cas parce que les gens comprenaient très bien l'intérêt du traitement chez eux. Euh...

E1 : On est effectivement dans le sujet en prévention primaire

45 M8 : Et c'est...enfin moi les consultations où j'ai été euh mise en porte à faux vis à vis de ce traitement là c'était souvent quand les patients présentaient des effets secondaires . Alors liés ou pas au traitement en tout cas ils mettaient en cause le médicament. Et le fait qu'il y ait eu cette polémique là, soutenait le fait que ce médicament ne leur convenait pas.

E1 : Mais dans votre activité de médecin euh carcéral vous n'avez jamais été confronté
50 **éventuellement euh à quelqu'un qui vous présente un bilan lipidique du coup avec un taux de**
LDL ou de cholestérol élevé et où il faille peut être instaurer un traitement ?

M8 : en prévention primaire ?

E1 : oui en prévention primaire.

M8 : euh non je n'ai jamais eu à le faire jusqu'à maintenant. Euh pour le moment sur des
55 hypercholestérolémie modérée en prévention primaire j'essaie plus de tabler sur le tabac ou des
règles hygiéno-diététique car c'est souvent des populations très précaires, donc on peut vraiment
agir là dessus dans un premier temps. Alors après euh dans la population générale c'est différent
mais vraiment en médecine carcérale bon le tabac c'est....

E1 : C'est un fléaux ?

60 M8 : Voilà c'est une prise en charge super importante là bas et puis euh voilà le sport l'alimentation
c'est des choses sur lesquelles on peut jouer avec beaucoup plus d'importance je trouve qu'à
l'extérieur.

Q4 :

65 **E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?**

M8 : Alors moi je trouve que ce n'est pas très concret. Après le jour où je m'installe il faudra que
j'ai plus d'habitude à utiliser ce score mis en place mais pour le moment je n'ai pas du tout le
réflexe de l'utiliser .

E1 : Mmmmh l'outil Score ?

70 M8 : L'outil Score. Euh voilà je trouve ces recommandations elles sont très abstraites et finalement
pour ce qui concerne les diabétiques euh et finalement les patients à haut risque cardio-vasculaire ça
reste cohérent. Après le problème c'est que c'est un faible pourcentage de la population qui présente
une hypercholestérolémie et tout le reste les patients qui ont une hypercholestérolémie isolée qu'est

ce qu'on en fait et est ce que c'est vraiment prouvé scientifiquement que c'est mieux de les traiter ?

75 Est ce qu'on ne peut pas faire autre chose avant ? Ça c'estmoi je suis plutôt partisane de ça.

E1 : De prévention ?

M8 : De prévention sur ce que je disais avant, tout ce qui est règles hygiéno-diététiques .

Q5 :

80 **E1 : Du coup que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL que l'on peut trouver dans ces dernières recommandations de la HAS 2017 ?**

M8 : Ben je trouve que c'est encore plus strict hein !

E1 : Vous paraissent ils applicables ?

M8 : Je ne sais pas

85

Q6 :

E1 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

M8 : Mais juste pour revenir à la dernière question, enfin ce qui m'interpelle.

E1 : Sur les nouveaux objectifs ?

90 M8 : Les nouveaux objectifs, ce qui m'interpelle, est ce que on sait vraiment si ces nouveaux objectifs sont bénéfiques sur la mortalité au sens large. Est ce que ça change vraiment beaucoup les chiffres de la mortalité? Parce qu'on si qu'on traite quelqu'un qui a une hypercholestérolémie isolée euh il gagne quelques jours de vie euh c'est pas des années ! c'est quelques jours donc euh est ce que sur la mortalité ça a un réel impact ?

95 **E1 : Oui et au bout de combien de temps de prise d'un médicament par statine on gagne tant de jours ?..**

M8 : Oui et les effets secondaires, il y en a quand même pas mal donc....

E1: Dans la bibliographie de ce travail il y a justement des études qui cherchent à le calculer.

100 Q6 :

E1 : Du coup je reviens à ma dernière question, comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

M8 : On est vraiment sur une balance bénéfice risque qui penche ni d'un côté ni de l'autre. Donc je pense que l'implication du patient, elle est primordiale parce que sinon l'observance elle sera nulle.

105 Et puis moi j'avais un maître de stage qui avait une façon de faire, quand il voulait convaincre le patient que le traitement était nécessaire il leur faisait faire une échographie des troncs supra aortiques et si cette échographie montrait qu'il y avait des grosses plaques ça faisait un peu peur au patient, et bien le patient il était convaincu que ce traitement était nécessaire. Bon moi je n'ai jamais trop utilisé ça mais je trouve que pour ce traitement là, là dans ces indications là, la place du patient elle est primordiale. C'est lui je pense qui doit décider euh si il veut débiter ce traitement là après avoir essayer euh de faire autre chose pour baisser son cholestérol.

E1 : Ce n'est pas la première fois que j'entends parler des dépôts carotidiens. Il y a des médecins généralistes qui demandent des examens complémentaires pour étayer leur argumentaire.

115 M8 : Oui et de temps en temps avoir un appui aussi du spécialiste.

E1 : De temps en temps vous faites appel à des spécialistes ?

M8 : bah l'angiologue. Moi je vais plus le faire chez le diabétique, euh diabétique de type 2 qui n'est pas forcément observant qui n'a pas forcément une hygiène de vie correcte. A ce moment là pourquoi pas. Après je n'ai pas envie de faire de mal aux gens surtout si c'est le seul facteur de

120 risque cardiovasculaire.

E1 : Ok

M8 : C'est vrai que l'homme de 55ans au poids limite, sédentaire avec une glycémie limite aussi bah pourquoi pas.

125 Q7 :

E1 : D'accord. Comment ces recommandations ont changé votre pratique ?

M8 : elles ne l'ont pas changé.

E1 : Il n'y a pas eu de euh d'instauration de traitement plus précocement.

M8 : Non ça n'a rien changé.

130 **E1 : Avez vous ressenti des difficultés ?**

M8 : Bah avant ces recos euh et avant la polémique qu'il y a eu, je ne m'étais pas forcément intéressée à la prescription de statines en prévention primaire. Pour moi en fait c'était..ça arrivait assez rapidement ce n'était pas remis en cause donc voilà. Donc en fait tout ça ça a un peu remis en cause ma prescription dans vraiment ce cas là après ...

135 **E1 : Donc la polémique a pu remettre en cause votre façon de prescrire en tout cas en prévention primaire ?**

M8 : Oui. Après le problème en médecine c'est que souvent quand un traitement est débuté par quelqu'un en chronique, souvent c'est renouvelé sans que les gens se posent la question. Et surtout quand on remplace des médecins généralistes, on n'a pas forcément la même voix que le médecin traitant du patient ce qui est normal. Mais parfois on peut essayer de passer des messages.

140

E1 : De commencer à discuter que ce serait peut être pas forcément nécessaire ?

M8 : Ou qu'en tout cas, il y a des choses à faire avant d'envisager un traitement au long cours.

Q8 :

145 **E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?**

M8 : En général ?

E1 : Oui, parce qu'il y a les recommandations d'un côté, est ce qu'il y a d'autres choses qui vous guident dans votre pratique ? d'autres bases de données ?

M8 : Prescrire mais sinon.....

150 **E1 : Vous n'êtes pas obligé d'en avoir d'autre.**

M8 : Je réfléchis...

Q9 :

155 **E1 : Quelle est votre décision dans l'incertitude ? quand vous ne savez pas si vous mettez une statine ou pas ?**

M8 : Et bien je vais demander avis à un collègue ou au spécialiste. Je ne vais pas prendre la décision toute seule. Et encore moins sans avoir l'avis du patient.

E1 : Merci cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?

160 M8 : Non je pense que oui les recommandations sont basées sur un score que peu de médecins utilisent, je trouve que c'est dommage. Je pense que ça va évoluer avec les années, je pense que ça ne va pas rester comme ça. Surtout sur un traitement qui est autant prescrit et autant choyé par les laboratoires.

E1 : D'accord, merci !

165 M8 : De rien.

Entretien 9

Examineur = E2 ; Médecin = M9

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias en général?

M9 : Par rapport à la médecine, je lis rien, enfin du tout public, j'en tiens pas compte. Après je lis beaucoup de médias, mais je ne regarde pas les émissions sur les statines à télé.

E2 : C'est en général, pas forcément sur les statines ou autres.

10 M9 : Non, mais, de façon général, la presse, ça ne m'intéresse pas trop, et la presse médicale, je ne la lis pas tellement.

E2 : Okay, et vous leur faites vous confiance ou êtes vous plutôt méfiant ?

M9 : Je suis presque indifférent.

E2 : D'accord.

15

Q2 :

E2 : Et que pensez vous des polémiques autour des statines ?

M9 : Heu... j'ai pas d'idée. Enfin je veux dire, les recommandations ont changé, donc en fait, on en prescrit moins. C'est à dire qu'avant, on en prescrivait beaucoup moins en prévention primaire, parce que c'est qu'on nous dit de le faire, puis on nous dit de ne plus le faire, donc on ne le fait plus. Et après en prévention secondaire, c'est pas nous qui les mettons, par les gens, ils sortent avec un AVC, un infarctus ou un stent, et ils sortent avec une ordonnance de statine. Mais c'est rare. Avant on en initié des traitements, maintenant, beaucoup moins.

E2 : D'accord.

25 M9 : Parce qu'on traite beaucoup moins les gens qui ont du cholestérol.

E2 : Qu'est ce que vous pensez de ces polémiques ?

M9 : Quoique c'est pas si vrai que ça, parce qu'on prescrit quand même chez les diabétiques, beaucoup. Et sinon, j'en pense rien. Je suis malheureux pour les gens qui les arrêtent alors qu'ils devraient les prendre, surtout. Et tant pis pour eux. Et y a des gens, qui ont fait des AVC, et ils
30 arrêtent parce que je suis contre les statines, et on peut pas les arrêter.

E2 : Et par quel biais en avez vous entendu parlé ?

M9 : C'est les patients qui en parlent beaucoup. Puis, oui, par les médias.

E2 : D'accord.

35 Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

M9 : Moi ça n'a pas entraîné de changement dans ma prise en charge. Après j'ai certains patients, qui ne prennent plus de statine volontairement. Voilà, mais ça peut être très bizarre. Par exemple,
40 j'ai un patient, qui m'a dit qu'il ne prenait plus de statine parce que quand il voit l'avenir du monde, il préfère pas vivre trop longtemps.

E2 : D'accord.

M9 : Il a une hypercholestérolémie familiale, il ne prend plus rien. Et c'est un mec très intelligent. Il dit qu'en fait, au vu de ce qui nous attend, que le monde va se terminer dans 40 ans, il est pas là
45 pour encombrer, donc il ne prend pas sa statine. Et après, des fois, c'est un peu plus embêtant, j'ai un patient, Alzheimer et qui a fait un AVC, sa femme a décidé de ne plus lui donner de statine, parce qu'elle est contre ça. Voilà, donc c'est par procuration.

E2 : D'accord.

50 Q4 :

E2 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

M9 : Alors, il faudrait que je les connaisse vraiment. Mais je sais plus, c'est à partir de 2,2 qu'il faut traiter ? C'est ça ? Enfin, c'est avec les facteurs de risque associés... Dans les faits, ça arrive très rarement, on quasiment plus amené à en mettre. En fait, moi, la plupart de mes patients qui ont des
55 statines, sont des gens qui ont eu un accident cardio-vasculaire, ils sortent de l'hôpital avec une statine. Après ceux chez qui on en initie, ce sont les diabétiques. Donc diabétiques, hypertendus, plus de 65 ans, je ne m'en rappelle plus, plus 55 ans ou 50 ans chez les hommes, 60 ans chez les femmes, ont une statine et du kardégic. Donc ça c'est d'office. Après quelqu'un qui a du cholestérol, qui a pas d'autre facteur de risque et surtout qui n'a pas de diabète, c'est rare de mettre un traitement.
60 Après, j'avais des patients, qui sont venus me voir et qui avaient des fibrates, et qui avaient un cholestérol équilibré avec ça ; qui ne supportaient pas les statines, et donc ils sont sous fibrates. J'en ai, pas beaucoup, mais j'en ai. C'est à dire qu'il y a quelque chose d'ambigu dans cette gestion des statines, ou même des fibrates, c'est à dire qu'on a fait la preuve de leur efficacité en prévention secondaire, mais pas en prévention primaire. Et y a bien un flou entre un peu avant un accident
65 cardio-vasculaire, et juste après. C'est à dire que ceux qui finissent par faire un accident cardio-vasculaire, on aurait pu leur donner un peu avant, ça n'aurait été pas plus mal, mais ça n'a pas été prouvé, et ça c'est bizarre. Mais là, j'ai pas souvenir d'avoir instauré une statine chez quelqu'un qui avait... Alors qu'avant on le faisait beaucoup plus facilement.

70 Q5 :

E2 : Et du coup qu'est ce que vous pensez des nouveaux objectifs de LDL ?

M9 : Alors, je ne m'en souviens plus, ils sont très bas pour la prévention secondaire. Et après, c'est inférieur à 1,6, on peut traiter à partir de 2,2. Des fois, on voit des choses comme ça. Bah on fait ce qu'on peut.

75

Q6 :

E2 : D'accord, et comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

M9 : Bah, la quasi totalité des patients à qui on en met, ou plutôt qui en ont, on va dire, ce sont des gens qui sont en prévention secondaire ou qui sont diabétiques. Cela on leur explique que ça
80 diminue le risque de ... tant de pourcent le risque de faire un accident cardio-vasculaire. Mais, la quasi totalité de mes cas sont des préventions secondaires ou des diabétiques. Je sais pas, est ce qu'on parle de prévention primaire chez un diabétique ou non ? Diabétique à qui on a mettre une statine, parce qu'il est diabétique.

E2 : C'est une prévention primaire, mais à haut risque cardio-vasculaire...

85 M9 : Ouais, c'est ça, donc ça reste du primaire, mais eux ils comprennent. Mais alors ce qui a de plus dure, dans les recommandations, c'est que eux, à partir du moment où ils prennent une statine, ils doivent prendre du Kardégic. C'est à dire, qu'un diabétique, qui a plus de 50 ans, qui a de la tension, faut lui mettre une statine. Et le diabétique, qui a plus de 50 ans, qui a de la tension et qui a une statine, faut lui mettre du Kardegic. Donc en fait, faut leur mettre deux médicaments en plus. Et
90 eux, ça leur fout un coup, deux médicaments d'un coup. C'est quand même toujours...

E2 : D'accord, et pour vos patients qui sont en prévention primaire, sans pour autant avoir du diabète ?

M9 : Et bien, y en a qui les arrêtent. La y a pas longtemps, j'ai un patient qui a arrêté. Alors il a fait un très gros effort, mais lui avait décidé qu'il n'en voulait plus. Alors en fait, ce gars c'est pas moi
95 qui l'ai traité. En fait, au dernier contrôle, sans ... Les deux derniers contrôles, sans statine, il avait 1,43, 1,64, sans statine. Et en 2004, il en avait déjà... Ca lui faisait combien, il était jeune ! 40 ans. Voilà. Et avec des résultats qui n'était pas si extraordinaire que ça.

E2 : Mais du coup, vous avez quelle attitude ? Plutôt une décision médicale partagée ? Ou bien c'est que votre patient qui choisit ?

100 M9 : Bah au final, c'est eux qui ont le dernier mot. On leur explique que en l'état actuel de la science, c'est mieux pour eux qu'il en prenne, et puis... Heu... A l'époque, y avait plein de personnes qui en avaient pas du tout envie de prendre un traitement. C'est à dire que s'ils étaient vraiment en prévention primaire, pure, souvent c'était des gens qui n'avaient rien d'autre que du cholestérol. Donc c'était le premier cachet qu'on leur donnait, et ça les contrariés. Puis après , y avait quand
105 même beaucoup d'effets indésirables, des gens qui avaient des crampes. Alors du coup, ils reviennent, des fois on change, on arrivait à modifier, en fait, des fois ça allait mieux, des fois non. Puis après ils n'en prennent plus. Mais, heu... Je veux dire, on impose rien. Les gens prennent leur traitement s'ils sont d'accord pour le prendre, on essaie de les convaincre, mais la situation ne se pose plus. Ca n'arrive quasiment plus. C'est surtout ça.

110

Q7 :

E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ?

M9 : Et bien, j'ai déjà quasiment plus traité en prévention primaire. Disons, que je faisais pas attention. Avant, on traité quand même quelqu'un qui avait toujours 1,6. Moi j'ai toujours dit à mes
115 patients, qu'il fallait viser moins de 1,6 voire de 1,3, chez un patient qui n'a pas de problème cardio-vasculaire. Après chez un patient à haut risque cardio-vasculaire, c'est moins de 1. Alors y a des gens qui y arrivent sans statine. Alors après, c'est assez ambigu, parce qu'on ne sait pas non plus... C'est compliqué, parce qu'on s'est retrouvé aussi à mettre des statines, chez des gens qui n'ont pas du tout de cholestérol... C'est à dire qu'à un moment donné, le critère c'était d'en donner, s'il y en
120 avait. C'était un objectif de LDL. Maintenant, ces dernières années, on disait que c'était la statine elle même qui solidifiait la plaque d'athérome et qui évitait un accident cardio-vasculaire, cholestérol ou non. C'est à dire que ça, ça a encore changé. C'est bizarre, ça été quelque chose de difficile à faire admettre aux gens, de prendre un anti-cholestérolémiant alors que je n'ai pas de cholestérol. Heu... Voilà. Mais, donc, j'ai plus souvenir, ça remonte à vieux maintenant le dernier

125 hypo-cholestérolémiant que j'ai mis chez quelqu'un qui n'avait que du cholestérol... Et je pense que c'était des gens qui étaient autour de 1,8. Puis c'est jamais aussi carré, faut voir leur âge, leur poids, voir ce qu'ils font, y a des gens qui sont plus à risque que d'autres.

E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

M9 : Non.

130

Q8 :

E2 : D'accord. Et sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M9 : De tout ?

E2 : Plutôt des statines, après vous pouvez me dire de tout.

135 M9 : C'est à dire que je crois que les statines, on en a fait le tour, j'en mets quasiment jamais en prévention primaire, j'en mets chez le diabétique, et j'en represcris chez les gens chez qui il y a eu un accident cardio-vasculaire... Et après y a des cas individuels, c'est à dire, que j'ai quelques personnes, qui mériteraient d'avoir des statines, mais qui ont des fibrates pour différentes raisons, et souvent, ce sont soit des gens qui ne supportent pas les statines, mais on vraiment du cholestérol et
140 des facteurs de risque cardio-vasculaires associés, ou des gens qui sont traités depuis longtemps, mais qui ne supportent pas les statines. On pourrait les arrêter, mais après c'est pas aussi simple que ça. C'est à dire les gens, ça fait 25 ans qu'ils prennent quelque chose, on va leur dire faut arrêter, ça sert à rien, ils vont se dire qu'on s'est moqué d'eux. Ils se prennent un cachet tous les matins depuis 20 ans... C'est pas aussi évident que ça.

145

Q9 :

E2 : D'accord, et du coup, que faites vous quand vous êtes un peu des l'incertitude ?

M9 : Très honnêtement, la question ne se pose pas. Ca ne m'arrive plus. C'était le cas avant, mais ça ne m'arrive plus. Ouais. Avant, on avait aussi le soucis des génériques/non génériques, parce qu'en

150 faite la Simvastatine a été générique assez tôt, et globalement marchait moins bien. En terme de résultats biologiques, le Tahor marchait beaucoup mieux. Avant, on pouvait être dans l'ambiguïté de mettre des médicaments qui coûtaient plus chers, mais qui marchaient mieux. Mais maintenant, c'est plus le cas. Tout est générique.

155 **E2 : D'accord, très bien. Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M9 : Heu... Bah non. Je suis désolée, je veux dire, la situation que vous étudiez je ne la rencontre pas vraiment.

E2 : Oui mais c'est pas grave. Le but c'est vraiment de récolter un maximum de pratiques
160 **différentes.**

Entretien 10

Examineur = E1 ; Médecin = M10

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?(radio, télé, internet)

M10 :(silence)

E1 : Leurs faites vous confiance?ou êtes vous plutôt méfiant ?

M10 : Méfiant . (Silence)

10 **E1 : Y a t il des moyens d'information que vous privilégiez plus que d'autres ?**

M10 : Oui, les revues indépendantes type Prescrire. Après si c'est dans le domaine générale, des revues plus indépendantes que la télé. Pour la médecine c'est Prescrire essentiellement.

Q2 :

15 **E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?**

M10 : Je ne suis pas contre... je ne suis pas contre. Je pense que les patients ont raison de s'informer, on a quand même malheureusement pas mal d'effets indésirables et surtout des indications qui n'étaient pas tout à fait posées, qui n'étaient pas à mon avis toujours justifiées. Et quand on refait les scores on arrive à des non indications de traitement du cholestérol.

20

E1 : Par quel biais en avez vous entendu parler ?

M10 : Ohhh, pfiou....Il y a eu les patients, après ça faisait un moment que ça sortait dans des revues. C'est quand même assez vieux ça donc je n'ai pas en tête l'évènement initial.

E1 : Est ce que vous diriez qu'il y a une polémique qui vous a plus marqué que d'autres ?

25 M10 : Non pour moi c'était une attaque contre les statines en général.

Q3 :

E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l'hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

30 M10 : Ben je n'ai jamais été très convaincu donc ça m'a aidé à reprendre les scores, de vérifier les indications, donc oui ça a diminué certainement ma prescription. Les nouveaux articles qui prétendent qu'à 74 ans on ne doit plus donner de statines ce qu'on avait en point de mire c'était 80 ans et puisque c'est descendu à 74 il est certain que toutes mes ordonnances vont passer au crible. Et je suis tout à fait d'accord.

35 **E1 : Avez vous constaté des arrêts de traitements de la part de vos patients suite à la polémique ?**

M10 : Oui oui, mais que j'ai soutenu. J'ai fait le point avec eux et je n'ai pas contesté.

Q4 :

40 **E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?**

M : Silence

E1 : Est ce que c'est plutôt un soulagement, un agacement ou un avis neutre ?

M10 : ...Silence. Moi je resterai plutôt dans l'avis neutre parce que je sais que dans ce domaine là...autant je sais que la HAS et les recommandations doivent être pris au pied de la lettre, mais il y
45 a quand même beaucoup d'intérêts en jeu et c'est quand même difficile de prendre une distance par rapport à ça. Dans ce domaine là c'est quand même très compliqué on voit quand même que les...je trouve que les experts ne sont pas toujours neutres, que les cardiologues sont quand même très très statines, très aspirine alors que là aussi on vient de voir que l'aspirine est supprimée en prévention primaire. Donc on se dit quelle est la part de vérité? Je pense qu'il faut rester sur nos bases
50 tranquilles, voir un peu les antécédents, je pense que c'est...il y a maintenant des échelles de risques

qui ne sont pas forcément françaises sur Framingham mais y'en a d'autres finalement américaines qui finalement minorent les risques . Donc c'est plus de ça que je me sers.

E1 : Du coup au sein de ces recommandations que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ?

55 M10 : Silence

E1 : Les suivez vous?ou êtes vous..

M10 : C'est une orientation mais après je ne suis pas d'une rigueur gigantesque. Voilà je ne les prends pas au pied de la lettre. Je les prends comme une orientation.

E1 : Pas au pied de la lettre donc ils ne vous paraissent pas applicables ?

60 M10 : Ce n'est pas qu'elles ne sont pas applicables mais je n'ai pas forcément euh...mais c'est vrai que nous , 36ans d'expérience, les recommandations ce n'est pas la bible pour nous.

E1 : (rires)

M10 : Du coup c'est l'élément qui nous aide à décider dans le cadre de l'EBM mais qui n'est pas forcément ...si c'est 1,03 je ne vais pas me casser la tête. Alors je prends 1 ou un autre chiffre hein,
65 effectivement ça me donne un ordre de grandeur avec un objectif qu'on fixe avec le patient. Après est ce que j'attaque la prévention armée ? Non pas forcément. Ça peut arriver mais s'il n'y a rien d'autre non.

Q6 :

70 **E1 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?**

M10 : Bah ça me paraît primordial c'est lui qui décide en premier c'est ce que je vous disais avec l'EBM c'est à dire moi je me pose toujours la question : à sa place moi est ce que je prendrai les statines sans raison sur quelques études? euh avec un gros doute aussi même en prévention secondaire. Il y a des fois quand on voit le nombre de patients qui sont sous statines et qui
75 rebouchent à longueur de journée euh on peut se poser, alors qu'il n'y a pas de facteur de risque , je

me pose quand même la question, je ne suis pas du tout convaincu ! Mais bon ok ok ! Mais après faire vendre une statine, on en discute avec le patient. C'est sûr que ce n'est pas à la première consultation que je vais lui mettre une statine.

E1 : Finalement c'est une décision médicale partagée ?

80 M10 : Oui tout à fait.

Q7 :

E1 : Vous avez déjà un peu répondu à cette question mais je vous la pose quand même : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Vous sembliez me dire qu'elles

85 **l'ont peu changé ?**

M10 : Si, oui ça donne une idée mais après...

E1 : donc pas d'instauration de traitement plus...

M10 : Ben c'est à dire il y a la HAS et puis il y a un flou artistique de tous nos correspondants spécialistes qui nous rabassent après les trucs américains , qui nous rabassent une exigence sur le
90 LDL. Je trouve que c'est le flou artistique quand même où il faut essayer de trouver un équilibre entre le spécialiste qui vous dit non non moi il faut rajouter de l'ezetrol il faut rajouter machin parce que moi je veux un LDL à 0,60. Après vous avez la HAS, vous avez les scores plus ou moins si on calcule ça passe enfin....Donc c'est vrai que c'est un élément qui est plus intéressant qu'un avis d'expert et c'est à ce titre là que j'en tiens un peu plus compte.

95 **E1 : Et en pratique quotidienne est ce que vous utilisez l'outil Score ?**

M10 : oui j'en ai d'intégré, il y a même des fois où j'utilise, c'est un interne qui me l'avait présenté, c'est dans mes favoris, un score américain qui, je sais plus la mayoclinic ou autre , qui minore encore les risques....

E1 : D'accord, et quel est votre façon de l'utiliser ? Est ce que c'est pour calculer un score brut de facteurs de risque ou est ce que vous l'utilisez dans le suivi au long cours du patient pour vérifier si éventuellement il passe d'une catégorie à une autre ?

M10 : Déjà, en fait, alors peut être que je me trompe, mais je n'ai pas l'impression que quelqu'un qui n'a pas d'hérédité, qui ne change pas son mode d'alimentation, il ne va pas se mettre à faire du cholestérol, à part la femme ménopausée. Je veux dire, il faut qu'il y ait quand même des changements dans sa vie, à part l'hérédité donc quelqu'un, effectivement, on n'a pas besoin de faire des prises de sang tous les deux ans, comme on voit faire, à mon avis les 5 ans ça fait partie des recommandations, et à mon avis c'est même beaucoup. Quelqu'un qui a une alimentation et un mode de vie stable, moi, c'est un point de départ, je regarde s'il cadre, il a pas de facteurs de risque il a rien, machin, bon bah c'est juste une image au temps T . Et ça me permet, moi, de me conforter s'il est à surveiller, un peu de plus de près, ou alors à revoir dans 6 mois pour un nouveau dosage etc...mais si vraiment, il est dans les clous, voilà c'est bon quoi !

Non pour moi c'est à un instant T et il n'y a pas de raison de changer si il n'y pas de changement. Sauf si il se met à faire du diabète ou autre chose, mais pour moi, il n'y a pas d'autre élément, je ne vois pas l'intérêt de le refaire.

E1 : Finalement c'est au début où vous voyez le patient pour une évaluation globale.

M10 : Voilà, on en fait un à 40 ans, si il n'y a rien d'autre dans la famille, ni rien, on en fait un à 40 ans, à 40 ans il est nickel bon bah...

Q8 :

E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M10 : Pour le choix des statines ou pour le..

E1 : Alors pour le choix de statines oui dans un premier temps et après si...

M10 : Le choix des statines, je n'en ai qu'une la Simvastatine, je ne pense pas que les autres aient plus d'intérêt. Ça c'est un article de Prescrire qui plaçait la simva et je crois la prava . Les autres, ils
125 ne les retenaient pas donc je ne vois pas pourquoi je changerai. Et après sur le dosage et bah le plus faible dès le départ.

E1 : D'accord, mais je pensais les autres bases de données c'est à dire si par exemple vous envoyez votre patient chez un cardiologue qu'il revient avec une statine, que vous n'êtes pas forcément d'accord avec ça..

130 M10 : Je change

E1 : Ma question était de savoir si il y a d'autres sites ou lecture qui guident vos choix dans la prescription des statines ?

M10 : Je ne suis pas anglais, donc je ne vais pas sur Cochrane. Non.

135 Q9 :

E1 : Quelle est votre décision dans l'incertitude ? Quand vous ne savez pas si vous mettez une statine ou pas ?

M10 : Bénéfice risque. Non si le patient, on lui impose des traitements qui peuvent avoir des effets indésirables, je crois qu'actuellement le problème, c'est qu'on confond prévention sur l'hygiène et
140 la façon de vivre, et prévention armée, comme je dis, avec des médicaments, donc il faudrait quand même que, quand on commence une prévention armée, on soit sûr qu'on va vraiment apporter un bénéfice à un patient. Qu'on lui demande de faire une hygiène diététique, qu'on lui demande de changer son mode de vie, qu'il arrête de fumer, tout ce que vous voulez, ça c'est notre boulot de généraliste ; est ce que je dois impliquer un traitement qui n'est pas nul, qui a quand même des
145 effets indésirables, que ça soit hépatique, que ce soit rhabdomyolyse enfin douleurs musculaires etmoi non !

Autant donner une vitamine D, ça ne me paraît pas gênant, parce qu'il n'y a pas d'effets indésirables, autant donner ce genre de traitement, non !

Effectivement, on revient à ce qu'on disait tout à l'heure, dans la mesure où il y a un risque, il faut quand même faire participer le patient à sa décision, ce n'est pas à moi de lui dire, je n'ai rien à lui imposer. C'est une hypothèse, est ce que vous adhérez ou pas ?

E1 : Vous lui apportez les informations et c'est lui qui décide.

M10 : Voilà, en général on lui montre à quel niveau de risque il est, et il décide.

E1 : Vous arrive t il d'utiliser des examens complémentaires ?autres que la biologie ?

M10 : C'est sûr que de temps en temps, on demande un avis cardio pour voir, et puis parfois un avis angio, quand on a des cholestérols élevés, pour voir si il y a un dépôt dans les artères. Mais pas systématiquement sur des petites élévations de LDL. Si il y a des facteurs de risques, sans facteurs de risque pas fréquemment.

E1 : Merci cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose soit concernant le sujet ou le guide d'entretien ou les questions que j'ai pu vous poser ?

M10 : Non ça allait très bien, merci.

Entretien 11

Examineur = E1 ; Médecin = M11

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?(radio, télé, internet)

M11 : Mmmmmh bah déjà moi je n'ai pas de télé, donc après les médias grands public pas vraiment ; après euh je suis abonné à pas mal de news letter de vidal, de egora, medscape. J'arrive pas à tout lire mais j'essaie de regarder des articles scientifiques, je pense que je dois en lire quand même euh
10 enfin j'en lis régulièrement je dirai au moins, quand je travaille au moins un ou deux par jour.

E1 : Est ce que de manière général vous avez confiance dans les médias ?

M11 : bah je sais que c'est toujours orienté en fait en fonction de ce qu'on lit euh ben c'est vrai que comme je ne lis pas trop les médias grand public à part france inter ou france info les choses comme ça mais je vois bien en fait quand il s'agit de sujets médicaux en fait que bah, ce n'est pas toujours
15 très sérieux donc bon on peut douter un peu des autres sujets et puis, et effectivement en fonction du média c'est toujours un parti pris déjà politique donc euh il faut toujours un peu se méfier juste de ce qui est média déjà après pour ce qui est littérature scientifique c'est aussi à prendre avec des pincettes mais en tout cas ça donne quand même des idées quoi. Donc c'est sûr que les médias c'est....selon ce que t'écoutes on sait très bien ce qu'on va entendre donc....

20

Q2 :

E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?

M11 : bah, c'est vrai que c'est une question qui peut se poser moi je me la suis déjà posée même avant en fait qu'il y ait les gros scandales enfin pas de façon aussi franche que ce qui disent où soit
25 disant c'est vraiment un poison ou des choses comme ça, je n'irai sans doute pas jusque là mais euh

je pense que dans la médecine il faut toujours se poser la question du bénéfice risque et que quand on impose un traitement à absolument toute la population ou quasi euh ça pose toujours des questions. On se demande où est le bien-fondé de vouloir, enfin selon les recommandations qu'il y ait euh je sais pas qu'il y ait 50, 60 % de la population qui soit sous statines. A un moment donné il
30 était question de mettre les gens sous bêta bloquants plus aspirine plus statines qui augmentait la durée de vie de je ne sais pas combien sur une étude. Est ce que c'est pour ça qu'il faudrait mettre tout le monde sous ces traitements juste sur cet argument ? Moi ça me dérange un petit peu. Je pense qu'il faut toujours faire attention , ça doit toujours être personnalisé. Donc effectivement on a des guidelines mais il faut pas non plus être aveugle...

35 **E1 : C'est vrai qu'on y reviendra un petit peu plus tard dans d'autres questions, mais pour revenir à la polémique par quel biais en avez vous entendu parler ?**

M11 : Bah moi je remplaçais à cette époque là donc c'est rapidement que j'ai eu des patients qui sont venus qui m'avaient dit qu'ils avaient vu ce reportage, enfin d'ailleurs moi j'ai lu des articles dessus mais je l'ai pas vu euh...

40 **E1 : Vous parlez d'abord via les patients, via retour de patients ?**

M11 : Oui c'est d'abord venu par là et puis qui disent oui voilà machin vous nous empoisonnez les labos donc ça tourne aussi dans l'autre sens vite à la psychose donc c'est toujours pareil il faut faire attention parce que malgré tout moi je crois quand même pas mal les articles scientifiques donc je pense qu'il y a quand même un bénéfice à mettre les patients sous statines en prévention secondaire
45 c'est sûr, en prévention primaire euh le mieux ce serait effectivement de les faire changer de mode de vie. C'est pas évident on sait très bien que euh..donc on est obligé de leur proposer ces traitements pour atteindre ces taux. Après euh je ne suis pas aussi strict que les taux le demandent. Après effectivement quelqu'un qui a 2grammes même 1,9 hypertendu diabétique bon ben c'est trop!et que quelqu'un qui n'a vraiment pas de facteur de risque ben on va dire que 1,9-2 bon....

50 **E1 : Mais vous parlez déjà d'objectifs ce sera dans une autre question, je l'aborderai plus tard**

M11 : rires

Q3 :

E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

M11 : bah moi je pense que la polémique finalement bon euh ,après c'est toujours pareil certains médias font du scandale ou du sensationnel pour avoir euh...plus d'audience. Mais ça permet aussi de pouvoir discuter avec les patients aussi, malgré tout qu'ils comprennent que bah il y a pas de traitement qui soit anodin donc que au moins ils en prennent au mieux ils se portent mais enfin bon s'ils sont malades il faut quand même bien les traiter mais que si ils peuvent agir par eux mêmes ce sera forcément mieux et que du coup moi en général effectivement j'essaie quand on leur dit qu'on a quelques mois pour des règles hygiénodiététique alors euh j'essaie, bien évidemment ça ne marche pas toujours, mais c'est vraiment de leur dire euh vous voyez le médicament bah oui c'est pas anodin enfin il y a des gens qui le supportent très bien d'autres gens qui le supportent moins bien mais le mieux ce serait de ne pas le prendre donc faites vraiment un effort parce qu'aprèset ça permet d'avoir une discussion avec des gens qui sont plus conscient du fait que ce n'est pas anodin de prendre des médicaments. Parce qu'il y a certaines personnes qui croient, j'allais dire dans des milieux défavorisé qui ne se rendent pas bien compte que chaque médicament a un bénéfice mais surtout un risque. Et des fois ça permet d'en parler. Alors ceux qui sont complètement fermés bah tant pis.

E1 : Donc finalement la polémique a pu vous aider à aborder le sujet de la nocivité de certains médicaments ?

M11 : Je pense mais des fois alors, c'est chiant parce que quand la personne en face elle est complètement réfractaire elle est complètement fermée avec la paranoïa qu'on essaie de complètement les empoisonner là c'est compliqué ! Mais quand on est sur des gens qu'on arrive un

petit plus à raisonner bah ça permet peut être d'avoir plus d'impact et leur dire qu'il va falloir changer leur mode de vie et certaines choses pour essayer de ne pas prendre ces médicaments le plus possible.

E1 : Avez vous constaté des arrêts de traitement de la part de vos patients ?

80 M11 : Oui, oui, il y en a beaucoup qui l'ont arrêté spontanément comme le levothyrox aussi ça a été le cas.

E1 : Et comment l'avez vous géré cet arrêt de traitement, est ce que vous l'avez respecté est ce que vous l'avez represcrit ?

M11 : Non moi dans ces cas là j'en rediscute avec eux parce que ça ne sert à rien de prescrire
85 quelque chose qu'ils ne vont pas prendre donc on rediscute et je mets dans le dossier évidemment qu'il a arrêté le traitement. Après ce que je leur propose en général c'est de leur faire un contrôle des lipides à trois mois, Six mois en leur disant, faites bien attention à votre alimentation. Si on est bien au niveau des taux peut être qu'on ne le reprendra pas et puis si on n'est pas bien je leur dirai
90 qu'il faudra le reprendre. Alors après ils seront libres de leurs choix, mais je pense que de tout façon il faut, il ne faut pas leur rentrer dedans et être trop obtus parce que sinon après les patients finissent pas vous mentir et disent oui oui docteur je le prends et puis pas du tout, donc on perd l'adhésion.

Q4 :

E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

95 M11 : mon avis il est un petit peu dur parce que effectivement ces recommandations elles sont faites par des spécialistes donc ils pensent que eux effectivement leur objectif il doit être plus bas au moins pour les patients à haut risque. Euh c'est dur parce que c'est des taux qu'on n'arrive pas toujours à avoir avec des fois des grosses doses et puis les patients qui à ces doses là qui régulièrement commencent à sentir des effets indésirables, euh.....

100 **E1 : Donc diriez vous que vous l'avez vécu comme un soulagement cette publication ou comme un agacement, neutre ?**

M11 : Pour moi c'est relativement neutre parce que finalement ça ne change pas grand-chose je dirai parce que de toute façon , bah après si l'objectif est plus haut on peut essayer de l'atteindre mais de toute façon ce sera toujours modulé par l'observance du patient et sa tolérance au traitement
105 donc au final entre 0,7 et 1 pour le patient à haut risque ça ne change pas grand-chose et je crois que c'est pour les patients à bas risque c'est 1,9 ou 2, 1, bah au final c'est pas révolutionnaire donc...

Q5 :

**E1 : Vous êtes déjà en train d'aborder la prochaine question qui est : que pensez vous des
110 nouveaux objectifs de LDL que l'on peut trouver dans ces dernières recommandations de la HAS 2017 ?**

M11 : ça a baissé un peu mais c'est pas....

E1 : Vous paraissent ils applicable ?

115 M11 : Oui, enfin j'allais dire oui et non parce qu'il y a des patients chez qui on va y arriver et d'autre chez qui on ne va pas y arriver, on n'y arrive déjà pas sur ceux d'avant donc il faut être réaliste. Et voilà, si on voudrait y arriver enfin c'est même pas qu'il faudrait aller chez eux et leurs mettre les médicaments dans la bouche c'est qu'il faudrait aller chez eux, leurs vider les placards et toutes les merdes qu'ils bouffent c'est terrible quoi!Je pense que le plus gros problème il est là
120 clairement de toute façon, on a une nourriture qui est globalement toxique donc à partir de là les gens ne font pas d'exercice, bouffent n'importe quoi et préfèrent prendre des médicaments pour se protéger au niveau cardiaque. Moi je trouve qu'on se marche un peu sur la tête mais bon après les reco elles sont comme ça, on ne peut pas non plus les laisser crever ces pauvres gens...mais c'est compliqué. Parce que c'est là qu'il faudrait avoir un impact et là dessus on n'a pas le temps de faire

125 les choses correctement. Parce que là dessus il faudrait une diététicienne pouvoir aller à domicile
savoir ce que les gens mangent, parce que les gens quand on leurs dit qu'il faut faire attention à ce
qu'ils mangent ils vous diront tous qu'ils font très attention, qu'il n'y a pas de problèmes et puis
après quand on va chez eux on se rend compte qu'il y a des énormités ! J'ai vu des patients comme
ça qui sucrèrent la flotte ou d'autres qui utilisaient une bouteille d'huile par semaine et qui ne
130 voyaient pas où était le problème donc....(rires)

E1 : Oui on peut agir en amont de la prescription de statines.

M11 : Ben certainement c'est là qu'on sera le plus efficace et là qu'on sera le moins cher, le moins
nocif et qu'on aura un impact sur beaucoup d'autres choses en fait. Les gens seront globalement en
meilleure santé, mais ça c'est dommage parce qu'on n'a pas le temps de le faire mais il faudrait
135 qu'il y ait une diététicienne à temps plein qui puisse faire dans chaque cabinet de l'éducation de
patients et aller chez eux mais on n'y est pas..on n'y est pas..

Q6 :

E1 : Comment intégrez vous le patient dans la prise en charge ?

140 M11 :c'est à dire ?

**E1 : Est ce que c'est vous qui décidez de comment les choses doivent se passer avec un ordre
chronologique ou est ce que c'est le patient ?**

M11 : Non moi je suis là pour les conseiller donc je vais leur dire quelles sont les recommandations :
trois mois, six mois de règles hygiénodietétiques, on va faire un effort machin, on va reconstruire
145 après et en fonction de ça on en rediscute mettre un traitement ou pas, on augmente doucement les
traitements et c'est vrai que j'essaie toujours d'en discuter avec eux alors d'accord ça arrive avec
certains patients effectivement qu'on leur court après, enfin, qu'on leur court après, qu'on leurs dise
là il faudrait qu'on les mette et qu'ils disent oh encore 6 mois encore 6 mois et ils ne sont pas prêts à
les prendre. Donc il faut essayer de les faire adhérer mais après moi je suis quand même euh...moi

150 j'impose absolument pas au patient, je leur dis toujours moi je vous montre le chemin et après vous êtes tout seul donc moi je ne vais pas les prendre pour vous les traitements, ce n'est pas mes artères ce n'est pas mon foie donc si vous ne le faites pas c'est votre responsabilité.

E1 : Vous les informez, vous les guidez et c'est eux qui décident.

M11 : Voilà

155

Q7 :

E1 : D'accord. Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est ce qu'elles l'ont changé ?

M11 : Non. Fondamentalement non.

160 **E1 : par rapport au fait qu'il y ait eu un abaissement des objectifs de LDL , est ce que vous avez eu besoin d'intensifier des traitements ou pas nécessairement ?**

M11 : J'allais dire pas nécessairement parce que si on a quand même un patient diabétique qui a 0,75 ou à 0,8 qui est bien équilibré, il a déjà 15 traitements pour moi c'est bien donc est ce qu'il faut vraiment lui sauter dessus pour qu'il ait en dessous? je ne sais pas. Moi j'avoue que j'en ai déjà pas
165 beaucoup qui sont bien équilibré comme ça donc (rires)...Après ça dépend de l'endroit où vous travaillez.

Notamment je travaillais dans un quartier où il y avait énormément de diabétiques, une population maghrébine où il y a avait énormément de diabète et de dyslipidémie, obésité, population qui était défavorisée, bah si on a un qui est déjà en dessous de un on est content donc c'est compliqué quoi.

170 Parce que là pour le coup si il n y a pas d'effort du côté hygiéno-diététique, enfin je sais pas mais on va pas mettre trois tonnes de statines pour le faire baisser, on n'y arrivera pas.

E1 : Est ce que vous utilisez en pratique quotidienne l'outil score ?

M11 : Pas vraiment en fait, parce que il faudrait que je l'utilise plus. Je l'ai revu c'est un peu plus compliqué, moi j'étais resté encore sur l'ancien calcul du nombre de facteurs de risques. Après c'est

175 vrai que celui l est plus fin donc peut e^tre qu'au contraire cela nous permettrait de...là de l'avoir
revu je me dis qu'il faudrait que je le montre au patient pour leur expliquer le risque. Ça peut être
une idée.

Q8 :

180 **E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?**

M11 :

**E1 : Y a t il autre chose que les recommandations de la HAS officielles qui vous guide ou y a t
il une autre base de données ?**

M11 : Bah j'utilise beaucoup la base de données du euh...du vidal où il y a aussi quelques
185 recommandations qui sont inspirées de la HAS. Après c'est vrai que le plus possible j'essaie de
regarder les données de la HAS parce que bon on se dit que quand même ça a été, enfin, déjà euh
d'un point de vue médico-légal c'est quand même ce qu'il y a de plus solide quand il y en a. Donc
en France ça reste la référence. Après des fois bah y a certaines pathologies où il n y a pas donc euh
la on cherche un petit peu ailleurs, en générale les cours de certaines faculté qu'on retrouve en ligne
190 les choses comme ça.

Q9 :

E1 : Quelle est votre décision dans l'incertitude ?

M11 : (Silence)

195 **E1 : A savoir s'il faut mettre ou ne pas mettre de statine ?**

M11 : Bah, on va dire que si j'ai beaucoup de doutes j'essaie quand même le plus souvent de
temporiser et de ne pas mettre. Si je pense qu'il n y a pas de euh....moi je pense que je ne suis pas
très agressif au niveau des traitements donc j'essaie le plus possible effectivement de pousser du
côté des règles hygiéno-diététiques et puis après bah si ça ne marche pas ou si le risque est vraiment

200 élevé bah là effectivement on va les mettre. Et puis dans ce cas là je vais être le plus prudent possible sur l'instauration du traitement tout en disant au patient e surveiller les effets secondaires les plus fréquents. Ne pas leur lire toute la liste comme ça parce que sinon c'est sûr qu'ils vont en faire (rires) donc là aussi on est toujours un peu entre deux chaises entre une information euh la plus loyale possible et puis en fait on se dit toujours quelque part l'effet nocebo qu'il peut y avoir à
205 balancer tous les effets secondaires versus l'effet placebo qui est de dire ne vous inquiétez pas tout va bien se passer. Alors effectivement même quand on dit ça on sait très bien qu'il y a un risque que ça ne se passe pas bien.

**E1 : Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques par
210 rapport au sujet ou aux questions ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?Commentaire libre ?**

M11 : Non pas vraiment, si ce n'est après effectivement je pense que euh..ça serait bien qu'on ait le temps ou qu'il y ait quelqu'un de professionnel euh ..enfin que ce soit mieux pris en charge l'aspect diététique, l'aspect de l' accompagnement à la maison pour des patients à hauts risques,
215 globalement les patients diabétiques parce qu'il y en a de plus en plus donc c'est ça le gros problème. Que ce soit bien fait quoi, mieux accompagner à ce niveau là et puis voilà.

E1 : Merci

M11 : Mais de rien !

Entretien 12

Examineur = E1 ; Médecin = M12

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?(radio, télé, internet)

M12 : euh...je m'en méfie (rires), je m'en méfie et ça dépend lesquels ça dépend les sources.

E1 : Donc vous vous méfiez de tous les médias ?

M12 : Je me méfie beaucoup de la télé, je me méfie beaucoup de ce qui sort dans les journaux non
10 médicaux, tout ce qui est réseaux sociaux, ce qui est divulgué, retransformé coupé en petits bouts
euh, on n'en sort qu'une phrase et voilà. Et après non il y a des sources pour lesquelles j'ai
confiance mais bon faut vraiment faire le tri. Internet faut encore plus trier.

Q2 :

15 **E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?**

M12 : Ben c'est un peu...je ne sais pas trop quoi en penser parce que je trouve que ça change très
vite, on du mal à comprendre vraiment où ils veulent en venir, il y a des polémiques qui partent
dans un sens, ils partent totalement à l'opposé en fait. Entre celles qui disent qu'il faut être de plus
en plus drastique sur les chiffres et puis d'un autre côté ceux qui disent que finalement en
20 prévention primaire ça n'aurait pas sa place, on est complètement à l'opposé total donc franchement
moi ça embrouille plus qu'autre chose. Je ne sais plus trop quoi en penser

E1 : A quel Saint se vouer ?

M12 : C'est exactement ça, je ne sais pas vraiment. J'aurai plus tendance à pencher sur le fait que
en prévention primaire ça n'a pas franchement sa place.

25 **E1 : Et comment en avez vous entendu parler des ces polémiques ?**

M12 : Euh par quel biais initialement ? Bah y a beaucoup de patients en fait qui m'en ont parlé. Beaucoup de patients qui m'ont dit qu'ils avaient vu, lu, entendu parler que finalement ce n'était peut être pas nécessaire de le prendre tout ça. Et puis du coup en en discutant avec les autres confrères je me suis aperçu qu'il y a avait des choses qui avaient changé et du coup voilà après ça
30 j'ai commencé à regarder.

E1 : Donc d'abord les patients

M12 : Oui, je trouve finalement que les patients étaient les premiers au courant mais plutôt du côté les statines n'ont pas leur place en prévention primaire...(rires)

E1 : Bien évidemment (rires)

35

Q3 :

E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

M12 : ben qu'est ce que ça a changé dans ma prise en charge ?

40 **E1 : Oui, je parle de la polémique.**

M12 : La polémique...ben...beaucoup plus de conversations avec les patients, ça s'est sûr. Euhhh, après c'est vrai que du coup je me suis permis, sur les patients sur lesquels j'étais un peu frileuse au départ, je me suis permis de retirer des statines chez certains patients qui euh avaient, qui ne les supportaient pas bien et du coup euh qui se plaignaient mais ce n'était pas franc, parce que quand
45 c'est franc évidemment on modifie le traitement mais quand c'était pas franc ou alors qu'ils disaient clairement qu'ils l'oubliaient un jour sur deux, ce genre de choses et euh voilà chez des patients qui par exemple avaient perdu du poids, avait une très bonne hygiène de vie mais que le chiffre ne voulait pas bouger, et bien ces gens là j'avais tendance à plus facilement leur dire d'arrêter. Et puis
50 il y a avait aussi des cardiologues en fait maintenant que j'y pense, quand j'étais à Vinay, qui dans leur courrier disaient qu'ils avaient retiré les statines.

E1 : D'accord, en prévention primaire ?

M12 : En disant effectivement que vu le contexte de la patiente, vu le peu de facteurs de risque vu l'absence d'évènement réel au niveau cardio, qui disaient que ça n'avait finalement pas sa place chez ces patients. Mais pareil chez les cardiologues c'était très varié y en avait qui disaient qu'il
55 fallait absolument obtenir un certain seuil, on voyait tout de suite ceux qui avaient choisi leur camp au niveau de la polémique mais c'était par des cardiologues aussi effectivement que j'ai pris connaissance de la polémique.

E1 : Via des courriers de spécialistes qui vous revenaient ?

M12 : Exactement, les courriers de consultations cardio où les gens disaient, les cardiologues, ben
60 là lui j'ai décidé d'arrêter la statine chez ce patient parce que je trouve que ça n'a pas sa place.

E1 : Donc là vous parlez du côté médical, votre décision d'arrêter le traitement mais est ce que vous avez constaté des arrêts spontanés de la part des patients à la suite de cette polémique ?

M12 : Oui, ils n'osent pas toujours le dire mais en fait quand on creuse un peu ils nous disent que finalement, quand ils arrivent souvent en demandant est ce que je peux l'arrêter?et puis quand on creuse un peu en fait ils avouent qu'ils l'ont déjà fait depuis des mois. Ils testent le médecin et encore plus ils testent encore plus c'est à dire qu'ils vont arriver avec une nouvelle prise de sang, ils ont dire du coup est ce que je peux l'arrêter ? Et puis en fait ils vont vous avouer que en fait ça fait
70 déjà des mois qu'ils ont déjà arrêté et vous voyez bien docteur le chiffre a pas bougé ou ce genre de choses (rires)

E1 : Et ça comment vous le gérez quand quelqu'un vient vous voir avec ou sans prise de sang, et qu'il vous dit j'ai arrêté. Est ce que vous le respectez, est ce que vous ré instaurez le traitement ?

75 M12 : Alors, si c'est dans le cadre d'un ...si moi déjà je me posais la question de l'arrêter ou de le
reprendre et que le patient l'a déjà arrêté euh je pars du principe que de toute façon on ne peut pas
forcer les patients à prendre un traitement qu'ils ont pas envie de prendre surtout quand on n'est pas
suivi par les médias. C'est à dire que eux ils entendent euh que c'est pas nécessaire euh ils l'ont
arrêté de leur propre chef et nous on va arriver et dire non c'est pas bien il faut le reprendre, quand
80 vraiment c'est nécessaire pour le patient de le reprendre, alors je ne parle même pas de la prévention
secondaire mais en général ils ne les arrêtent pas.

E1 : On est ici bien dans la prévention primaire.

M12 : Dans la prévention primaire quand ils l'arrêtent et que je vois que de toute façon ils n'en
feront qu'à leurs têtes euh je leur dis que de manière générale, j'explique que c'est pas raisonnable
85 de prendre ce genre de décision sans avoir recours à un médecin. Que ça reste quand même un
traitement et que si on l'avait mis il y avait une raison et qu'il faut de toute façon, que c'est des
choses dont on peut discuter, que je suis ouverte à la conversation, que j'entends bien que c'est
pénible de prendre un comprimé surtout qu'en général ils sentent que ça va être un truc à vie et ça
ça leur fait peur. Quand ils se disent, quand on commence à 40 ans et qu'ils se disent qu'ils en ont
90 encore pour 40 ans à la prendre, en général vraiment ça les décourage et euh du coup voilà. Ça
devient plutôt une conversation générale sur l'observance, tout ça, pas particulièrement axé sur la
statine mais axé sur le fait qu'on ne prend pas ce genre de décisions sans l'avis d'un médecin et que
moi je suis ouverte à en discuter et que de tout façon je ne peux pas aller contre leur volonté et que
si au terme d'une conversation ils décident que non vraiment ils n'en veulent pas, pas de soucis,
95 moi je le note dans le dossier médical quand même. Mais voilà je suis ouverte à la conversation
mais j'aime pas qu'on me la fasse à l'envers quand même.

Q4 :

E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

100 M12 : Bah moi je les trouve trop sévères, parce que, parce que euh, enfin c'est quand même pas rare de voir des patients qui ont vraiment changé leur mode de vie qui ont vraiment la partie hygiène alimentaire, enfin hygiène de vie de manière générale, des patients qui par exemple ont été un peu en surpoids vont avoir perdu du poids mangent vraiment mieux font de l'activité physique, ont arrêté le tabac, ont vraiment une vie beaucoup plus saine euh les chiffres n'ont pas bougé d'un poil
105 et eux ça les décourage parce que y a aussi ça qui est très problématique c'est que eux ils sont prêts à faire des efforts si ils voient des résultats et euh c'est pas rare de voir des gens qui font milles efforts et la prise de sang elle est pareil ou moins bonne. Donc là c'est quand même compliqué de rebondir et de leurs dire que c'est quand même bien ce qu'ils font qu'ils se font du bien qu'ils font du bien à leur corps alors que la prise de sang dit l'inverse. Et en plus d'être encore plus drastique
110 sur les chiffres euh les patients sont flippés, ils regardent ils voient des petites étoiles sur la biologie du laboratoire, ils ne savent pas comment l'interpréter euh ils reviennent en disant mais alors je vais faire un infarctus je vais faire un AVC, ça les stresse vraiment beaucoup et les petites étoiles du labo ça vraiment ça les stresse.

E1 : Rires

115 M12 : Donc déjà je trouve ça trop sévère et puis de deux je trouve, c'est pas très clair en fait parce que on se base au niveau des scores sur des facteurs de risque, enfin je le trouve beaucoup moins clair que celui qu'on avait avant où on comptait le nombre de facteurs de risque et on disait 1 facteur, deux facteurs, trois facteurs, et on descendait progressivement. Je les trouve beaucoup moins clairs. On ne sait plus si du coup les HDL dans un bon chiffre, dans un bon taux c'est
120 protecteur ou pas, ça n'apparaît plus ça, il y a beaucoup de choses qui ont sauté et maintenant ils s'axent beaucoup sur le diabète euh l'insuffisance rénale et au milieu de tout ça les facteurs de risque cardio vasculaire et on ne sait pas bien...je les trouve moins clairs et plus sévères.

E1 : Moins clairs et plus sévères d'accord, c'est sévère aussi !

M12 : Rires

Q5 :

E1 : Que pensez vous des nouveaux objectifs de LDL ? Stricts et sévères comme vous venez de me le dire ?

130 M12 : Et ben oui. Sévères et puis euhhh pas forcément, pas forcément le reflet de l'hygiène de vie des patients. Enfin on n'est pas chez eux, peut être qu'ils nous disent des trucs et qu'ils ne le font pas chez eux mais quand on constate qu'un patient a arrêté de fumer a perdu poids, est vraiment mieux et que les chiffres de LDL montent on ne comprend plus rien.

E1 : Et dans ce cas précis où vous induisez un changement de mode vie, une prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et que malheureusement le taux de LDL monte, comment vous vous en sortez avec le patient? Vous instaurez finalement une statine ?

140 M12 : Bah alors il y a plusieurs cas de figures, soit le patient il est déjà sous statines, il le supporte bien , il a changé son mode de vie euh mais ça ne change pas les LDL, bon à ce moment là je lui laisse, parce qu'il la supporte bien que c'est pas un problème tout en lui expliquant que euh ben que peut être que lui il a aussi une part un petit peu constitutionnelle qui fait qu'il a des LDL un peu plus élevés mais que l'hygiène de vie fait que de toute façon il se protège tout de même d'un point de vue cardio vasculaire, donc je me base là dessus. Quand c'est une question d'introduction de traitement euh pfiou, ça dépend des chiffres. Alors le 0,7 je trouve qu'il est vraiment sévère sévère après disons que je tolère un peu plus des chiffres un peu plus élevés si je vois que l'hygiène de vie est bonne . Et puis si vraiment ç monte et qu'on passe au dessus des 1,9, là j'instaure un traitement, 145 à condition qu'il soit bien supporté. Mais je trouve aussi qu'il y a beaucoup de problème de tolérance du traitement.

E1 : D'accord vous avez constaté beaucoup d'intolérance ?

M12 : Oui effets secondaires à type de douleurs musculaires surtout.

150 Q6 :

E1 : Comment intégrez vous le patient dans sa prise en charge ?

M12 : Euhhhh...c'est à dire ?

E1 : (Rires) Euh est ce que c'est vous qui décidez, qui pilotez ou est ce que c'est le patient ?

Comment vous organisez les choses ?

155 M12 : Bah j'essaie de faire en sorte qu'il ait l'impression que c'est lui qui choisit. (Rires) C'est à dire que, non, c'est à dire, comme je disais, je pars du principe que si de toute façon il n'a pas envie de le faire il ne le fera pas et donc pour moi c'est important que ce soit une décision de sa part.

E1 : Vous cherchez son adhésion ?

M12 : Exactement, je cherche à ce qu'il soit d'accord avec moi et à ce qu'il soit acteur, moi je leur
160 dis toujours que je ne suis pas l'acteur principal dans l'histoire et que je suis le coach mais pas l'acteur principal. Après si derrière il veut pas faire comme ça il ne le fera pas. Et d'ailleurs on a beaucoup de patients qui disent bah plutôt que de prendre la statine je vais prendre de la phyto, parce que les pharmacies leurs proposent souvent de la phyto, euh moi j'ai clairement pas les connaissances ou le recul pour savoir si c'est efficace. Effectivement chez certains patients je vois
165 vraiment des baisses de cholestérol sous phyto alors qu'ils n'ont pas pris la statine. Alors est ce que parallèlement à ça ils ont changé leur mode de vie qui ait eu un impact ou pas après on n'a pas le recul pour. Mais voilà c'est vrai que j'essaie de faire en sorte que ce soit le patient qui comprenne pourquoi il le prend et il comprenne l'enjeu mais plus comment dire...en fait moi je me sers plus de l'introduction de la statine pour euh aussi qu'ils comprennent le côté hygiène de vie en fait. Parce
170 que souvent quand ils commencent à prendre une statine, en parallèle de ça ils vont commencer à faire attention à leur hygiène de vie et pour moi c'est une manière aussi d'introduire ok là il y a un facteur de risque cardio-vasculaire donc il va falloir se prendre en main, ça passe par des médicaments mais ça passe surtout par l'hygiène de vie. Et souvent je trouve que quand ils

commencent à rentrer dans un traitement préventif ils ont tendance aussi à améliorer leur qualité de
175 vie, euh leur hygiène de vie.

E1 : Ah oui ?

M12 : C'est un appui supplémentaire et souvent ça leur permet de prendre en charge leur...

E1 : Vous avez l'impression qu'ils font les choses en parallèle et pas toujours dans un ordre chronologique ?

180 M12 : Ouais j'ai l'impression que quand ils comprennent qu'il va falloir qu'ils prennent un médicament il y a une vraie, il y a un vrai déclic au niveau de l'hygiène de vie.

Q7 :

E1 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est ce qu'elles l'ont changé ?

185 M12 : Pfiou...

E1 : (Rires) Est que vous avez dû introduire des traitements plus précocement ?

M12 : Non je ne l'ai pas franchement fait, je ne l'ai pas franchement fait parce que je me suis basé sur les..enfin j'avoue je me base plutôt sur les anciennes recos avec les taux, et j'essaie déjà d'atteindre les taux de l'ancienne reco qui sont déjà pas faciles à atteindre.

190 **E1 : Est ce que vous utilisez en pratique quotidienne l'outil Score ?**

M12 : Silence

E1 : De calcul de risque cardiovasculaire ? J'avais l'impression que vous m'en parliez tout à l'heure.

195 M12 : Oui je l'utilise, je ne l'appelle pas particulièrement Score mais oui je l'utilise. Par habitude je compte le nombre de facteurs de risque et les facteurs protecteurs.

E1 : Oui alors du coup c'est une grille bien à part qui est seulement apparu avec les recommandations de la HAS 2017, même si les cardiologues l'utilisaient déjà. En fait c'est un tableau à multiples entrées qui donne un pourcentage de risque cardio-vasculaire à 10ans.

M12 : Ah oui et en fonction aussi du chiffre tensionnel c'est ça ?

200 **E1 : Exactement**

M12 : Non je ne l'utilise pas à ce point là.

E1 : D'accord .

Q8 :

205 **E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?**

M12 : euh bah beaucoup les reco HAS

E1 : Oui donc c'était sur quelle autre base de données, autre que la HAS ?

M12 : Bah le vidal, beaucoup, après souvent la société française de cardiologie. Alors pas toujours face au patient mais quand je me suis interrogé pendant une consultation, j'ai tendance après à
210 potasser derrière après je ne suis pas particulièrement abonnée à des revues médicales mais c'est vrai que c'est quand même la HAS qui me guide le plus, ça et les sociétés savantes françaises.

Q9 :

E1 : Quelle est votre décision dans l'incertitude ?

215 M12 : Euh alors vraiment quand c'est des cas où je suis vraiment dans un gros gros doute ça m'arrive de demander l'avis d'un cardiologue. Enfin soit de le demander directement soit d'orienter le patient chez un cardiologue avec un courrier justement expliquant, ça ça m'est arrivé quand même plusieurs fois, de dire que clairement j'étais un peu perdu dans toutes ces recommandations et que je voulais savoir si lui il penchait plus pour une introduction, ou pour un maintien quand je
220 vois que le patient commence à douter de la prise du traitement. Voilà, encore une fois ça dépend du patient et si les risques sont quand même faibles ça m'arrive de prendre la décision toute seule, enfin pas toute seule parce que en accord avec le patient évidemment. Euh l'attitude du patient face au traitement va m'orienter entre ceux qui vont dire moi j'en ai marre de manger des comprimés et

j'ai pas envie d'en avoir toute ma vie etc et puis y a aussi l'autre versant qui est justement ceux qui
225 disent voilà ben moi je préfère avoir le maximum de choses comme traitement parce que j'ai surtout
pas envie de faire un infarctus et si vous m'arrêtez mon traitement je vais faire un infarctus, alors en
général quand ils sont comme ça je leur laisse. Quand ils disent, quand j'étais dans l'hésitation de
leur laisser ou leur enlever parce que je ne suis pas sûr que ça leur soit bénéfique quand ils le
supportent bien et qu'ils me disent moi si vous me l'arrêtez je vais faire un infarctus je leur laisse
230 parce que c'est le genre de personne où vraiment il ne faut pas l'arrêter. Et quelque part c'est aussi
aller contre sa volonté à lui donc...dans ces cas là je préfère leur laisser. Quand les patients se
posent sincèrement la question j'oriente vers le cardiologue et quand les patients vraiment me disent
qu'ils ne le prendront pas et ben je l'enlève.

235 **E1 : Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques par
rapport au sujet ou aux questions ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?****Commentaire
libre ?**

M12 : Bah non, je pense que les médias feraient mieux d'axer leurs discours sur la prévention et
l'hygiène de vie plus que sur les polémiques autour d'un comprimé. Mais je pense que si les
240 patients écoutent autant les médias je pense qu'il serait de bon ton que les médias utilisent ça pour
passer les bons messages (rires) parce que bon les ptites banderoles mangez moins de sucre, moins
de sel, moins de gras, je ne suis pas sûre que ce soit très utile et je pense que..enfin il y a beaucoup
de dégâts qui sont faits parce que les patients vraiment s'ils sont de plus en plus méfiants face au
traitement face au corps médical face à tout ça parce qu'ils ont l'impression qu'ils savent parce que
245 les médias leurs disent que, et si les patients écoutent tant que ça les médias au contraire on pourrait
vraiment améliorer la prévention et l'hygiène de vie et la vraie prévention contre le tabac, contre la
mauvaise alimentation, contre tout ça et je pense que les patients écouteront si les médias
passaient ce genre de message.

E1 : D'accord, merci beaucoup.

250 M12 : De rien

Entretien 13

Examineur = E2 ; Médecin = M13

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias en général?

M13 : C'est à dire ?

E2 : Est ce que vous leur faite plutôt confiance ou au contraire plutôt méfiante ?

M13: Ah bah, je suis critique. Je ne fonce pas tête baissée. Moi, je reçois des laboratoires notamment
10 parce que j'estime que tout le monde doit travailler, tout le monde doit vivre. Donc c'est pas parce
que je vais recevoir un labo, que je vais prescrire. Des fois, ils ont des infos intéressantes, ne serait
ce que pour redonner un truc que tout bonnement on aurait oublié. Je reste critique. Alors après sur
le plan des statines, c'est vrai qu'il y a tout ce qui est médias, apparait, oui faut pas les prescrire,
c'est la catastrophe, et ça c'est beaucoup plus difficile à gérer, parce qu'on est face à des patients qui
15 écoutent des choses, qui nous amènent des articles, et après c'est à nous de critiquer avec eux, de
leur expliquer et c'est pas évident, notamment parce qu'on a des cardiologues, enfin, un langage où
on ne comprend plus rien. Enfin, on a ce qu'il faut faire, la HAS, tout ça, puis après on se dit, est ce
qu'on fait bien. Franchement, on se pose des questions. Tous.

E2 : Très bien.

20

Q2 :

E2 : Et que pensez vous des polémiques autour des statines ?

M13 : Ah bah voilà, justement ! Si y a polémique, c'est qu'il y un petit quelque chose. Alors les
statines, c'est un produit merveilleux. On peut pas dire autrement. Qui font tous. Alors, j'ai mon ex-
25 mari qui travaillait sur les plaques d'athérome, et il disait que les statines, ça pouvait bloquer les

cellules métastatiques... Enfin des trucs, c'est une usine à gaz ! C'est extraordinaire ces statines. Alors après on se demande, moi je suis un peu embêtée, on embête les gens sur leur cholestérol, après est ce que c'est vraiment la dessus qu'il faut les embêter ? Y a aussi les facteurs thrombotiques, pro-thrombogènes, et on oublie un petit peu, on ne nous en parle très peu, et c'est
30 peu être dommage, parce qu'on se rend compte qu'il y a des gens qui ont un cholestérol au plafond, et qui ne feront jamais un accident cardio-vasculaire, puis y en a d'autres qui ont trois fois rien, puis qui voilà, il y a autres chose. C'était un peu comme avec la ménopause, faites baisser le LDLc avec le traitement de la ménopause, et vous aurez moins de morts, moins d'infarctus. Résultats des courses, ça ne faisait rien du tout, parce que finalement, on augmentait les facteurs thrombotiques.
35 Donc on est quand même un peu embêté avec ses statines, sachant qu'il y a tous les effets secondaires, on ne sait jamais quand les arrêter, quand ils ont plus de 80 ballets, on se dit qu'est ce qu'on fait ? Pffffff, enfin, on est... C'est un peu tout et n'importe quoi. Puis en même temps, si on en donne pas, bah quand même, quoi, on s'est qu'on protège un maximum la personne, même avec ces histoires de cancers du colon, bah oui, mais c'était que des personnes âgées, alors on en fait quoi ?
40 Alors est ce que en effet, ça favorise les cancers du colon, est ce que ça ne les favorise pas ? On a jamais de réponse claire. Tout le monde est sur sa chapelle, le cardio, il va dire ça, les diabéto, houlalala, si vous n'en mettez pas, c'est la catastrophe, maintenant, y a des cardio qui disent qu'il faut peut être arrêter, faut leur apprendre à manger, faut mettre des légumineuses. Enfin... Pffff. Et nous, on fait avec quoi. Puis avec des objectifs très drastiques, le 0,7, oulalala, bah, on ne l'a pas,
45 quoi ! On peut pas l'avoir, c'est pas possible. Donc voilà, parfois, on est gêné. Vraiment gêne avec ça. C'est vraiment la molécule qui nous embête le plus.

E2 : D'accord.

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

M13 : Non, la polémique n'a pas changé. Enfin, ça ne change pas moi, mais ça donne le doute aux
55 patients. Alors certains patients ne veulent pas en prendre. Donc ils vont prendre autre chose, puis
j'en ai qui se retrouvent avec des infarctus massifs, donc voilà, après ils se sont dits mince, si on
avait su... Je dirais que c'est là dedans. Moi je me dis quand même les statines, faut en prendre, y a
peut être d'autres choses à faire, on leur dit pas qu'il faut manger de la salade verte tous les jours,
voilà, ça on ne le dit pas. Et c'est un peu dommage. L'HAS nous axe sur des protocoles, puisqu'on
60 est une médecine de protocoles. Donc c'est bim, bam, boum, puis le reste n'existe pas. Je pense que
c'est ce qui est très compliqué pour les gens, parce que oui on leur donne un médoc puis c'est tout,
alors qu'il y a peut être d'autres choses à faire. Et ils ont peut être pas tort. L'exercice, manger
différemment, bah ça c'est pas médical, on a l'impression que c'est pas du médical, et c'est peut être
en ça, que ça a changé ma façon de faire, en faisant autrement, y aussi plein d'autres choses, et qui
65 nous permettra peut être de diminuer la statine. Puis on a des effets secondaires, c'est terrible quoi.

Q4 :

E2 : Oui, et quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

M13 : Ah bah dures quoi ! Hahaha ! Non, alors le score, c'est parfait. C'est génial, parce que ça nous
70 aide beaucoup. C'est 40-65 ans, mais alors quand c'est en dessous et quand c'est au dessus... Voilà.
C'est au delà de 65, on dit quoi ? Ah bah démerdez vous ! Bon voilà, c'est là, où ça va pas, on nous
balance un truc, tout le monde est content, ils ont fait un joli petit machin, sauf qu'on en a qui
moins de 40 ans, qui se retrouvent avec des zones de cholestérol et on va leur faire de l'exercice et
tout ça, on va traiter, et puis les plus de 65 ans, 67, à bah tiens, ça sort du truc, mais on fait quand
75 même, on se dit ok. Mais 70, on se dit, je suis dans quel truc, je suis pas à 80 ans, donc je fais quoi

entre 70 et 80 ? Alors c'est bien joli de nous mettre des reco, mais c'est encore des reco de papier, où on ne tient pas en compte notre expérience et notre clientèle. Parce que ceux qui souvent ont 65, 70, 75 ans, qui vivent de plus en plus vieux, qui sont hyperactifs, qui font plein de choses, et on fait quoi ? On les traite, on les traite pas ? Ils font de la montagne, ils prennent leur statine, ils ne peuvent plus rien faire, donc ils disent « bah j'arrête tout ». Voilà, c'est compliqué. Puis bon, les LDL inférieurs à 0,7... On a du mal quoi.

Q5 :

E2 : Et qu'est ce que vous pensez des nouveaux objectifs de LDL ?

85 M13 : Bah ils sont trop durs. Enfin, perso, je pense. Après, c'est toujours pareil. On s'occupe que de ce LDL. Alors, on a pas le temps de voir les études, mais parfois j'aimerais bien voir quelque chose qui démontre que ça a une super efficacité, mais est ce qu'on a essayé de savoir si on dit tu manges de la salade tous les jours, tu marches 30 min tous les jours, et on pourrait voir un LDL à 1,5, et on n'aura pas plus de trucs, d'accidents cardio-vasculaires, bah, j'aimerais bien voir. Parce que je me dis
90 les objectifs, ils sont complètement dingues. Ils sont fous. On a du mal. Puis on voit bien qu'il y a aussi des problèmes. Par exemple, dans le cas d'une dame qui a une PR et qui a un LDL à 2, hypertendue, et bien, elle sort du SCORE, donc voilà, là on lui fait faire un score calcique, donc en effet on a ce système. Mais on voit bien qu'il y a plein de trucs où on est border-line, on ne sait pas quoi faire, on se dit on la traite, mais elle a déjà des douleurs de partout, alors elle va supporter ?
95 Elle va pas supporter ? Alors y a le rhumo, qui dit « houla, faut introduire », le cardiologue, il dit « oh non, faut pas introduire »... Bon.

Q6 :

E2 : D'accord, et du coup, comment intégrez vous le patient dans votre prise en charge ?

100 M13 : C'est à dire ?

E2 : Est ce que vous avez plutôt une décision médicale partagée ? Ou bien c'est que votre patient qui choisit ?

M13 : Ah oui, oui ! Bah ça dépend des cas, bien sur. Soit on se dit des fois, bah moi toute seule, on le fait. Et puis après, c'est en discussion avec les cardiologues, les diabéto, et bah là en l'occurrence, 105 les rhumato... Voilà, on discute beaucoup. Alors des fois, on freine un peu, parce qu'il y a certains cardio, qui sont des ascètes là, et du coup faut dire stop là. Non mais attends, des fois voilà quoi. On sait les cardio qui sont c***. Voilà, puis ceux qui sont quand même plus tempérés.

Q7 :

110 **E2 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est que vous avez introduit un traitement, intensifier un traitement ?**

M13 : Alors, oui, par rapport aux anciennes reco, je pense qu'on en fait moins. J'aurai tendance à dire. Ca met un cas où on saute moins sur les gens. Et tout du moins, on leur explique, ça nous permet de faire arrêter le tabac, en disant « bah attendez, si vous arrêtez, on va passer à la case 115 machin... ». Donc c'est tout de même très intéressant.

E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

M13 : Oui.

E2 : Et est ce que vous l'expliquez à vos patients ?

120 M13 : Ah oui, oui. Si on leur explique pas, ils ne vont pas adhérer. Je leur fais devant eux. LDLc machin, vous êtes fumeur ou pas, truc muche. Parce que ça fumeur, non fumeur, ça c'est vachement parlant. Alors, en effet, Framingham en avait fait une autre avec les HDL, dans celui-là permet plus pour nous. Non, non, moi je trouve que c'est vachement bien fait. Puis ça c'est clair. Puis d'autres, ça les rassurent complètement. Donc voilà. On leur explique.

125

Q8 :

E2 : D'accord, et quel est votre choix dans l'incertitude ?

M13 : Ha !! Ca... C'est vraiment du cas par cas. Dans l'incertitude, j'aurai plus tendance à pas donner et faire autrement.

130

Q9 :

E2 : D'accord. Et sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M13 : Par rapport à des trucs comme ça ?

E2 : Oui.

135 M13 : Heu... Bah, hormis SCORE, j'utilise que ça. Bon et après, on regarde le LDL. Oui, là y a le cholestérol total, mais justement, on ne prend pas en compte le HDL, enfin, moi je regarde ça. Après, quand je dis l'incertitude, je vais regarder le HDL, le LDL, regarder évidemment les antécédents, les machins, les bidules, on se dit quand même « ah ouais, tiens, vous, vous êtes limite, mais vous êtes sédentaire ». Voilà, après dans la discussion y a tout ça qui entre en compte. C'est
140 pas spécialement, paf le truc. Mais, je ne prends pas d'autres ad bacs x, y, z. C'est vraiment du cas par cas. La personne sédentaire, qui bouffe des sandwichs tous les midis, en effet, on va dire « ouf, y a plus de risque que ça dérape ». Puis il n'est pas protéger autrement, voilà.

E2 : D'accord, très bien. Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou
145 **souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M13 : Bah voilà, c'est ce que je disais, je voudrais avoir un autre cadre dans ce cas de figure, entre ce qu'on dit à la population, y a un message qui devrait passer, sur le plan du.. Comme on a fait avec les antibiotiques, c'est pas automatique. Bah là, pareil, mais pas sur le plan des statines, plus sur les règles d'hygiènes alimentaires et sportives, l'éducation. Parce que ça, c'est une catastrophe. Je veux
150 pas dire que les gens nous rient au nez, mais ils n'adhèrent pas, quoi.

Entretien 14

Examineur = E2 ; Médecin = M14

5 Q1 :

E2 : Quel est votre rapport aux médias en général?

M14 : Alors les médias, faudrait préciser un petit peu.

E2 : Ce sont tous les médias en général, Est ce que vous êtes plutôt confiant ou au contraire plutôt méfiant ?

10 M14 : Et bien tout dépend de la source du média, heu, moi je fais plus confiance à la presse, où je vois comment des articles sont édités, toute la publicité, je ne regarde pas trop. Après, j'écoute la radio. C'est plutôt la lecture. La presse écrite.

Q2 :

15 **E2 : Et comment avez vous entendu parlé de la polémique autour des statines ?**

M14 : Surtout la presse, on a le quotidien du médecin, qui tous les jours, nous envoie des articles, de la documentation. Donc moi, je lis les grands titres, parfois je sélectionne un article que je lis. Et on en a entendu parlé dans la presse générale aussi.

E2 : Et qu'en pensez vous ?

20 M14 : Heu... C'est un débat très compliqué. Je crois qu'il y a des conflits d'intérêts, y a plein de choses intriquées. Moi, j'y suis assez critique, par rapport aux recommandations. On nous recommande des choses, puis après, plusieurs années après, on dit « bah non, c'était pas ça ». Donc je suis assez critique, et j'attends d'avoir un peu de recul, voir un peu ce qui se passe au bout d'un certain temps avant d'appliquer les recommandations. Voilà.

25

Q3 :

E2 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients, toujours dans le cadre de l' hypercholestérolémie, en prévention primaire ?

30 M14 : Bah, heu, moi, j'ai quand même un coté scientifique, ça induit des changements suite aux interrogations des patients, qui arrivent et qui, d'emblée, disent qu'ils ne veulent pas tels médicaments, parce que le bouche à oreille, y a toujours des gens qui ont des effets secondaires. Voilà. Moi, de façon directe, c'est vrai, que j'essaie d'être objectif quand même, je vous dis, je suis scientifique, mais après les patients, je réponds à leurs question en argumentant les choses, en
35 essayant de négocier. S'ils ne veulent pas un traitement, je négocie pour avoir une attitude qui soit correcte quand même.

Q4 :

E2 : D'accord, et quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

40 M14 : Je les ai découverte il n'y a pas très longtemps. Je trouve qu'ils mettent la barre encore plus haut, qu'il va falloir traiter encore plus de personnes. On ne tient pas compte des antécédents, je trouve, et pleins d'autres facteurs. J'ai les anciennes, anciens trucs là, où y a une fourchette, qui partait à 2,2g de LDL, maintenant c'est un peu plus bas. On tenait compte d'un peu plus de chose, des antécédents. Là, on n'en tient moins compte, je trouve.

45 **E2 : Et du coup, vous décririez votre sentiment comme étant un soulagement, neutre ou bien un agacement ?**

M14 : Un peu un agacement.

E2 : Un agacement. Et du coup, est ce que vous les suivez ?

M14 : Plus ou moins, plus ou moins près.

50

Q5 :

E2 : Et qu'est ce que vous pensez des nouveaux objectifs de LDL justement?

55 M14 : Et bien, je trouve que la barre est de plus en plus haute. Ca veut dire qu'il va falloir traiter de plus en plus de monde, avec des doses de plus en plus fortes. Voilà, donc je m'intéresse sur la tolérance que ça va avoir, voilà.

E2 : Ils vous paraissent applicables ?

M14 : Ca me paraît difficile. Arriver à 0,7 g de LDL, ça me paraît difficile. Bon là on est plus en primaire, ou bien pour des gens avec de grosses pathologies.

60 Q6 :

E2 : D'accord, comment intégrez vous le patient dans votre prise en charge ? Est ce que vous avez plutôt une décision médicale partagée ? Ou bien vous êtes médecin décideur?

65 M14 : Ah bah, écoutez, je suis médecin décideur, mais si la personne ne veut rien entendre, ça ne marchera pas. Je négocie avec la personne pour qu'il y est une observance, sinon ça ne marche pas. Sinon, aussi, j'utilise des statines végétales. Même si dans les articles, on critique un petit peu ça, mais ça marche quand même. Ca fait baisser le LDL. C'est la levure de riz rouge. Puis on garde des résultats qui sont statistiquement significatifs, et que les gens prennent plus facilement, enfin, ma patientèle. C'est des médicaments pas remboursés, donc faut être motivé pour le faire. Mais y a des gens qui prennent ça volontiers, et ça c'est un bon compromis, aussi.

70

Q7 :

E2 : Est ce que ces recommandations ont induit des changements dans votre pratique ?

75 M14 : Bah oui. Puis moi, je me réinterroge aussi. Parce que je ne peux pas me rendre compte juste sur ma pratique de ce qui se passe, donc je lis ce que dit la haute autorité de santé ou les épidémiologistes, moi j'en tiens compte. Là, on parle des statines, mais je suis très sensible au

niveau des antibiotiques, et c'est pas chacun qui bricole dans son coin. Faut tenir compte des avis plus généraux.

E2 : Utilisez vous en pratique quotidienne l'outil SCORE ?

80 M14 : Oui.

E2 : Et est ce que vous l'expliquez à vos patients ?

M14 : Oui oui, je l'ai sur mon écran et je peux le montrer aux gens. Regardez, voilà. Mais la dessus on ne rentre pas grand-chose comme antécédents. J'en ai un autre aussi que j'aime bien...

E2 : Et quelles ont été aussi vos difficultés avec les recommandations et vos patients ?

85 M14 : Je sais pas, je ne peux pas parler de difficultés. C'est de la pratique quotidienne de notre boulot. Parce que y a pas que les statines, y a aussi le traitement cardiaque, enfin hypertension, enfin il peut y avoir plein d'autres choses, et c'est souvent ça qui est associé. Mais non, je ne peux pas parler de difficultés.

90 Q8 :

E2 : D'accord, et quel est votre choix dans l'incertitude ?

M14 : La prudence. Je suis plus accès sur l'hygiène de vie que sur la prescription. Voilà. Et ça plait bien aux gens d'améliorer l'hygiène de vie que de prendre des cachets.

95 Q9 :

E2 : D'accord. Et sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M14 : Bah sur la pratique que j'ai à mon niveau personnel. Non, j'ai pas d'autre base de données. Ou la presse, des articles que je peux lire. Ou des FMC, je vais à des FMC régulièrement.

100 **E2 : D'accord, très bien. Merci cet entretien est terminé, avez vous des remarques ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?**

M14 : Non, comme ça, non. C'est intéressant de faire cette étude. Y a un petit biais, être enregistré, c'est pas facile.

Entretien 15

Examineur = E1 ; Médecin = M15

5 Q1 :

E1 : Quel est votre rapport aux médias ?(radio, télé, internet)

M15 : Je lis un petit peu les journaux, je lis plutôt les sites internet spécialisés, univadis, les reco de l'HAS.

E1 : Est ce que vous leur faites confiance aux différents médias ?

10 M15 : Alors les médias télévisuels absolument pas euh j'ai un esprit très critique sur ma source.

Q2 :

E1 : Que pensez vous des polémiques autour des statines ?

15 M15 : Que c'est de la désinformation de masse et non de l'information puisqu'à cause de la désinformation on arrive à des patients qui ne veulent plus prendre leur statine alors qu'elles leurs sont largement bénéfiques à mes yeux.

E1 : Par quel biais en avez vous entendu parler ?

M15 : par mes patients beaucoup. C'est eux qui me l'ont rapporté vu que je ne suis pas trop la télévision. Après je m'intéresse au sujet mais les premiers qui m'ont alerté c'était mes patients.

20 **E1 : Y a t il eu une polémique qui vous a plus marqué que d'autres ?**

M15 : Non

Q3 :

25 **E1 : Comment ces polémiques ont induit des changements dans la prise en charge de vos patients présentant une hypercholestérolémie, en prévention primaire ?**

M15 : ...

E1 : Y en a t il eu ?

M15 : Aucunement.

E1 : Est ce que vous avez constaté des arrêts de traitement ?

30 M15 : Oui nombreux. Mais généralement plutôt à cause des effets indésirables, enfin il y en a eu à cause des polémiques mais c'était plutôt à cause des effets indésirables. Des douleurs musculaires tout ça..et puis après suite à la polémique, beaucoup de patients ont découvert des effets secondaires de ce traitement. Je m'explique : ils l'ont entendu dans les médias et du coup ils ont ressenti ça.

E1 : D'accord, et par rapport à ces arrêts comment vous l'avez géré ? Est ce que vous l'avez respecté ou réintroduit ?

M15 : Alors réintroduit tout de suite, rarement. J'essayais d'expliquer au patient qu'on pouvait se donner 3 mois selon le taux qui m'amenait, parce que généralement quand ils ont arrêté le traitement ils n'ont pas fait la surveillance de cholestérol, donc je me donnais 3 mois je faisais une prise de sang donc idéalement à J0 et 3 mois et au bout de 3 mois je leur expliquais qu'on se donnait 3 mois d'un point de vue alimentaire. Si ils voulaient arrêter la statine il fallait faire des efforts alimentaires et que si au bout de 3 mois par contre c'était un espèce de contrat en fait que je passais avec eux, si jamais au bout de 3 mis le cholestérol montait ou même restait à des taux trop élevés ou même restait stable, on réintroduisait la statine.

45 Q4 :

E1 : Quel est votre avis sur les nouvelles recommandations de la HAS 2017 ?

M15 : ...

E1 : Dans le sens est ce que ça a été un soulagement, un agacement, neutre ?

M15 : Je ne les aies pas lu pour être honnête, je suis resté sur ce que j'avais appris dans ma pratique.

50 **E1 : Donc vous êtes plutôt sur les anciennes recommandations ?**

M15 : Oui sur le dénombrement de facteurs de risques qu'il y avait dans les dernières recos . Je prends en compte les facteurs de risque et j'essaie de m'adapter.

Q5 :

55 **E1 : Donc la prochaine question est sur les nouveaux objectifs de LDL et sur ce que vous en pensez, est-ce que du coup vous en avez entendu parler ?**

M15 : Que le niveau doit être plus bas ? Oui ça je l'ai su par les patients qui sont suivis, alors c'est plutôt en prévention secondaire, par des cardiologues, en post infarct, qui maintenant demandent d'être en dessous de 0,7 alors qu'avant c'était 1.

60 **E1 : Donc que pensez vous de ces nouveaux objectifs ? Vous paraissent ils atteignables ?**

M15 : Difficilement, honnêtement j'ai beaucoup, euh j'ai pas beaucoup de patients pardon qui sont en dessous de 0,7. Mais en dessous de 1 oui, après quand ils sont à 0,75 je ne les engueule pas, pour moi c'est un bon taux !

65 Q6 :

E1 : Comment intégrez vous le patient dans sa prise en charge ?

M15 : J'essaie de le rendre actif. Dans le sens où je lui explique que si moi je lui donne un comprimé mais qu'il ne change pas son alimentation , ça changera rien. Enfin ça changera rien, on va continuer à avoir des taux trop élevés. Donc j'essaie de le rendre actif dans la démarche parce
70 que c'est lui le principal acteur et dans son alimentation. J'essaie de lui faire changer son alimentation. Et je m'aide pour ça d'une infirmière asalée qu'on a dans la maison de santé.

C'est une décision à deux parce que si on pilote tout seul, il n'y a plus personne qui nous suit donc moi j'essaie de lui faire comprendre c'est pour ça aussi que je ne réintroduis, on on perlait tout à l'heure, pas les statines tout de suite euh, je leur donne un délai de 3 mois pour qu'ils se rendent
75 compte que eux peuvent être actifs, que eux peuvent faire quelque chose, et que si ils ne changent

rien à leur alimentation ils vont avoir la statine et que si ils veulent changer leur alimentation et faire baisser le cholestérol, peut être qu'on ne mettra pas la statine. Mais dans tous les cas les efforts alimentaires sont quand même primordiaux.

80 Q7 :

E1 : Comment ces recommandations ont changé votre pratique ? Est ce qu'elles l'ont changé ?

M15 : Alors j'ai pu introduire plus précocement des traitements par statine. Si au bout de 3 mois le taux diminue, je leur laisse encore 3 mois par contre si il augmente c'est sûr ils repartent avec une prescription de statine, si leur taux est stable, voilà j'essaie de faire un peu le point avec eux, si le patient est pas trop réticent j'introduis quand même la statine, ou la reprend.

E1 : Et comment l'avez vous abordé avec vos patients la notion d'intensification du traitement pour passer comme vous le disiez tout à l'heure de 1g à 0,7 ?

M15 : Généralement l'avis du cardiologue a suffit. Surtout en prévention secondaire. En tout cas là où je suis en rural, c'est très respecté.

90 **E1 : Bon là dans cette étude on est en prévention primaire**

M15 : On leur explique que de toute façon il n'y a pas de norme il n'y a pas de ..voilà, que c'est une barrière et que plus bas ils seront mieux ce sera pour leur coeur, donc généralement quand même le message passe.

95 Q8 :

E1 : Sur quelle autre base de données vous appuyez vous dans vos prescriptions ?

M15 : Silence... Sur mes cours et sur mes anciennes fiches ECN que j'ai bossé à l'époque et que j'essaie d'actualiser. Et après j'ai des relations avec les cardiologues donc j'essaie de voilà quand ils me disent quelque chose de l'intégrer. Voilà pour revenir à ce fameux 0,7, je n'en avis pas conscience c'est un patient qui me l'a appris, je n'avais pas bossé les recos, et du coup ben j'en ai

discuté un petit peu et puis effectivement j'ai vu qu'il y avait des choses qui étaient sorties et je n'ai pas encore pris le temps de les bosser donc voilà.

Q9 :

105 **E1 : Quelle est votre décision dans l'incertitude ?**

M15 : En prévention primaire toujours ?

E1 : oui en prévention primaire.

M15 : En prévention primaire, toujours je vais temporiser. Si vraiment le taux est limite ou quoi je vais rappeler les règles hygiéno-diététique, orienter vers l'infirmière asalée qui m'aide beaucoup et
110 ensuite voilà un contrôle à 3 mois généralement, moi je me donne 3 mois et si vraiment j'ai été indécis, voilà je me donne 3 mois, je donne 3 mois au patient. J'essaie de préparer le patient à la prescription de statine. En disant voilà ce sera important pour vos vaisseaux, pour votre coeur qu'on baisse ce taux de cholestérol si vous n'y arrivez pas par l'alimentation mais commencez par l'alimentation, faites quelque chose sur l'alimentation. Ce que je leur dis toujours c'est il y a deux
115 solutions, soit vous continuez à mal manger à prendre du poids, vous allez être en surcharge pondérale, vous allez être possiblement insulino-résistant dans un diabète qui va se développer donc vous allez aussi avoir du cholestérol donc au final je vais vous mettre 5-6 médicaments de plus alors que si vous faites quelque chose sur l'alimentation vous aurez moins de médicaments et ça généralement ce discours passe assez bien et pour l'instant j'ai des bons résultats. Généralement ça
120 leur permet, au moins ils se réveillent pour les règles hygiéno-diététiques, il y a souvent besoin quand même de prescrire une statine mais déjà les taux sont en amélioration.

E1 : Cet entretien est terminé, merci de votre participation, avez vous des remarques par rapport au sujet ou aux questions ou souhaitez vous ajouter quelque chose ?
125 **Commentaire libre ?**

M15 : Alors votre thèse je la trouve très intéressante et j'aimerais beaucoup avoir les résultats de la thèse si c'est possible.

E1 : Oui je vous les communiquerai. Merci

Annexe 8 – Tableau récapitulatif des thèmes et sous thèmes

Thèmes	Sous thèmes	Fragments
Polémique autour des statines	Accueil de la polémique	-Méfiance -Surprise -Agacement
	Prise de connaissance de la polémique	-Patients -Médias -Spécialistes d'organes
Méfiance généralisée	Grande méfiance envers les médias	
	Perte de confiance des patients	-traitements -médecine actuelle
	Sentiment de manipulation par les laboratoires	
	Image du cholestérol et des statines	
	Recommandations : -Accueil et applications -Référence opposable -Remise en cause sur la forme et sur le fond -Attente d'une évolution	-Objectifs de LDLc difficilement atteignables -Distinction prévention primaire/secondaire -Outil Score -Le remplaçant -populations aux besoins variés

Modification du rôle du médecin traitant	Médecin filtre	Rétablir une vérité scientifique
	Communication horizontale	-Dialogue renforcé -Décision médicale partagée -Éducation en santé
	Modification des pratiques	-Réductions et arrêts de traitements par les médecins -Examens complémentaires -Avis spécialisés -Améliorer la prise en charge

Annexe 9 – Liste des verbatims

I. DE LA POLEMIQUE AUX RECOMMANDATIONS

I.A. Polémique autour des statines

I.A.1. Accueil de la polémique

M1 :

« c'est quelque chose qui me hérissé complètement » P81L32

« ça nous enquiquine beaucoup [...] ça remet en cause notre façon de prescrire » P80L15-16

« c'est beaucoup comme les vaccins [...] je pense que c'est beaucoup de vent pour rien » P80L21-22

« propagande anti [statines] » P81L31

M2 :

« j'en ai entendu parler [...] je pense qu'elle ne sont pas vraiment fondées » P86L18

« on est tenté d'écouter ceux qui font le plus de bruit » P86L19-20

M3 :

« l'émission très très négative » P91L25

M4 :

« ça m'a un peu scié les pattes » P98L17

« [Publications de De Lorgeril et Even] un orage, une bousculade » P98L19

« Y a tellement de polémique, entre les affaires des statines, l'affaire maladie de Lyme, celles sur Creutzfeldt-Jakob, le sang contaminé, les vaccins... Les statines, c'est peanuts à côté » P101L87-88

M5 :

« les statines, elles ont fait leurs preuves » P103L16

M6 :

« ils créent des inquiétudes qui n'ont pas lieu d'être » P109L20-21

« c'est peut être d'actualité mais c'est la vaccination [...] c'est le même genre de psychose »

P110L32 [...] L37

M7

« Moi je vois plein d'effets positifs de cette polémique, parce que ça aide les patients d'être méfiants de certains soins et de certains traitements, et des fois, c'est à raison et dans leur intérêt »

P115L17-18

« Le danger, par contre, c'est de tomber dans la théorie du complot, ce qui est très à la mode en France en 2018 » P115L18-19

M8 :

« Moi je pense que ça a pris des proportions qui n'étaient pas adaptées » P120L20

« Après ce qui est positif la dedans c'est que euh je pense que également que c'est un traitement qui est parfois prescrit abusivement, et que ça fait reconsidérer nos pratiques et ça je trouve que c'est positif » P120L21-23

« et que tout ce qui a été dit n'était pas forcément vrai et justifié ou prouvé scientifiquement »

P120L24-25

M9 :

« j'en pense rien. Je suis malheureux pour les gens qui les arrêtent alors qu'ils devraient les prendre, surtout. Et tant pis pour eux » P128L28-29

M10 :

« Je ne suis pas contre... je ne suis pas contre. Je pense que les patients ont raison de s'informer, on a quand même malheureusement pas mal d'effets indésirables et surtout des indications qui n'étaient pas tout à fait posées qui n'étaient pas à mon avis toujours justifiées » P134L16-18

« c'était une attaque contre les statines en général » P134L25

M11 :

« c'est vrai que c'est une question qui peut se poser moi je me la suis déjà posée même avant en fait qu'il y ait les gros scandales » P141L23-24

« c'est toujours pareil certains médias font du scandale ou du sensationnel pour avoir euh...plus d'audience » P143L56-57

M12 :

« Entre celles qui disent qu'il faut être de plus en plus drastique sur les chiffres et puis d'un autre côté ceux qui disent que finalement en prévention primaire ça n'aurait pas sa place, on est complètement à l'opposé total donc franchement moi ça m'embrouille plus qu'autre chose. Je ne sais plus trop quoi en penser » P150L18-21

« Mais pareil chez les cardiologues c'était très varié y en avait qui disaient qu'il fallait absolument obtenir un certain seuil, on voyait tout de suite ceux qui avaient choisi leur camp au niveau de la polémique » P152L54-56

M14 :

« débat très compliqué. Je crois qu'il y a des conflits d'intérêts » P167L20

M15 :

« c'est de la désinformation de masse et non de l'information » P172L14

I.A.2. Prise de connaissance de la polémique

M1 :

« par des retours de patients, quasiment que par des retours de patients » P80L18

M2 :

« les patients m'en ont beaucoup parlé. Sinon quel autre biais, internet » P86L22

M3 :

« en premier lieu par les patients, c'est toujours ce qui est surprenant » P91L22

M4 :

« autant dans les médias que au travers des propositions de participer à des soirées de formations »

P99L26-27

M5 :

« certains cardiologues américains, je crois, ont publié des articles » P103L20

M6 :

« c'est surtout finalement à la radio avec des émissions » P110L28

M9 :

« C'est les patients qui en parlent beaucoup. Puis, oui, par les médias » P128L32

M10 :

« les patients [...] ça sortait dans des revues » P134L22-23

M11 :

« j'ai eu des patients qui sont venus qui m'avaient dit qu'ils avaient vu ce reportage, enfin d'ailleurs moi j'ai lu des articles » P142L37-38

M12 :

« Beaucoup de patients qui m'ont dit qu'ils avaient vu, lu, entendu parler que finalement ce n'était peut être pas nécessaire de le prendre tout ça » P151L27-28

« c'était par des cardiologues aussi effectivement que j'ai pris connaissance de la polémique »

P152L56-57

M14 :

« Surtout la presse, on a le quotidien du médecin, [...] Et on en a entendu parlé dans la presse générale aussi » P167L16-18

M15 :

« par mes patients beaucoup » P172L18

I.B. Méfiance généralisée

I.B.1. Grande méfiance envers les médias

M1 :

« pas prendre pour argent comptant » P80L10

M2 :

« je ne les écoute pas beaucoup » P86L7

« la télé, je ne la regarde pas » P86L10

« critique plus que méfiant, et ça ne me guide pas dans la manière de voir les choses » P86L13-14

M3 :

« je n'aime pas trop ce qui est télévisuel » P91L7

« je suis très méfiante » P91L11

M4 :

« plutôt méfiant des littératures et des publicités » P98L10

M5 :

« médias dépendant » P103L9

M6 :

« plutôt méfiante, parce qu'on entend de tout et n'importe quoi et les sources ne sont pas toujours très fiables » P109L9-10

« quand ils entendent le nom statines dans la prescription ils disent non, oulala, ça c'est un traitement, c'est dangereux, faut pas le prendre » P110L42-43

M7 :

« Je suis plutôt critique, tout dépend du média et son opinion politique » P115L11

M8 :

« la télé je m'en méfie de toute façon de base » P120L13

M9 :

« je ne regarde pas les émissions sur les statines à télé » P127L8

« *la presse, ça ne m'intéresse pas trop* » P127L10

« *Je suis presque indifférent* » P127L13

M10 :

« *Méfiant* » P134L9

M11 :

« *c'est toujours orienté [...] je ne lis pas trop les médias grand public* » P141L12-13

« *on peut douter un peu en fonction du média c'est toujours un parti pris déjà politique* » P141L15-16

M12 :

« *je m'en méfie (rires), je m'en méfie et ça dépend lesquels ça dépend les sources* » P150L7

« *Je me méfie beaucoup de la télé, je me méfie beaucoup de ce qui sort dans les journaux non médicaux, tout ce qui est réseaux sociaux* » P150L9-10

M13 :

« *je suis critique. Je ne fonce pas tête baissée* » P161L9

M14 :

« *tout dépend de la source du média, heu, moi je fais plus confiance à la presse, où je vois comment des articles sont édités* » P167L10-11

M15 :

« *les médias télévisuels absolument pas, j'ai un esprit très critique sur ma source* » P172L10

I.B.2. Perte de confiance des patients

M1:

« *une vraie méfiance globale de la médecine actuelle* » P80L22-23

« *perte de repères de confiance des patients* » P81L24

« une vraie réticence des patients [...] quand on prononce le mot statine de toute façon ils n'en veulent pas » P81L38 [...] L40-41

M3 :

« écoutez docteur, on entend tout et n'importe quoi » P92L28

« des gens qui étaient complètement remontés » P92L41

« il m'a traité d'empoisonneuse, c'était assez violent » P91L25

M6 :

« [...] ça met une psychose pour les patients qui est extrêmement difficile à gérer pour nous après » P109L21-22

M8 :

« ça a surtout dans un premier temps alarmé les gens » P120L20-21

« le point négatif c'est surtout que les gens ont paniqué » P120L23-24

M12 :

« Ils testent le médecin [...] Et puis en fait ils vont vous avouer que en fait ça fait déjà des mois qu'ils ont déjà arrêtés, et vous voyez bien docteur le chiffre a pas bougé ou ce genre de choses »

P152L67-71

« enfin il y a beaucoup de dégâts qui sont faits parce que les patients vraiment s'ils sont de plus en plus méfiants face au traitement face au corps médical face à tout ça parce qu'ils ont l'impression qu'ils savent parce que les médias leurs disent » P159L242-245

M13 :

« ça donne le doute aux patients » P163L54-55

I.B.3. Sentiment de manipulation par les laboratoires

M1 :

« un taux de cholestérol ne suffit pas à convaincre » P81L42

« quelqu'un qui n'a aucun symptôme, qui ne ressent rien » P84L102

M3 :

« beaucoup de gens qui ont profité de cette crise » P91L18-19

« on a tendance à être centrées sur nos chiffres » P92L37

« on oublie de demander aux gens s'ils le supportent » P92L38

M4 :

« qu'on avait été un peu joué des laboratoires » P99L35-36

M5 :

« des pratiques américaines [qui] nous avaient persuadés qu'il fallait traiter l'hypercholestérolémie sur des chiffres » P99L36-37

M11 :

« on peut douter un peu [...] effectivement c'est en fonction du média, c'est toujours un parti pris déjà politique » P141L15-16

« puis qui disent oui voilà machin vous nous empoisonnez les labos donc ça tourne aussi dans l'autre sens vite à la psychose » P142L41-42

I.B.4. Image du cholestérol et des statines

- Cholestérol

M2 :

« plus on avait du cholestérol, plus c'était dangereux, c'est quelque chose qui est dans les esprits d'un peu tout le monde » P89L86-87 [...] 87-88

M5 :

« une image forte dans le public, le cholestérol, c'est dangereux, bien plus que l'alcool et le tabac, l'image est plus forte. On peut boire et fumer, mais surtout le cholestérol, il n'en faut pas »

P107L107-108

M12 :

« ils sentent que ça va être un truc à vie et ça ça leur fait peur. Quand ils se disent, quand on commence à 40 ans et qu'ils se disent qu'ils en ont encore pour 40 ans à la prendre, en général vraiment ça les décourage » P153L88-90

« en plus d'être encore plus drastique sur les chiffres euh les patients sont flippés, ils regardent ils voient des petites étoiles sur la biologie du laboratoire, ils ne savent pas comment l'interpréter euh ils reviennent en disant mais alors je vais faire un infarctus je vais faire un AVC, ça les stresse vraiment beaucoup et les petites étoiles du labo ça vraiment ça les stresse. » P154L109-113

M13 :

« Puis en même temps, si on en donne pas, bah quand même, quoi, on sait qu'on protège un maximum la personne » P162L37-38

« on embête les gens sur leur cholestérol, après est ce que c'est vraiment la dessus qu'il faut les embêter ? Y a aussi les facteurs thrombotiques, pro-thrombogènes, et on oublie un petit peu, on ne nous en parle très peu, et c'est peu être dommage, parce qu'on se rend compte qu'il y a des gens qui ont un cholestérol au plafond, et qui ne feront jamais un accident cardio-vasculaire, puis y en a d'autres qui ont trois fois rien, puis qui voilà, il y a autres chose » P162L27-32

- Statines

M13 :

« [...] c'est une usine à gaz ! C'est extraordinaire ces statines » P162L27

« Alors les statines, c'est un produit merveilleux. On peut pas dire autrement. Qui font tout » P161L23-24

« on est gêné. Vraiment gêne avec ça. C'est vraiment la molécule qui nous embête le plus » P162L41-42

M15 :

« elles leurs sont largement bénéfiques à mes yeux » P172L15-16

I.C. Recommandations

I.C.1. Accueil et applications

M1 :

« avis neutre on va dire parce que je reconnais que ça n'a pas vraiment changé ma pratique »

P82L66

M2 :

« Heu, c'est un bon guide déjà » P87L44

« pour la prévention primaire, je ne me souviens plus ce qu'ils disent exactement. » P87L46-47

« Oui, je les ai lu, mais je ne m'en souviens plus » P87L48

« Bah plus ou moins, en tout cas, pour la prévention secondaire oui. Pour la prévention primaire, je ne les suis pas. » P88L52-53

« et donc en prévention primaire je les prescris vraiment quand le LDL est très haut, s'il dépasse 2,2-2,4g/L » P89L81-82

M3 :

« Alors, je ne les ai plus trop en tête » P93L65

« J'essaie de les suivre » P93L74

« en prévention primaire, où je n'en ai plus instauré, sauf dans l'hypercholestérolémie familiales »

P95L112-113

« je suis restée à l'objectif de 1 g/L, en dessous j'ai un peu du mal à imaginer descendre beaucoup plus bas » P94L83-84

« Je suis restée un peu sur les anciennes normes. » P94L90

M4 :

« concrètement ça n'a pas changé grand-chose dans ma pratique » P100L60

« je pense que si on suivait scrupuleusement les recommandations de l'HAS, on donnerait peu de statine en prévention primaire de toute façon » P98L19-21

« je sais pas s'ils ont beaucoup changé par rapport aux critères d'avant » P100L59

« je m'en tiens à des prises en compte basiques sur les facteurs de risque, toujours les mêmes. » P100L52-53

M5 :

« C'était plutôt la confusion. C'est à dire, comme toutes les recommandations, au lieu d'avoir un tableau simple, avec trois lignes, parce que les médecins généralistes ne lisent pas, mémorisent peu. C'est trop complexe » P105L56-58

« je sais pas pour les autres généralistes, ça m'a jamais intéressé le cholestérol » P106L75-76

« Je sais même pas ce que c'est » P104L48

« j'ai pas tout ça dans la tête. Ça me passionne pas. Je les ai lu, mais je ne m'en souviens pas » P105L52-53

« Je crois qu'il y a des incertitudes » P105L50

« J'essaie de ne pas prescrire de statines, en faisant les recommandations machin, le régime, huile d'olive, le sport, tout ce que les gens n'aiment pas et qu'ils ne font jamais » P106L85-86

M6 :

« Je pense que c'est une bonne chose » P111L69

« en tout cas moi ça m'a plus fait commencer des traitements euh rapidement [...] Dans la prévention primaire c'est surtout commencer plus tôt les choses. Je laisse moins traîner » P113L103 [...] L104-105

M8 :

« je trouve que ce n'est pas très concret » P122L66

« je trouve ces recommandations elles sont très abstraites » P122L70

« pour ce qui concerne les diabétiques euh et finalement les patients à haut risque cardio-vasculaire ça reste cohérent. » P122L71-72

« les patients qui ont une hypercholestérolémie isolée qu'est ce qu'on en fait et est ce que c'est vraiment prouvé scientifiquement que c'est mieux de les traiter ? Est ce qu'on ne peut pas faire autre chose avant ? Ça c'estmoi je suis plutôt partisane de ça. » P123-124L73-74-75

« elles ne l'ont pas changé » P125L127

M9 :

« j'ai pas d'idée. Enfin je veux dire, les recommandations ont changé, donc en fait, on en prescrit moins. » P127L18-19

« Alors, il faudrait que je les connaisse vraiment » P128L52

« Dans les faits, ça arrive très rarement, on n'est quasiment plus amené à en mettre » P129L53-54

« ceux chez qui on en initie, ce sont les diabétiques » P129L56

« [en parlant des diabétiques] ce qu'il y a de plus dur, dans les recommandations, c'est que eux, à partir du moment où ils prennent une statine, ils doivent prendre du Kardégic » P130L85-87

« j'ai déjà quasiment plus traité en prévention primaire » P131L113

« C'est compliqué, parce qu'on s'est retrouvé aussi à mettre des statines, chez des gens qui n'ont pas du tout de cholestérol... C'est à dire qu'à un moment donné, le critère c'était d'en donner, s'il y en avait. C'était un objectif de LDL. Maintenant, ces dernières années, on disait que c'était la statine elle même qui solidifiait la plaque d'athérome et qui évitait un accident cardio-vasculaire, cholestérol ou non. C'est à dire que ça, ça a encore changé. C'est bizarre, ça été quelque chose de difficile à faire admettre aux gens, de prendre un anti-cholestérolémiant alors que je n'ai pas de cholestérol » P131L118-124

« j'ai quelques personnes, qui mériteraient d'avoir des statines, mais qui ont des fibrates pour différentes raisons, et souvent, ce sont soit des gens qui ne supportent pas les statines, mais ont vraiment du cholestérol et des facteurs de risque cardio-vasculaires associés » P132L137-140

« on avait aussi le soucis des génériques/non génériques, parce qu'en faite la Simvastatine a été génériquée assez tôt, et globalement marchait moins bien. En terme de résultats biologiques, le Tahor marchait beaucoup mieux. Avant, on pouvait être dans l'ambiguïté de mettre des médicaments qui coûtaient plus chers, mais qui marchaient mieux. Mais maintenant, c'est plus le cas » P132-133L149-153

M10 :

« Et quand on refait les scores on arrive à des non indications de traitement du cholestérol » P134L19

« C'est une orientation mais après je ne suis pas d'une rigueur gigantesque. Voilà je ne les prends pas au pied de la lettre. Je les prends comme une orientation » P136L57-58

« 36 ans d'expérience, les recommandations ce n'est pas la bible pour nous » P136L61

« Après vous avez l'HAS, vous avez les scores plus ou moins si on calcule ça passe enfin....Donc c'est vrai que c'est un élément qui est plus intéressant qu'un avis d'expert et c'est à ce titre là que j'en tiens un peu plus compte. » P137L92-94

« je crois qu'actuellement le problème, c'est qu'on confond prévention sur l'hygiène et la façon de vivre, et prévention armée, comme je dis, avec des médicaments, donc il faudrait quand même que, quand on commence une prévention armée, on soit sûr qu'on va vraiment apporter un bénéfice à un patient » P139L139-142

M11 :

« Moi ça me dérange un petit peu. Je pense qu'il faut toujours faire attention , ça doit toujours être personnalisé. Donc effectivement on a des guidelines mais il faut pas non plus être aveugle... »

P142L32-34

« Après c'est vrai que le plus possible j'essaie de regarder les données de l'HAS parce que bon on se dit que quand même ça a été, enfin, déjà euh d'un point de vue médico-légal c'est quand même ce qu'il y a de plus solide quand il y en a. » P148L185-187

M12 :

« moi je les trouve trop sévères » P154L100

« déjà je trouve ça trop sévère et puis de deux je trouve, c'est pas très clair » P154L115

« On ne sait plus si du coup les HDL dans un bon chiffre, dans un bon taux c'est protecteur ou pas, ça n'apparaît plus ça, il y a beaucoup de choses qui ont sauté et maintenant ils s'axent beaucoup sur le diabète euh l'insuffisance rénale et au milieu de tout ça les facteurs de risque cardio vasculaire et on ne sait pas bien...je les trouve moins clairs et plus sévères. » P154L119-122

M13 :

« on a ce qu'il faut faire, l'HAS, tout ça, puis après on se dit, est ce qu'on fait bien. Franchement, on se pose des questions. Tous. » P161L17-18

« Alors c'est bien joli de nous mettre des reco, mais c'est encore des recos de papier, où on ne tient pas en compte notre expérience et notre clientèle » P164L76-77

« L'HAS nous axe sur des protocoles, puisqu'on est une médecine de protocoles. Donc c'est bim, bam, boum, puis le reste n'existe pas » P163L59-60

« C'est 40-65 ans, mais alors quand c'est en dessous et quand c'est au dessus... » P163L70

« Bon voilà, c'est là, où ça va pas, on nous balance un truc, tout le monde est content, ils ont fait un joli petit machin, sauf qu'on en a qui moins de 40 ans, qui se retrouvent avec des zones de cholestérol et on va leur faire de l'exercice et tout ça, on va traiter, et puis les plus de 65 ans, 67, à bah tiens, ça sort du truc, mais on fait quand même, on se dit ok. Mais 70, on se dit, je suis dans quel truc, je suis pas à 80 ans, donc je fais quoi entre 70 et 80 ? » P163-164L71-76

M14 :

« j'y suis assez critique, par rapport aux recommandations » P167L21

« Je les ai découverte il n'y a pas très longtemps. Je trouve qu'ils mettent la barre encore plus haut, qu'il va falloir traiter encore plus de personnes. On ne tient pas compte des antécédents, je trouve, et pleins d'autres facteurs. » P168L40-42

« un agacement » P168L47

« Plus ou moins, plus ou moins près » P168L49

« c'est pas chacun qui bricole dans son coin. Faut tenir compte des avis plus généraux » P170L76-77

M15 :

« Je ne les aies pas lu pour être honnête » P173L49

« Alors j'ai pu introduire plus précocement des traitements par statine » P175L82

I.C.2. Les recommandations vues comme une référence opposable

M3 :

« Je suis plutôt soulagée qu'il y ait un consensus qui soit trouvé, [...] de parler de niveau de preuves de données basées sur la science » P93L69[...] L70-71

I.C.3. Remise en cause des recommandations

I.C.3.a. Sur la forme

M7 :

« j'ai été au congrès du CNGE en 2016 ou 2017, où y avait une table ronde la dessus, et j'ai été très déçue de voir que les intervenants avaient des conflits d'intérêts et que leurs propositions n'avaient pas du tout été posées de manière scientifique, mais si les reco HAS sont à cheval entre ce qu'ils ont dit et ce que dit la revue Prescrire, j'imagine qu'on ne prescrit pas en prévention primaire, sauf à très fort risque artériel. Et comme de toute façon y a pas mal d'inconnu, je ne culpabilise pas de ne pas les connaître avec plus de précision. » P117L56-61

« pondues par les labo et la société savante de cardiologie, qui ne sont pas vraiment dénués de conflits d'intérêts » P117L70-71

« [...] je m'autorise à mettre en doute une prescription de statine, même si elle a été demandé par le cardiologue, et je me sens légitime scientifiquement à pas les commencer ou pas les discuter »

P118L94-96

M10 :

« autant je sais que l'HAS et les recommandations doivent être pris au pied de la lettre, mais il y a quand même beaucoup d'intérêts en jeu et c'est quand même difficile de prendre une distance par rapport à ça. » P135L44-46

« Donc on se dit quelle est la part de vérité? » P135L49

« Dans ce domaine la c'est quand même très compliqué on voit quand même que les...je trouve que les experts ne sont pas toujours neutres, que les cardiologues sont quand même très très statines, très aspirine alors que là aussi on vient de voir que l'aspirine est supprimée en prévention primaire. » P135L46-49

« il y a l'HAS et puis il y a un flou artistique de tous nos correspondants spécialistes qui nous rabassent après les trucs américains , qui nous rabachent une exigence sur le LDL. Je trouve que c'est le flou artistique quand même où il faut essayer de trouver un équilibre entre le spécialiste qui vous dit non non moi il faut rajouter de l'ezetrol il faut rajouter machin parce que moi je veux un LDL à 0,60 » P137L88-92

M11 :

« mon avis il est un petit peu dur parce que effectivement ces recommandations elles sont faites par des spécialistes » P144L95-96

M13 :

« Tout le monde est sur sa chapelle, le cardio, il va dire ça, les diabéto, houlalala, si vous n'en mettez pas, c'est la catastrophe » P162L36-38

« maintenant, y a des cardio qui disent qu'il faut peut être arrêter, faut leur apprendre à manger, faut mettre des légumineuses. » P162L38-39

« Et nous, on fait avec » P162L39

« Alors des fois, on freine un peu, parce qu'il y a certains cardio, qui sont des ascètes » P164-165L99-100

I.C.3.b. Sur le fond

- Objectifs LDLc jugés difficilement atteignables

M1 :

« ils sont très difficiles à faire accepter par les gens , moi je veux bien entendre qu'il y ait des études qui aient démontré leur intérêt mais c'est compliqué, surtout en prévention primaire »

P82L72-73

M2 :

« ils paraissent difficilement atteignables. Pour l'objectif du 0,7g/L, [...] la plupart du temps, on est obligé d'escalade thérapeutique pour y arriver, et je ne suis pas sûr que dans la balance bénéfice-risque il y ait vraiment de bénéfice à augmenter les statines » P88L57-60

« et donc en rajoutant le Liptruzet ça fait mourir les gens » P88L61-62

M3 :

« Parce que je me dis que pour arriver à un objectif, on va peut être devoir augmenter les doses, du coup, augmenter les effets indésirables, la toxicité, et je suis aussi dans le frein de me dire si on se fixe un objectif qui est sur le papier et on risque encore d'oublier le patient, son confort, son observance » P94L87-90

« J'étais assez réticente à ces nouveaux objectifs jusqu'à récemment » P94L82-83

M6 :

« Moi je les trouve sévères, strictes » P112L77

M12 :

« c'est quand même pas rare de voir des patients qui ont vraiment changé leur mode de vie, qui [...] vont avoir perdu du poids, mangent vraiment mieux, font de l'activité physique, ont arrêté le tabac, ont vraiment une vie beaucoup plus saine, euh, les chiffres n'ont pas bougé d'un poil, et eux, ça les décourage » P154L100-105

M7 :

« Aucune étude scientifique ne donne de chiffres LDL, dans des études de haut niveau de preuves, qui auraient étudié soit la mortalité globale, soit la morbi-mortalité et la qualité de vie. » P117L68-70

« Du coup pour moi, ces objectifs LDL ce sont de grosses conneries » P117L70

« je me fiche des objectifs de LDLc » P118L94

M8 :

« Ben je trouve que c'est encore plus strict hein ! » P123L82

« Les nouveaux objectifs, ce qui m'interpelle, est ce que on sait vraiment si ces nouveaux objectifs sont bénéfiques sur la mortalité au sens large. Est ce que ça change vraiment beaucoup les chiffres de la mortalité? Parce que si on traite quelqu'un qui a une hypercholestérolémie isolée euh il gagne quelques jours de vie euh c'est pas des années ! ces quelques jours donc euh est ce que sur la mortalité ça a un réel impact ? » P123L90-94

M9 :

« je ne m'en souviens plus » P129L72

M10 :

« si c'est 1,03 je ne vais pas me casser la tête. Alors je prends 1 ou un autre chiffre hein, effectivement ça me donne un ordre de grandeur avec un objectif qu'on fixe avec le patient. »

P136L64-65

M11 :

« C'est pas évident on sait très bien que euh...donc on est obligé de leur proposer ces traitements pour atteindre ces taux. » P142L46-47

« je ne suis pas aussi strict que les taux le demandent. » P142L47

« c'est dur parce que c'est des taux qu'on n'arrive pas toujours à avoir avec des fois des grosses doses et puis les patients qui à ces doses là qui régulièrement commencent à sentir des effets indésirables » P144L97-99

« l'objectif est plus haut on peut essayer de l'atteindre mais de toute façon ce sera toujours modulé par l'observance du patient et sa tolérance au traitement » P145L103-104

« on n'y arrive déjà pas sur ceux d'avant donc il faut être réaliste. » P145L116-117

M12 :

« c'est quand même pas rare de voir des patients qui ont vraiment changé leur mode de vie qui ont vraiment la partie hygiène alimentaire, enfin hygiène de vie de manière générale, des patients qui par exemple ont été un peu en surpoids vont avoir perdu du poids mangent vraiment mieux font de l'activité physique, ont arrêté le tabac, ont vraiment une vie beaucoup plus saine euh les chiffres n'ont pas bougé d'un poil et eux ça les décourage » P154L100-105

« Donc là c'est quand même compliqué de rebondir et de leurs dire que c'est quand même bien ce qu'ils font qu'ils se font du bien qu'ils font du bien à leur corps alors que la prise de sang dit l'inverse » P154L107-109

« Sévères et puis euhhh pas forcément, pas forcément le reflet de l'hygiène de vie des patients Enfin on n'est pas chez eux, peut être qu'ils nous disent des trucs et qu'ils ne le font pas chez eux mais quand on constate qu'un patient a arrêté de fumer a perdu poids, est vraiment mieux et que les chiffres de LDL montent on ne comprend plus rien » P155L129-132

« je trouve qu'il est vraiment sévère sévère après disons que je tolère un peu plus des chiffres un peu plus élevés si je vois que l'hygiène de vie est bonne » P155L142-144

« j'avoue je me base plutôt sur les anciennes recos avec les taux, et j'essaie déjà d'atteindre les taux de l'ancienne reco qui sont déjà pas faciles à atteindre »P162L40-41

M13 :

« des objectifs très drastiques, le 0,7, oulalala, bah, on ne l'a pas, quoi ! On peut pas l'avoir, c'est pas possible »

« Bah ils sont trop durs »P164L79

M14 :

« je trouve que la barre est de plus en plus haute. Ca veut dire qu'il va falloir traiter de plus en plus de monde, avec des doses de plus en plus fortes. Voilà, donc je m'intéresse sur la tolérance que ça va avoir »P169L53-55

« Ca me paraît difficile. »P169L57

M15 :

« Difficilement, honnêtement »P174L61

« Mais en dessous de 1 oui, après quand ils sont à 0,75 je ne les engueule pas, pour moi c'est un bon taux ! »P174L62-63

- Distinction entre prévention primaire et prévention secondaire.

M1 :

« A la rigueur, effectivement, en prévention secondaire, quand les gens ont déjà eu un problème, on peut, à la rigueur, [...] mais alors en prévention primaire, les gens quand ils n'ont encore rien, ça devient difficile de les faire adhérer à ce genre de choses » P82-83L73-76

M2 :

« Pour la prévention secondaire encore, quand le LDL n'est pas à l'objectif, j'essaie toujours de me demander si je ne peux pas améliorer le traitement [...] alors en prévention primaire, heu, j'ai pas

d'idées très claires sur l'utilisation des statines, j'avais l'impression que ça ne changeait pas grand chose sur la mortalité » P88L74-75 [...] P89L80-81

M3 :

« en prévention secondaire, la question ne se pose pas, parce que y a un effet sur la morbi-mortalité [...] pour la prévention primaire, [...], c'est que en cas, vraiment d'hypercholestérolémie identifiée, biologique, éventuellement familiale » P93L65-68

« Alors quand y a un infarctus ou un AVC, y a pas de problème, mais quand on est chez le diabétique, sur l'artériopathie, je pense que c'est plus difficile à négocier avec le patient » P94L76-78

M8 :

« en prévention secondaire ça n'a pas été le cas parce que les gens comprenaient très bien l'intérêt du traitement chez eux » P121L42-43

M9 :

« C'est à dire qu'il y a quelque chose d'ambigu dans cette gestion des statines, ou même des fibrates, c'est à dire qu'on a fait la preuve de leur efficacité en prévention secondaire, mais pas en prévention primaire. » P129L62-64

« je crois que les statines, on en a fait le tour, j'en mets quasiment jamais en prévention primaire » P132L135-136

M10 :

« un gros doute aussi même en prévention secondaire. Il y a des fois quand on voit le nombre de patients qui sont sous statines et qui rebouchent à longueur de journée euh on peut se poser, alors qu'il n'y a pas de facteur de risque, je me pose quand même la question, je ne suis pas du tout convaincu » P136-137L73-76

M11 :

« je pense qu'il y a quand même un bénéfice à mettre les patients sous statines en prévention secondaire c'est sûr, en prévention primaire euh le mieux ce serait effectivement de les faire changer de mode de vie. » P142L43-46

M12 :

« J'aurai plus tendance à pencher sur le fait que en prévention primaire ça n'a pas franchement sa place. » P150L24-24

« alors je ne parle même pas de la prévention secondaire mais en général ils ne les arrêtent pas. » P153L80-81

I.C.4. Utilisation partielle des recommandations

I.C.4.a. Utilisation de l'outil SCORE

M1 :

« clairement pas, ça m'arrive mais c'est assez rare » P84L114

M2 :

« Oui [calcul] avec un petit logiciel que j'ai téléchargé et je rentre les données et ça me calcule le pourcentage » P90L102 [...] L104-105

M3 :

« Alors non, pas trop. J'ai du mal avec les scores », « ça prend du temps souvent » P96 L127 [...] L129

M4 :

« Bah non justement, [...] je crois que je me suis un peu lassé de ces ab-bacs » P101L90-91

M5 :

« On peut dire que oui, si j'en ai besoin, je vais aller le rechercher. » P107L111

M6 :

« Non, pas le temps et trop contraignant lors d'une consultation » P113L118

M7 :

« Pas du tout. Non, je le trouve inintéressant dans mon raisonnement clinico-thérapeutique. Flippant pour les patients. Culpabilisant »

M8:

« il faudra que j'ai plus d'habitude à utiliser ce score mis en place mais pour le moment je n'ai pas du tout le réflexe de l'utiliser »

M9 :

« Non »

M10 :

« oui j'en ai d'intégré »

« Quelqu'un qui a une alimentation et un mode de vie stable, moi, c'est un point de départ, je regarde s'il cadre, il a pas de facteurs de risque il a rien, machin, bon bah c'est juste une image au temps T. Non pour moi c'est à un instant T et il n'y a pas de raison de changer si il n'y pas de changement. »

M11 :

« Je l'ai revu c'est un peu plus compliqué, moi j'étais resté encore sur l'ancien calcul du nombre de facteurs de risques. »

« là de l'avoir revu je me dis qu'il faudrait que je le montre au patient pour leur expliquer le risque. Ça peut être une idée. »

M13 :

« alors le score, c'est parfait. C'est génial, parce que ça nous aide beaucoup. »

« on leur explique, ça nous permet de faire arrêter le tabac, en disant « bah attendez, si vous arrêtez, on va passer à la case machin... ». Donc c'est tout de même très intéressant. »

M14 :

« Oui oui, je l'ai sur mon écran et je peux le montrer aux gens. »

I.C.4.b. Du remplaçant au titulaire

M8 :

« le problème en médecine c'est que souvent quand un traitement est débuté par quelqu'un en chronique, souvent c'est renouvelé sans que les gens se posent la question. Et surtout quand on remplace des médecins généralistes, on n'a pas forcément la même voix que le médecin traitant du patient ce qui est normal. Mais parfois on peut essayer de passer des messages » P125L137-140

I.C.4.c. Des populations aux besoins variés

M1 :

« j'ai très peu d'hypercholestérolémie en prévention primaire [...] montagnards soucieux de leur santé qui pratiquent une activité physique très régulière et ont une alimentation saine » P85L125-127

M5 :

« ça m'a jamais intéressé le cholestérol » M5 P106L75-76

M8 :

« pour le moment sur des hypercholestérolémies modérée en prévention primaire j'essaie plus de tabler sur le tabac ou des règles hygiéno-diététique car c'est souvent des populations très précaires, donc on peut vraiment agir là dessus dans un premier temps » P122L54-57

M11 :

« certaines personnes qui croient, j'allais dire dans des milieux défavorisé qui ne se rendent pas bien compte que chaque médicament a un bénéfice mais surtout un risque. » P143L68-70

« si on voudrait y arriver enfin c'est même pas qu'il faudrait aller chez eux et leurs mettre les médicaments dans la bouche c'est qu'il faudrait aller chez eux, leurs vider les placards et toutes les merdes qu'ils bouffent c'est terrible quoi! » P145L118-120

« Je pense que le plus gros problème il est là clairement de toute façon, on a une nourriture qui est globalement toxique donc à partir de là les gens ne font pas d'exercice, bouffent n'importe quoi et préfèrent prendre des médicaments pour se protéger au niveau cardiaque. » P145L120-123

« Moi j'avoue que j'en ai déjà pas beaucoup qui sont bien équilibré comme ça donc (rires)...Après ça dépend de l'endroit où vous travaillez. » P147L166-169

« je travaillais dans un quartier où il y avait énormément de diabétiques, une population maghrébine où il y a avait énormément de diabète et de dyslipidémie, obésité, population qui était défavorisée, bah si on a un qui est déjà en dessous de un on est content » P147L169-171

M13 :

« 75 ans, qui vivent de plus en plus vieux, qui sont hyperactifs, qui font plein de choses, [...] Ils font de la montagne, ils prennent leur statine, ils ne peuvent plus rien faire, donc ils disent « bah j'arrête tout » » P164L78-80

M14 :

« [la levure de riz rouge] les gens prennent plus facilement, enfin, ma patientèle. C'est des médicaments pas remboursés, donc faut être motivé pour le faire. Mais y a des gens qui prennent ça volontiers, et ça c'est un bon compromis, aussi. » P169L67-69

I.C.5. Attente d'une évolution des recommandations

M4 :

« Primum non nocere » P102L104

M7 :

« C'est une occasion de se rendre compte qu'on est tout le temps dans l'incertitude en médecine, et que c'est se rendre un peu plus humain, que d'expliquer au patient que c'est comme ça » P119L115-

117

« je me réfère à ce qui a été dit au CNGE, c'est à dire, que quand il est question de commencer un traitement par statine, c'est pas idiot de vérifier une diminution du chiffre entre avant et le début du traitement, mais plutôt comme un signe d'observance, mais qu'on ne se fixe pas un objectif chiffré »

P117L72-75

« Prescrire essentiellement [...] groupe de pairs » P119L109-110

M8 :

« je vais demander avis à un collègue ou au spécialiste. Je ne vais pas prendre la décision toute seule. Et encore moins sans avoir l'avis du patient » P126L156-157

« après tout ce qui est papier moi je vais surtout lire Prescrire » P120L13-14

« les recommandations sont basées sur un score que peu de médecins utilisent, je trouve que c'est dommage. Je pense que ça va évoluer avec les années, je pense que ça ne va pas rester comme ça.

Surtout sur un traitement qui est autant prescrit et autant choyé par les laboratoires » P126L160-163

M9 :

« Très honnêtement, la question ne se pose pas. Ca ne m'arrive plus. C'était le cas avant, mais ça ne m'arrive plus » P132L148-149

M10 :

« les revues indépendantes type Prescrire » P134L11

« Le choix des statines, je n'en ai qu'une la Simvastatine, je ne pense pas que les autres aient plus d'intérêt. Ça c'est un article de Prescrire qui plaçait la simva et je crois la prava . Les autres, ils ne les retenaient pas donc je ne vois pas pourquoi je changerai » P139L123-125

« Et quand on refait les scores on arrive à des non indications de traitement du cholestérol »

P134L19

M11 :

« on va dire que si j'ai beaucoup de doutes j'essaie quand même le plus souvent de temporiser et de ne pas mettre » P148L198-199

« j'utilise beaucoup la base de données du euh...du Vidal » P148L186

« on cherche un petit peu ailleurs, en générale les cours de certaines faculté qu'on retrouve en ligne » P148L191

M12 :

« beaucoup les reco HAS le vidal » P158L206-208

« beaucoup, après souvent la société française de cardiologie » P158L208

M13 :

« j'aurai plus tendance à pas donner et faire autrement » P166L128-129

« je reçois des laboratoires notamment parce que j'estime que tout le monde doit travailler, tout le monde doit vivre. Donc c'est pas parce que je vais recevoir un labo, que je vais prescrire. Des fois, ils ont des infos intéressantes, ne serait ce que pour redonner un truc que tout bonnement on aurait oublié » P161L9-12

M14 :

« On nous recommande des choses, puis après, plusieurs années après, on dit « bah non, c'était pas ça ». Donc je suis assez critique, et j'attends d'avoir un peu de recul, voir un peu ce qui se passe au bout d'un certain temps avant d'appliquer les recommandations » P167L21-24

« La prudence. Je suis plus accés sur l'hygiène de vie que sur la prescription » P170L92

« des FMC » P170L98

M15 :

« toujours je vais temporiser. » P176L108

« Je lis un petit peu les journaux, je lis plutôt les sites internet spécialisés, univadis, les reco de l'HAS » P172L7

« mes anciennes fiches ECN » P175L97

II. MODIFICATION DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT

II.A. Rôle du médecin filtre pour rétablir une vérité scientifique

M2 :

« leur donner les sources d'informations médicales que je pense fiables, et les mettre en garde [...] redire des vérités scientifiques » P87L29-30 [...] L38-39

M3 :

« rétablir un peu ce qui est scientifique, basé sur les preuves » P91L24-25

« je me suis documentée, ou j'ai interrogé des confrères, ou j'ai eu, en particulier avec mon groupe de pairs, on a fait un travail là dessus » P92L29-30

« ce qui m'a vraiment éclairé là dessus, c'est une formation » P97L152-153

M4 :

« je suis même allé à une soirée d'informations indemnisée par l'OGDPC » P99L29

M11 :

« je pense que dans la médecine il faut toujours se poser la question du bénéfice risque et que quand on impose un traitement à absolument toute la population ou quasi euh ça pose toujours des questions. » P142L28-29

M13 :

« c'est beaucoup plus difficile à gérer [...] c'est à nous de critiquer avec eux, de leur expliquer, et c'est pas évident » P161L14-16

M14:

« j'essaie d'être objectif quand même, je vous dis, je suis scientifique »

« je me réinterroge aussi. Parce que je ne peux pas me rendre compte juste sur ma pratique de ce qui se passe, donc je lis ce que dit la haute autorité de santé ou les épidémiologistes, moi j'en tiens compte. »P169L73-75

« je ne peux pas parler de difficultés. C'est de la pratique quotidienne de notre boulot. Parce que y a pas que les statines »P170L85-86

II.B. (R)établissement d'une communication horizontale avec le patient

M1 :

*« ils sortaient leur ordonnance, et en fait, ils disaient non non non le traitement je ne l'ai pas pris »
P82L49-50*

« d'eux même [les patients] ont arrêté parce que justement ils ont vu des choses » P81L46-47

M2 :

« [avez vous constaté des arrêts de traitement ?] je pense 2 – 3 fois » P87L34

« [je suis toujours] en difficulté avec un patient qui a arrêté de lui même sa statine » P89L94

M3 :

« une autre partie, au contraire, qui disait moi je le tolère bien, je préfère pas l'arrêter, ça me rassure, je préfère le garder » P92L44-45

« J'ai rencontré une dame la semaine dernière, en prévention primaire, qui prend sa statine petite dose un jour sur deux, et c'est tout a fait hors de question qu'elle l'arrête, elle a trop peur qu'il lui arrive quelque chose » P95L122-124

M4 :

« j'en ai pas constaté récemment » P99L39

M5 :

« ils rechignent généralement, parce qu'il y a beaucoup d'effets secondaires » P103L17-18

« Non pas du tout [concernant les arrêt de traitement] » P104L32

M6 :

« c'est un pourcentage qui est assez important, [...] peut être euh un sur quatre » P111L49-50

M7 :

« C'est plutôt le côté pédagogique, d'expliquer le pour et le contre, que je trouve intéressant, parce que ça leur permet d'avancer dans la participation à leurs propres soins, de prendre des décisions, à comprendre les impacts des traitements, et à mieux comprendre notre posture médicale.»

P116L40-42

« Oui, alors des arrêts en coordination avec le médecin, ou alors de leur propre chef et annoncé à la consult d'après. »P116L47-48

M8 :

« [...]des consultations où j'ai été, euh, mise en porte à faux, vis à vis de ce traitement là, c'était souvent quand les patients présentaient des effets secondaires. Alors, liés ou pas au traitement, en tout cas, ils mettaient en cause le médicament. Et le fait qu'il y ait eu cette polémique là, soutenait le fait que ce médicament ne leur convenait pas » P121L45-48

« les consultations où j'ai été euh mise en porte à faux vis à vis de ce traitement là c'était souvent quand les patients présentaient des effets secondaires. Alors liés ou pas au traitement en tout cas ils mettaient en cause le médicament. Et le fait qu'il y ait eu cette polémique là, soutenait le fait que ce médicament ne leur convenait pas »

« Après cette polémique beaucoup de gens ont reconsidéré leur traitement surtout en prévention primaire »P121L41-42

M9 :

« Après j'ai certains patients, qui ne prennent plus de statine volontairement. Par exemple, j'ai un patient, qui m'a dit qu'il ne prenait plus de statine parce que quand il voit l'avenir du monde, il préfère pas vivre trop longtemps. »P128L38-41

« j'ai un patient, Alzheimer et qui a fait un AVC, sa femme a décidé de ne plus lui donner de statine, parce qu'elle est contre ça »P128L45-47

« Et bien, y en a qui les arrêtent »P130L93

M10 :

« [concernant l'arrêt de traitement par les patients] Oui oui, mais que j'ai soutenu. J'ai fait le point avec eux et je n'ai pas contesté »P135L37

M11 :

« quand la personne en face elle est complètement réfractaire elle est complètement fermée avec la paranoïa qu'on essaie de complètement les empoisonner là c'est compliqué »P143L73-75

« il y en a beaucoup qui l'ont arrêté spontanément »P144L80

M12 :

« Mais je trouve aussi qu'il y a beaucoup de problème de tolérance du traitement. »P155L145-146

« Oui effets secondaires à type de douleurs musculaires surtout. »P155L148

« Oui, ils n'osent pas toujours le dire mais en fait quand on creuse un peu ils nous disent que finalement, quand ils arrivent souvent en demandant est ce que je peux l'arrêter?et puis quand on creuse un peu en fait ils avouent qu'ils l'ont déjà fait depuis des mois »P152L65-67

« C'est à dire que eux ils entendent euh que c'est pas nécessaire euh ils l'ont arrêté de leur propre chef et nous on va arriver et dire non c'est pas bien il faut le reprendre, quand vraiment c'est nécessaire pour le patient de le reprendre, alors je ne parle même pas de la prévention secondaire mais en général ils ne les arrêtent pas. »P153L78-81

« entre ceux qui vont dire, moi, j'en ai marre de manger des comprimés et j'ai pas envie d'en avoir toute ma vie, etc... et puis, y a aussi l'autre versant, qui est justement ceux qui disent, voilà, ben moi, je préfère avoir le maximum de choses comme traitement, parce que j'ai surtout pas envie de faire un infarctus, et si vous m'arrêtez mon traitement je vais faire un infarctus » P158-159L223-

226

M13 :

« Donc on est quand même un peu embêté avec ses statines, sachant qu'il y a tous les effets secondaires, on ne sait jamais quand les arrêter, quand ils ont plus de 80 ballets, on se dit qu'est ce qu'on fait ? »P162L30-33

« même avec ces histoires de cancers du colon, bah oui, mais c'était que des personnes âgées, alors on en fait quoi ? Alors est ce que en effet, ça favorise les cancers du colon, est ce que ça ne les favorise pas ? »P162L34-36

« Puis on a des effets secondaires, c'est terrible quoi. »P163L59

M14 :

« y a toujours des gens qui ont des effets secondaires »P168L32

« d'emblée, disent qu'ils ne veulent pas tels médicaments »P168L31-32

M15 :

« à cause des effets indésirables. Des douleurs musculaires tout ça.. »P173L31-32

« [...] suite à la polémique, beaucoup de patients ont découvert des effets secondaires de ce traitement. Je m'explique : ils l'ont entendu dans les médias, et du coup, ils ont ressenti ça »
P173L32-33

« des patients qui ne veulent plus prendre leur statine »P172L15

« Oui nombreux »P173L30

II.B.1. Dialogue renforcé conduisant à une décision médicale partagée

« je suis médecin décideur, mais si la personne ne veut rien entendre, ça ne marchera pas »
P169L63-64

M1 :

« j'essaie de leur donner mon avis, leur donner les recommandations, d'entendre leur avis, leur ressenti, leurs inquiétudes [...] ça reste vraiment du dialogue [...] si le patient ne me dit pas qu'il

est d'accord pour prendre un traitement de toute façon je ne vais pas lui prescrire [...] une décision médicale partagée » P83L84-86-88

« j'essaie de leur donner mon avis, leur donner les recommandations, d'entendre leur avis, leur ressenti, leurs inquiétudes [...] ça reste vraiment du dialogue [...] si le patient ne me dit pas qu'il est d'accord pour prendre un traitement de toute façon je ne vais pas lui prescrire [...] une décision médicale partagée » P83L84-86-88

« essayer de comprendre, enfin d'entendre [...] c'est vraiment du cas par cas », « une vraie discussion avec le patient » P82L55[...]L56

« il faut arriver à avoir de vrais arguments pour les convaincre » P81L41-42

« arriver à le convaincre » P82L59-60

« arriver à un accord » P83L88-89

« vraiment s'assurer de l'adhésion du patient dans la prescription » P81L39

« de toute façon, si on leur met une prescription, qu'on leur dit ça et qu'il faut le prendre, c'est terminé. Les gens n'adhèrent plus à ça. [...] si le patient est persuadé du bien fondé du traitement, il va le prendre » P82L56-59

« maintenant, je vérifie de façon très systématique que les gens prennent leur traitement » P81L44-45

M2 :

« C'est lui qui choisi de toute façon [...] c'est plus une décision médicale partagée » P88L66-67

« beaucoup d'écoute, de la compréhension » P87L38

« ça m'a appris à apprendre à les rassurer, apprendre à leur donner les sources d'informations médicales que je pense fiables, et de les mettre en garde » P87L29-30

M3 :

« à moindre danger pour les patients » P91L20

« je commence par poser des questions [...] après je leur explique [...] puis je leur demande ce qu'ils en pensent » P94L94-96

« ça m'a permis d'être plus à l'écoute des effets indésirables [...] de m'intéresser plus au quotidien des patients, et du coup, d'adapter mon discours en fonction de leurs symptômes et leurs représentations » P92L36 [...] L39-40

« un gros effort d'impliquer le patient dans sa prise en charge » P94L99-100

« les gens sont plus à même de prendre un traitement si on leur explique, et puis si on leur pose la question : qu'est ce que vous en pensez » P95L101-103

M4 :

« il y a toujours les deux [décision médicale partagée et le médecin qui prend la décision] » P100L68

« obtenir l'adhésion du patient » P100L68

« gens qui cumulent des facteurs de risque et qui n'en ont pas conscience » P100L70-71

M6 :

« le premier problème lors de la consultation c'est que ça prend du temps de réexpliquer clairement » P110L44-45

« je prenais le temps de réexpliquer et de le rassurer » P111L61-62

M7 :

« C'est plutôt le côté pédagogique, d'expliquer le pour et le contre, que je trouve intéressant, parce que ça leur permet d'avancer dans la participation à leurs propres soins, de prendre des décisions, à comprendre les impacts des traitements, et à mieux comprendre notre posture médicale.» P116L40-42

« c'est essentiellement plus de décision médicale partagée, surtout dans la prescription, parce que les patients se sentaient en droit de m'amener le sujet, de me poser des questions sur la pertinence de leurs traitements » P116L35-37

« dans la situation où je vois des avantages aux deux, et où je suis d'accord avec la prescription et la non prescription, je laisse le patient choisir, selon ses représentations à lui »P118L82-84

« redire au patient que ce n'est pas juste une question de relation, de pouvoir médical sur lui, mais qu'on a des balises, des informations scientifiques, et qu'on jongle avec ça, et que quitte à jongler, il peut décider avec nous. » P119L100-103

M8 :

« je pense que l'implication du patient, elle est primordiale parce que sinon l'observance elle sera nulle »P124L104

*« la place du patient elle est primordiale. C'est lui je pense qui doit décider euh si il veut débiter ce traitement la après avoir essayer euh de faire autre chose pour baisser son cholestérol »
P124L110-111*

M9 :

« au final, c'est eux qui ont le dernier mot »P131L100

« on n'impose rien. Les gens prennent leur traitement s'ils sont d'accord pour le prendre, on essaie de les convaincre »P131L107-108

*« On leur explique que en l'état actuel de la science, c'est mieux pour eux qu'il en prenne »
P131L100-100*

M10 :

« ça me paraît primordial c'est lui qui décide en premier »P136L71

« Effectivement, on revient à ce qu'on disait tout à l'heure, dans la mesure où il y a un risque, il faut quand même faire participer le patient à sa décision, ce n'est pas à moi de lui dire, je n'ai rien à lui imposer. C'est une hypothèse, est ce que vous adhérez ou pas ? »P140L149-151

M11 :

« j'en rediscute avec eux parce que ça ne sert à rien de prescrire quelque chose qu'ils ne vont pas prendre donc on rediscute et je mets dans le dossier évidemment qu'il a arrêté le traitement »

« Alors après ils seront libres de leurs choix, mais je pense que de toute façon il faut, il ne faut pas leur rentrer dedans et être trop obtus parce que sinon après les patients finissent pas vous mentir et disent oui oui docteur je le prends et puis pas du tout, donc on perd l'adhésion »P144L89-91

« ça permet aussi de pouvoir discuter avec les patients aussi, malgré tout qu'ils comprennent que bah il y a pas de traitement qui soit anodin donc que au moins ils en prennent au mieux ils se portent ».P143L57-59

« Mais quand on est sur des gens qu'on arrive un petit plus à raisonner bah ça permet peut être d'avoir plus d'impact. »P143-144L75-76

« je suis là pour les conseiller » P146L143

« il faut essayer de les faire adhérer mais après moi je suis quand même euh...moi j'impose absolument pas au patient, je leur dis toujours moi je vous montre le chemin et après vous êtes tout seul donc moi je ne vais pas les prendre pour vous les traitements, ce n'est pas mes artères ce n'est pas mon foie donc si vous ne le faites pas c'est votre responsabilité »P146-147L149-153

« Ne pas leur lire toute la liste comme ça parce que sinon c'est sûr qu'ils vont en faire (rires) donc là aussi on est toujours un peu entre deux chaises entre une information euh la plus loyale possible et puis en fait on se dit toujours quelque part l'effet nocebo qu'il peut y avoir à balancer tous les effets secondaires versus l'effet placebo qui est de dire ne vous inquiétez pas tout va bien se passer »P149L202-206

M12 :

« je pars du principe que de toute façon on ne peut pas forcer les patients à prendre un traitement qu'ils ont pas envie de prendre »P156L76-77

« je pars du principe que si de toute façon il n'a pas envie de le faire il ne le fera pas et donc pour moi c'est important que ce soit une décision de sa part. »P156L156-157

« j'essaie de faire en sorte que ce soit le patient qui comprenne pourquoi il le prend et il comprenne l'enjeu. »P156L167-168

« La polémique...ben...beaucoup plus de conversations avec les patients, ça s'est sûr »P151L41

« je leur dis que de manière générale, j'explique que c'est pas raisonnable de prendre ce genre de décision sans avoir recours à un médecin. Que ça reste quand même un traitement et que si on l'avait mis il y avait une raison et qu'il faut de toute façon, que c'est des choses dont on peut discuter, que je suis ouverte à la conversation »P153L84-87

« je suis ouverte à en discuter et que de toute façon je ne peux pas aller contre leur volonté et que si au terme d'une conversation ils décident que non vraiment ils n'en veulent pas, pas de soucis, moi je le note dans le dossier médical quand même »P153-L93-95

*« je leur dis toujours que je ne suis pas l'acteur principal dans l'histoire et que je suis le coach »
P156L159-160*

M14 :

*« je suis médecin décideur, mais si la personne ne veut rien entendre, ça ne marchera pas »
P169L63-64*

« je réponds à leurs question en argumentant les choses, en essayant de négocier. S'ils ne veulent pas un traitement, je négocie pour avoir une attitude qui soit correcte quand même » P168L34-36

M15:

« c'était un espèce de contrat en fait que je passais avec eux, si jamais au bout de 3 mois le cholestérol montait ou même restait à des taux trop élevés ou même restait stable, on réintroduisait la statine »P173L41-43

*« j'essaie de le rendre actif dans la démarche parce que c'est lui le principal acteur [...] »
P174L69-70*

« C'est une décision à deux parce que si on pilote tout seul, il n'y a plus personne qui nous suit donc moi j'essaie de lui faire comprendre »P174L72-73

II.B.2. Prioriser l'éducation en santé

M1 :

« *rechercher les autres facteurs de risque cardio-vasculaire* » P83L96

M2 :

« *revoir les habitudes alimentaires, refaire le point des facteurs de risque cardio-vasculaires, de voir les antécédents familiaux et pour le traitement [...] on essaie de gérer simplement avec un régime alimentaire* » P89L89-91 [...] L92

M3 :

« *j'en profitais pour faire de l'éducation thérapeutique* » P93L57

M4 :

« *je parle diététique, tabac, d'hypertension* » P100L65

M5 :

« *dans un premier temps sans traitement, avec les conseils hygiéno-diététiques, et après les statines* » P107L102-103

M7 :

« *j'essaie de faire plus d'exploration des comportements alimentaires des patients* » P118L86

M8 :

« *moi je suis plutôt partisane de ça [...] de prévention sur ce que je disais avant, tout ce qui est règles hygiéno-diététiques* » P123L75-78

M10 :

« *Qu'on lui demande de faire une hygiène diététique, qu'on lui demande de changer son mode de vie, qu'il arrête de fumer, tout ce que vous voulez, ça c'est notre boulot de généraliste.* » P139L142-144

M11 :

« *en général effectivement j'essaie quand on leur dit qu'on a quelques mois pour des règles hygiénodiététique alors euh j'essaie, bien évidemment ça ne marche pas toujours, mais c'est*

vraiment de leur dire euh vous voyez le médicament bah oui c'est pas anodin enfin il y a des gens qui le supportent très bien d'autres gens qui le supportent moins bien mais le mieux ce serait de ne pas le prendre donc faites vraiment un effort parce qu'aprèset ça permet d'avoir une discussion avec des gens qui sont plus conscient du fait que ce n'est pas anodin de prendre des médicaments. »P143L61-67

« et leur dire qu'il va falloir changer leur mode de vie et certaines choses pour essayer de ne pas prendre ces médicaments le plus possible »P144L76-78

« j'essaie le plus possible effectivement de pousser du côté des règles hygiéno-diététiques »P148L198-199

M12 :

« Et souvent je trouve que quand ils commencent à rentrer dans un traitement préventif ils ont tendance aussi à améliorer leur qualité de vie, euh leur hygiène de vie. »P156-157L173-175

M13 :

« L'exercice, manger différemment, [...], on a l'impression que c'est pas du médical, et c'est peut être en ça, que ça a changé ma façon de faire, en faisant autrement, y aussi plein d'autres choses, et qui nous permettra peut être de diminuer la statine »P163L59-63

M14 :

« ça plait bien aux gens d'améliorer l'hygiène de vie que de prendre des cachets. »P170L92-93

M15 :

« Si ils voulaient arrêter la statine il fallait faire des efforts alimentaires »P173L40-41

II.C. Modification des pratiques

II.C.1. Réductions et arrêts de traitements initiés par les médecins

M1 :

« C'était vraiment du cas par cas » P82L55

M3 :

« Donner le minimum efficace » P95L108

« Je ne mets pas de traitement, j'ai un peu d'inertie. Ça me laisse le temps à moi, puis au patient de se dire qu'il va peut être prendre un traitement toute sa vie, c'est quelque chose qu'il ne faut pas brusquer. » P96L141-143

« J'ai arrêté plusieurs traitements quand même à la suite de cette polémique. » P92L47

« je n'en ai plus instauré » P92L112

« j'ai discuté un peu avec les collègues, j'ai vu que beaucoup arrêtaient de traitement [...] et après je le présentais voilà, y a eu des études, des nouveautés, on s'est aperçu que finalement ça pouvait être plus délétère dans certains cas, vous faites parti de ces cas la » P93L51-52 [...] 53-55

« une autre partie, au contraire, qui disait moi je le tolère bien, je préfère pas l'arrêter, ça me rassure, je préfère le garder » P92L44-45

« J'ai rencontré une dame la semaine dernière, en prévention primaire, qui prend sa statine petite dose un jour sur deux, et c'est tout a fait hors de question qu'elle l'arrête, elle a trop peur qu'il lui arrive quelque chose » P95L122-124

M4 :

« j'avais déjà initié des arrêts de traitements » P99L39

« en prévention primaire, j'ai arrêté plusieurs fois des traitements. » P99L40-41

« [sur l'instauration de traitement] en prévention primaire, peut être moins qu'il y a 20 ans, je suis beaucoup moins alarmiste qu'avant » P101L79-80

« Après ça n'a pas vraiment changé ma pratique, parce que je pense que si on suivait scrupuleusement les recommandations de l'HAS, on donnerait peu de statine de prévention primaire de toute façon » P98L19-21

M5 :

« ces polémiques n'ont pas changé mes pratiques » P104L29

« j'essaie de ne pas prescrire de statines en faisant les recommandations machin. Le régime, huile d'olive, le sport, tout ce que les gens n'aiment pas et ne feront jamais » P106L85-86

« je peux les induire moi-même chez les vieillards » P104L34

M7 :

« Ce qui m'avait le plus marqué, c'est cet engouement pour le riz rouge, y a 3-4 ans »P116L26

« En vrai, je ne les ai pas du tout lu »P117L56

« Mais y a 3-4 ans j'en ai arrêté pas mal »P116L39

« effectivement, j'ai surtout dé-prescrits en prévention primaire »P116L43

« j'ai aussi beaucoup réduit les doses des statines »P117L49

M8 :

« On est vraiment sur une balance bénéfice risque qui penche ni d'un côté ni de l'autre »P124L103

« avant la polémique qu'il y a eu, je ne m'étais pas forcément intéressée à la prescription de statines en prévention primaire. [...] ce n'était pas remis en cause, donc voilà. Donc, en fait, tout ça, ça a un peu remis en cause ma prescription » P125L131-134

M9 :

« Moi ça n'a pas entraîné de changement dans ma prise en charge. »P128L38

M10 :

« je n'ai jamais été très convaincu donc ça m'a aidé à reprendre les scores, de vérifier les indications, donc oui ça a diminué certainement ma prescription »P135L30-31

« C'est à dire moi je me pose toujours la question : à sa place moi est ce que je prendrai les statines sans raison sur quelques études? »P136L72-73

« est ce que je dois impliquer un traitement qui n'est pas nul, qui a quand même des effets indésirables, que ça soit hépatique, que ce soit rhabdomyolyse enfin douleurs musculaires etmoi non ! »

M11 :

« je pense que dans la médecine il faut toujours se poser la question du bénéfice risque »P142L26

« Je pense qu'il faut toujours faire attention, ça doit toujours être personnalisé. Donc effectivement on a des guidelines mais il faut pas non plus être aveugle... »P142L32-34

« Et puis dans ce cas là je vais être le plus prudent possible sur l'instauration du traitement tout en disant au patient e surveiller les effets secondaires les plus fréquents. »P149L200-202

M12 :

« on a beaucoup de patients qui disent bah plutôt que de prendre la statine je vais prendre de la phyto, parce que les pharmacies leurs proposent souvent de la phyto, euh moi j'ai clairement pas les connaissances ou le recul pour savoir si c'est efficace. »P156L161-164

« après c'est vrai que du coup je me suis permis, sur les patients sur lesquels j'étais un peu frileuse au départ, je me suis permis de retirer des statines chez certains patients qui euh avaient, qui ne les supportaient pas bien et du coup euh qui se plaignaient mais ce n'était pas franc, parce que quand c'est franc évidemment on modifie le traitement mais quand c'était pas franc ou alors qu'ils disaient clairement qu'ils l'oubliaient un jour sur deux, ce genre de choses et euh voilà chez des patients qui par exemple avaient perdu du poids, avait une très bonne hygiène de vie mais que le chiffre ne voulait pas bouger, et bien ces gens là j'avais tendance à plus facilement leur dire d'arrêter. »P151L42-48

« il y a avait aussi des cardiologues en fait maintenant que j'y pense, quand j'étais à Vinay, qui dans leur courrier disaient qu'ils avaient retiré les statines. »P151L49-50

M13 :

« Donc ils vont prendre autre chose »P162L49

« Alors certains patients ne veulent pas en prendre [...] j'en ai qui se retrouvent avec des infarctus massifs, donc voilà, après ils se sont dits mince, si on avait su... »P162L49-51

M14 :

« j'utilise des statines végétales. Même si dans les articles, on critique un petit peu ça, mais ça marche quand même. Ca fait baisser le LDL. C'est la levure de riz rouge »P169L39-40

M15 :

« Aucunement »P173L28

II.C.2. Recours aux examens complémentaires et avis spécialisés

M1 :

« vraie réticence des patients » P81L38

« avoir de vrais arguments pour les convaincre » P81L41-42

« je ne l'envoyais [le patient hypercholestérolémique] pas systématiquement chez l'angiologue, [...] maintenant, je le fais systématiquement, mais plus pour avoir un argument supplémentaire de traitement » P83-84L97-99

« vraiment en pratique de ville c'est très difficile de dire voilà à quelqu'un qui n'a aucun symptôme, qui ne ressent rien , de prendre un traitement qui en plus est réputé pour avoir des effets secondaires » P84L101-103

M2 :

« c'est toujours sur un résultat de prise de sang » P89L84

« généralement je demande aux patients ce qu'ils pensent de leur prise de sang et très souvent ils parlent du cholestérol assez spontanément » P89L85-86

M3 :

« on faisait une pause avec un contrôle à la prise de sang pour vérifier qu'il n'y ait pas une hypercholestérolémie trop importante » P92L42-44

« on peut se permettre d'arrêter sous contrôle de prise de sang » P93L56

« je me base pas mal aussi sur l'avis des spécialistes, les angiologues » P96L36-37

M4 :

« obtenir l'adhésion du patient » P100L68

« compte tenu des chiffres obtenus » P101L82-83

M5 :

« j'ai un suivi biologique annuel » P106L80

M8 :

« de temps en temps avoir un appui aussi du spécialiste [...] l'angiologue » P124L115

M10 :

« on n'a pas besoin de faire des prises de sang tous les deux ans, comme on voit faire, à mon avis les 5 ans ça fait partie des recommandations, et à mon avis c'est même beaucoup » P138L55-57

« C'est sûr que de temps en temps, on demande un avis cardio pour voir, et puis parfois un avis angio, quand on a des cholestérols élevés, pour voir si il y a un dépôt dans les artères » P140L155-156

M11 :

« je leur propose en général c'est de leur faire un contrôle des lipides à trois mois, Six mois en leur disant, faites bien attention à votre alimentation » P144L86-87

M12 :

« orienter le patient chez un cardiologue avec un courrier justement expliquant, ça ça m'est arrivé quand même plusieurs fois, de dire que clairement j'étais un peu perdu dans toutes ces recommandations et que je voulais savoir si lui il penchait plus pour une introduction, ou pour un maintien quand je vois que le patient commence à douter de la prise du traitement » P158L218-220

M13 :

« Et puis après, c'est en discussion avec les cardiologues, les diabéto » P164L104

M15 :

« donc je me donnais 3 mois je faisais une prise de sang donc idéalement à J0 et 3 mois » P173L38-

39

II.C.3. Idées pour améliorer la prise en charge des patients

M11 :

« il faudrait une diététicienne pouvoir aller à domicile savoir ce que les gens mangent, parce que les gens quand on leurs dit qu'il faut faire attention à ce qu'ils mangent ils vous diront tous qu'ils font très attention, qu'il n y a pas de problèmes et puis après quand on va chez eux on se rend compte qu'il y a des énormités »P146L125-128

« enfin que ce soit mieux pris en charge l'aspect diététique, l'aspect de l' accompagnement à la maison pour des patients à hauts risques »P149L213-214

M12 :

« je pense que les médias feraient mieux d'axer leurs discours sur la prévention et l'hygiène de vie plus que sur les polémiques autour d'un comprimé »P159L238-239

« si les patients écoutent tant que ça les médias au contraire on pourrait vraiment améliorer la prévention et l'hygiène de vie et la vraie prévention contre le tabac, contre la mauvaise alimentation, contre tout ça et je pense que les patients écouterait si les médias passaient ce genre de message »P159L245-249

M13 :

« je voudrais avoir un autre cadre dans ce cas de figure, entre ce qu'on dit à la population, y a un message qui devrait passer, sur le plan du.. Comme on a fait avec les antibiotiques, c'est pas automatique. Bah là, pareil, mais pas sur le plan des statines, plus sur les règles d'hygiènes alimentaires et sportives, l'éducation. Parce que ça, c'est une catastrophe. Je veux pas dire que les gens nous rient au nez, mais ils n'adhèrent pas, quoi »P166L146-150

M15 :

« je m'aide pour ça d'une infirmière asalée qu'on a dans la maison de santé » P174L71