HAL
open science

Écarts entre modélisation théorique et application médicale réelle sur les hypercholestérolémies : représentations et pratiques des médecins généralistes comme facteurs explicatifs

Grégory Joffre

▶ To cite this version:

Grégory Joffre. Écarts entre modélisation théorique et application médicale réelle sur les hypercholestérolémies : représentations et pratiques des médecins généralistes comme facteurs explicatifs. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01963689

HAL Id: dumas-01963689
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01963689v1

Submitted on 21 Dec 2018

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

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

UNIVERSITE DE NICE - SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

ECARTS ENTRE MODELISATION THEORIQUE ET APPLICATION MEDICALE REELLE SUR LES HYPERCHOLESTEROLEMIES : REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES COMME FACTEUR EXPLICATIF

Thèse présentée pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice, le 31 Octobre 2018

Devant le jury composé de :
Monsieur le Professeur Nicolas CHEVALIER, Président du jury
Monsieur le Docteur Andi BITRI, assesseur
Monsieur le Professeur Gilles GARDON, assesseur
Monsieur le Professeur Emmanuel VAN OBBERGHEN, assesseur
Monsieur le Docteur Nicolas HOGU, directeur de thèse

LISTE DES ENSEIGNANTS AU 1ER SEPTEMBRE 2018
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

DOYEN

Pr. BAQUÉ Patrick

VICE-DOYENS

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA Jean
Etudiants	M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël
	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL – Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologique (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

CONSTITUTION DU JURY EN QUALITE DE 4EME MEMBRE

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULER-ZIEGLER Liana
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GERARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

MCU Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

TABLE DES MATIERES

ABBREVIATIONS.....13

INTRO.....14

MATERIEL ET METHODES.....15
I) Objectifs de l'étude.....15
II) Type d'étude.....15
a) Etude qualitative.....15
b) Justification du type d'étude.....15
III) Population étudiée.....15
IV) Méthode de recueil des données.....16
V) Analyse des données.....16
a) Retranscription des entretiens.....16
b) Analyse du contenu des entretiens.....16

RESULTATS.....17
I) Caractéristiques de l'échantillon étudié.....17
II) Le médecin généraliste face aux recommandations.....17
a) Prise de connaissance des nouvelles recommandations.....17
b) Attentes vis-à-vis des recommandations.....18
c) Confiance envers les recommandations.....18
III) Avis concernant la mise à jour sur les dyslipidémies de 2017.....18
IV) Etat des lieux des connaissances sur la PEC des dyslipidémies.....19
a) Prise en charge initiale.....19
b) Cibles de LDLC.....20
c) Calcul du risque cardiovasculaire.....20
d) Adaptation du traitement.....20
V) Information et éducation thérapeutique du patient 21
VI) Attentes vis-à-vis du traitement.....21
VII) Difficultés d'appropriation des recommandations par les médecins généralistes.....21
a) Problématique commune à toutes les recommandations.....21
b) Problématiques propres aux recommandations sur les dyslipidémies.....22
VIII) Difficultés d'application des recommandations par les médecins généralistes.....22
a) Liées aux médecins.....22
b) Liées aux patients.....23
c) Liées à d'autres facteurs.....24
d) Adaptation des médecins aux réticences des patients.....25
IX) Propositions pour l'amélioration des résultats par les médecins.....25
a) Du point de vue des recommandations.....25
b) Du point de vue des médecins.....25
c) Du point de vue des patients.....26

DISCUSSION.....27
I) Forces de l'étude.....27
II) Limites de l'étude.....27
a) Biais dans la constitution de l'échantillon.....27

b) Biais dans le recueil de l'information.....27
c) Limites liées à l'analyse des entretiens.....28
III) Analyse des résultats.....28
a) Difficultés communes à l'ensemble des recommandations.....28
b) Complexités liées aux recommandations sur les dyslipidémies.....29
c) Difficultés d'application liées aux généralistes.....31
d) Difficultés d'application des recommandations liées aux patients.....32
e) Proposition d'amélioration des résultats par les médecins.....32
IV) Perspectives de l'étude.....34

CONCLUSION.....35

ANNEXES.....36
Annexe 1 : Tableau SCORE.....36
Annexe 2 : Guide d'entretien.....37

BIBLIOGRAPHIE.....38

RESUME.....41

LISTE DES ABBREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité SAnitaire et des Produits de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
HDL	High Density Lipoprotein
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LDL	Low Density Lipoprotein
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ORS PACA	Observatoire Régionale de la Santé pour la région Provence-Alpes Côte d'Azur
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SCORE	Systematic COronary Risk Estimation

INTRODUCTION

En France, les maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, AVC ischémique et artériopathies oblitérantes des membres inférieurs) représentent la seconde cause de mortalité chez l'homme après les cancers toute cause confondue et la principale cause chez la femme [3].

L'excès de LDL-cholestérol (LDLc) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur et fréquent (prévalence de 30% en France) [4], au même titre que le diabète, l'hypertension artérielle, le tabac et l'obésité [1 ;2].
Il intervient en effet dans l'initiation et l'entretien de l'athérosclérose, phénomène dégénératif artériel en cause dans ces maladies cardiovasculaires.

Sa prise en charge optimale par statine [8 ;9] évaluée par l'atteinte des cibles de LDLc, a montré une diminution de la morbi-mortalité cardiovasculaire de l'ordre de 15%. [6 ;7]

En France, les recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies établies par l'AFSSAPS en 2005 |2] ont été mise à jour par la HAS en 2017 [1] afin de s'accorder avec les recommandations européennes et américaines [11 ;12] ainsi que des sociétés françaises de cardiologie et d'endocrinologie [13].
Les changements principaux portent sur l'utilisation préférentielle de l'outil SCORE [Annexe 1] pour estimer le niveau de risque cardiovasculaire à 10 ans, et par une baisse des cibles théoriques de LDLc pour les patients à haut et très haut risque cardiovasculaire.

Malgré la nécessité d'un contrôle strict des hypercholestérolémies, de nombreuses études, dont les études MONICA puis MONA LISA, ont montré que les objectifs de LDLc n'étaient atteints que dans environ 40% des cas [14 ;15 ;16], que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

Le manque d'observance des patients peut expliquer en partie le manque d'atteinte de ces cibles [17], mais des facteurs inhérents au médecin sont probablement en cause.

Dans ce contexte, on peut se demander quels facteurs liés aux médecins généralistes peuvent expliquer la non-atteinte des objectifs de LDL-cholestérol chez les patients à risque cardiovasculaire.

MATERIEL ET METHODE

I) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de faire émerger les difficultés d'appropriation et d'application des recommandations sur les hypercholestérolémies dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.
L'objectif secondaire était d'identifier les pistes d'amélioration proposées par les médecins généralistes pour optimiser la prise en charge des patients dyslipidémiques.

II) Type d'étude

a) Etude qualitative

Afin de répondre au mieux aux objectifs de l'étude, une méthode qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes.
Un guide d'entretien constitué de questions ouvertes servait de base à l'étude et évoluait au cours des entretiens afin de répondre au mieux aux objectifs.

b) Justification du type d'étude

Le choix de l'étude qualitative nous a permis d'étudier les représentations, d'expliquer des motivations, décrire des comportements, des ressentis et des expériences personnelles pour chaque médecin interrogé.
Le but étant d'obtenir une compréhension plus générale des difficultés rencontrées par les médecins généralistes.
Les informations que nous cherchions justifiaient des entretiens individuels directs avec les médecins afin d'avoir des réponses les plus spontanées possibles sans crainte du jugement des pairs, comme cela pourrait être le cas pour des focus group.
La méthode semi-dirigée des entretiens paraissait plus adaptée car les thèmes à aborder étaient identifiés préalablement à l'étude.
Justification entretiens semi-dirigés : thèmes identifiés dans un guide d'entretien préparé avant

III) Population étudiée

La population incluse était des médecins généralistes installé en cabinet libéral sur les communes de Fréjus-Saint Raphaël, Puget-sur-Argens et Roquebrune-sur-Argens.
Etaient exclus de l'étude les médecins remplaçant chez qui le problème de l'absence de suivi des patients ne pouvait concorder avec l'étude. Ce problème aurait constitué un biais d'information.
Le recrutement initial a consisté en une sélection des médecins initialement selon un mode volontaire, en fonction des réponses positives à la participation à ma thèse.
La sélection s'est ensuite poursuivie par quotas afin d'obtenir un échantillon raisonné des médecins en fonction de facteurs confondants pouvant être source de biais (maitrise de stage et âge notamment).
Sur l'ensemble des médecins contactés, douze ont acceptés de me recevoir, trois ont refusé faute de temps à me consacrer.
Je n'ai obtenu aucune réponse pour deux médecins qui étaient en repos et pour trois autres médecins chez qui j'ai eu affaire aux secrétaires et qui ne m'ont jamais rappelé.
Un des médecins qui était en réalité remplaçante, a été exclue de l'étude le jour de l'entretien. La secrétaire ne m'avait pas informé de ce détail lorsqu'elle m'a donné le rendez-vous.

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un ami médecin remplaçant non thésé réalisant des remplacements très réguliers chez un médecin généraliste.
Cet entretien a permis d'évaluer le guide d'entretien mais n'a pas été intégré aux résultats finaux de l'étude.

IV) Méthode de recueil des données

La réalisation des entretiens s'est déroulée sur la période allant du 24 avril 2018 au 13 juin 2018.
Ces entretiens ont été menés par l'investigateur principal à l'aide d'un guide d'entretien construit préalablement à l'étude à partir de sa recherche bibliographique.
Ce questionnaire a été enrichi au fur et à mesure des entretiens afin d'explorer et d'approfondir des idées nouvelles.
Ils ont été réalisés en face à face, dans le cabinet des médecins et pendant une durée moyenne de 38 minutes.
L'enregistrement de ces entretiens s'est fait au moyen d'un dictaphone SONY ICD-B100 après avoir obtenu l'accord des participants et leur avoir fait signer le formulaire de consentement.
Après recueil des données sociodémographiques, le questionnaire a été proposé aux médecins au moyen de questions ouvertes, leur permettant ainsi de s'exprimer le plus librement possible.
L'enquêteur intervenait si besoin, au moyen de questions de relances, pour faciliter le discours et l'approfondissement des thèmes.
Les entretiens ont été stoppé après avoir confirmé une saturation des données auprès de 2 médecins.

V) Analyse des données

a) Retranscription des entretiens

La retranscription des entretiens a été réalisé par l'investigateur dans leur intégralité et sans reformulation sur un fichier WORD en respectant l'anonymat des interviewés.
Les données concernant le langage non verbal ont également été retranscris avec respect des silences, répétitions et rires possibles.

b) Analyse du contenu des entretiens

Le codage a été réalisé par l'investigateur principal sur dossier WORD.
L'analyse des données recueillies a été réalisée selon un mode inductif des données brutes (verbatim) initialement selon un mode vertical (les médecins enquêtés) puis horizontal (les thèmes abordés).
L'analyse thématique des données a permis le codage du texte et le regroupement des nœuds dans chaque thème abordé.
L'utilisation d'une grille d'analyse fabriquée « à la main » paraissait faciliter le codage des données par l'investigateur principal plutôt que l'utilisation d'un logiciel de traitement de texte comme N'vivo.

RESULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon étudié

Un seul des médecins interrogés était maître de stage et accueillait à ce titre des internes en médecine générale.
La durée moyenne des entretiens a été de 38 minutes. L'entretien le plus court ayant duré 17 min 32 sec, le plus long ayant duré 59 min 40 sec.

	Sexe	Age (ans)	Années d'installation (ans)	Activité	Mode d'exercice	Pratique hospitalière
M1	H	58	16	Urbain / Semi-urbaine	Groupe	Non
M2	F	60	34	Urbaine	Seule	Non
M3	H	57	18	Urbaine	Groupe	Maison médicale
M4	F	61	29	Semi-urbaine	Groupe	Non
M5	H	50	8	Urbaine / semi-urbaine	Seul	Non
M6	H	35	2	Urbaine	Groupe	Non
M7	H	33	1.5	Urbaine	Groupe	Non
M8	H	55	26	Urbaine	Seul	Non
M9	F	59	32	Urbaine	Seul	Non
M10	H	66	37	Urbaine	Groupe	Non
M11	H	30	1	Rurale	Groupe	Urgences

II) Le médecin généraliste face aux recommandations

a) Prise de connaissance des nouvelles recommandations

Elle se fait à l'occasion de recherches particulières lors de problématiques précises pendant leurs consultations : « lorsque je me pose des questions je vais voir sur un site officiel et là j'en profite pour me mettre à jour et m'apercevoir que ça a été modifié, et cetera. » (M11), « Il y a quelques sites de référence ou on tombe directement sur les recommandations. » (M6)

L'information passe alors en grande partie par la consultation de sites internet pour la plupart des médecins. Mais beaucoup de médecins avouent apprendre la publication de nouvelles recommandations par les visiteurs médicaux ou les réunions organisées par les laboratoires : « Les labos vous filent les recos » (M5), « On reçoit plutôt vis-à-vis de la sécu et des labos » (M8)

D'autres sources d'informations sont utilisées, notamment la participation à des groupes de pairs, la lecture de revues médicales (Prescrire, La revue du prat') ou la visite de délégués de la sécurité sociale : « Visite de la déléguée de la sécu qui me refile assez régulièrement les recommandations de la HAS. » (M5), « La revue du praticien… » (M8)

Un médecin a exprimé la difficulté d'être informé des changements de recommandations : « Je ne me mets pas au courant, je ne sais pas quand elles sortent. » (M7)

b) Attentes vis-à-vis des recommandations

La plupart des médecins interrogés s'accordaient à dire que les recommandations sont importantes pour orienter leur pratique clinique et mettre à jour leurs connaissances : « me guider dans ma pratique quotidienne » (M5), « mettre à jour mes connaissances. Ça trace une ligne directrice pour ma pratique » (M7).

Suivre ces recommandations semblait indispensable pour la plupart d'entre eux : « il me paraît indispensable de les suivre » (M5)

Même si la plupart avouent ne pas les suivre à 100% : « Bah ça trace un chemin…on est un peu à côté, on est dans les sentiers parallèles » (M3), « Je me laisse quelques libertés avec les recommandations…Il y a les livres et il y a la pratique… » (M6)

c) Confiance envers les recommandations

Pour une majorité des médecins interrogés, les recommandations paraissent fiables : « Les recommandations sont bonnes car elles sont établies par des comités d'experts. » (M7)

Les critères de bonnes recommandations imposent pour eux qu'elles soient faciles à acquérir et à appliquer : « Il faut qu'elles soient justes et faciles à mettre en œuvre » (M9), « Claires, intelligibles et qui soient faciles à mettre en place dans la pratique de médecine générale » (M11)

III) Avis concernant la mise à jour des recommandations sur les dyslipidémies de 2017

La moitié des médecins interrogés, n'avaient pas connaissance de leur modification : « Sincèrement je ne les ai pas lues. Je suis celles de 2005 » (M1), « Déjà il faut les avoir lues » (M7).

D'autres médecins avouent avoir connaissance de la mise à jour de ces recommandations sans certitude toutefois des modifications apportées et sans adapter leur pratique quotidienne : « Alors celles de 2017 je ne les connais pas dans le détail mais dans les grandes lignes » (M3), « […] les recommandations ont été modifiées mais je ne les connais pas par cœur. » (M11)

Trois médecins étaient au courant de la modification des recommandations mais un seul avait modifié ses pratiques pour s'accorder avec les recommandations : « Oui ce sont celles de 2017, où ils se sont alignés sur les recommandations de la société européenne de cardiologie. » (M5), « Aaaah c'est difficile, car 0.7 g/l…celui-là il fait mal » (M6)

Tous les médecins s'accordent à dire qu'il semble compliqué d'atteindre les cibles : « Elles sont compliquées, strictes par rapport aux objectifs à atteindre » (M7), « Typiquement, c'est exactement le genre de recommandations auxquelles je pensais quand je parlais de complexité » (M11).

L'indication de l'utilisation de l'outil SCORE pour le calcul du risque cardiovasculaire leur semble compliqué voire impossible : « On m'a parlé du nouvel outil de calcul du risque cardiovasculaire, mais je ne sais pas l'utiliser » (M4).

Cette complexité discorde avec la bonne opinion qu'ils ont d'un renforcement des cibles, ce qui leur paraît aller dans le bon sens pour le patient : « Je pense que le renforcement des objectifs de LDLc est une bonne chose car ça a prouvé quand même la diminution de la morbi-mortalité cardiovasculaire » (M4), « Je pense qu'elles ne sont pas mal » (M8)

IV) Etat des lieux des connaissances sur la prise en charge des dyslipidémies

a) Prise en charge initiale

La prise en charge des hypercholestérolémies passe par la mise en place initiale de règles hygiéno-diététiques comportant un régime alimentaire et une activité physique, pour l'ensemble des médecins interrogés, et ce pour une durée de 3 à 6 mois : « J'observe la situation pendant 3 mois sous régime alimentaire. » (M1), « Je lui laisse 6 mois environ sous règles hygiéno-diététiques puis on refait le point. » (M6)

L'introduction d'une statine varie d'un médecin à l'autre quant au choix de la molécule ou à la dose initiale : « Par exemple je commence par de l'atorvastatine 10 mg. » (M8), « Je commence par une dose minimum, par exemple de l'atorvastatine 20 mg pour commencer. » (M9), « Alors de la simvastatine ou de la pravastatine, jamais les autres et à petite dose…10 mg. » (M10).

Un seul médecin m'a parlé de prise en compte du risque cardiovasculaire et de l'objectif de LDLc comme critère de choix de la molécule initiale et de sa posologie : « Les patients polymédiqués, je mets l'atorvastatine à faible dose…c'est une des plus efficace avec le Crestor. Après, si le patient a un LDL à 2g et qu'il est coronarien et diabétique, je ne vais pas commencer à faible dose. » (M4).

Les patients à très haut risque cardiovasculaire bénéficient de statine d'emblée pour tous les médecins et de façon concomitante aux règles hygiéno-diététiques : « Si le mec est diabétique, ou s'il est coronarien, bien sûr que j'instaure un traitement d'emblée » (M5), « Je ne l'instaure pas tout de suite sauf si quelqu'un a vraiment de gros risques cardiovasculaires » (M9).

Un seul médecin interrogé exprime son désaccord envers l'introduction de statines en prévention primaire et émet des réserves sur leur utilisation en prévention secondaire : « Donc en prévention primaire je ne mets pas de traitement même s'il y a de gros facteurs de risque cardiovasculaire et en prévention secondaire je ne mets un traitement que quand il y a de gros facteurs de risque. » (M10), « Je le fais plus pour des raisons médico-légales que pour mes croyances sur l'intérêt du traitement. » (M10)

b) Cibles de LDLc

Pour la plupart des médecins les cibles sont proches des recommandations de la HAS de 2017 ou celles de l'AFSSAPS de 2005 : « Pour les patients diabétiques j'essaye de faire moins de 1 g/l. En prévention secondaire, je fixe également une cible à moins de 1 g/l. » (M1), « Les patients qui sont à haut facteur de risque cardiovasculaire, on fait en sorte qu'ils aient un LDL inférieur à 0.8 g/l. » (M4), « Pour les hauts et très hauts risques cardiovasculaires, il faut être en dessous de 1.2 ou 1.3 g/l selon moi. » (M7).
Les médecins expriment la complexité voire l'impossibilité d'atteindre les cibles de LDLc : « 0.7 g/l c'est trop sévère et ça me paraît infaisable mais bon… » (M7), « Entre 1 et 0.7 g/l…mais c'est difficile à atteindre » (M8)

c) Calcul du risque cardiovasculaire

Concernant le calcul du risque cardiovasculaire un seul médecin avoue utiliser l'outil SCORE : « Après, je regarde la table de scorage SCORE. Je l'ai enregistré sur le bureau de mon ordinateur » (M5).

Les autres médecins, qu'ils soient ou non au courant des dernières recommandations, continuent à utiliser la formule de Framingham : « Normalement…je le calcule en fonction de l'âge, des pathologies associées comme l'hypertension artérielle, le diabète, du sexe » (M1), « Je calcul le risque cardiovasculaire avec le score de Framingham. » (M4).

D'autres médecins disent n'utiliser aucune des deux méthodes de calcul du risque cardiovasculaire, les considérant comme incomplètes : « Je ne le calcule pas. Il y a probablement des facteurs de risque que nous ne connaissons pas encore dans l'état des connaissances actuelles. » (M2), « Je ne regarde pas le nouveau tableau SCORE car je pense qu'il n'est pas complet. Il faut rajouter d'autres paramètres du risque cardiovasculaire comme l'apnée du sommeil, le taux de testostérone » (M10).

Plusieurs médecins évoquent une stratification dans l'importance des facteurs de risques. Certains facteurs de risque majeurs justifient alors des cibles de LDLc plus strictes : « Après selon moi il y a des facteurs de risques plus importants que d'autres comme le diabète. L'âge par exemple est un facteur de risque moins important selon moi. » (M8), « Les antécédents familiaux … ça c'est dans mon expérience le plus gros facteur de risque. » (M9).

d) Adaptation du traitement

Lorsque les objectifs de LDLc ne sont pas atteints, les médecins procèdent à une augmentation des doses voir à l'association d'autres molécules : « Si les cibles ne sont pas atteintes, je rajoute de l'Ezetrol, je fais des associations… Inegy, Liptruzet » (M4).

On note cependant chez certains médecins des variations par rapport aux recommandations, notamment lors de l'apparition d'effets secondaires : « Donc je switche avec autre chose puis s'il ne supporte pas, je le vire, et je le mets sous levure. » (M7), « L'Ezetrol je le mets aussi souvent en seconde intention en monothérapie. J'évite de le mettre en association avec les statines » (M9).

V) Information et éducation thérapeutique des patients

L'implication du patient dans la prise en charge est la base pour obtenir une bonne observance : « Le patient doit tout savoir, c'est une obligation, d'ailleurs c'est beaucoup mieux pour lui s'il connaît l'objectif et qu'il n'y va pas à l'aveugle. » (M1), « J'explique aux patients à quoi sert le traitement, pourquoi il faut baisser le LDL. » (M4), « Après je pars du principe que les patients sont les premiers acteurs de leur santé » (M5).

La variabilité entre chaque médecin passe par le temps attribué à l'éducation : « Je peux passer des consultations en entières à leur expliquer. » (M5), « On passe un peu de temps, mais pas beaucoup. On n'a jamais assez de temps. » (M8).

VI) Attentes vis-à-vis du traitement

Les objectifs principaux des traitement hypolipémiants varient en fonction des médecins généralistes : « Protection cardiovasculaire en essayant de diminuer les plaques des carotides, et en contrôlant sur des doppler. » (M2), « Le but n'est pas le chiffre sur un papier, c'est concrètement la baisse du risque cardiovasculaire. » (M4).

VII) Difficultés d'appropriation des recommandations par les médecins généralistes

a) Problématique commune à toutes les recommandations

Certains médecins ne sont pas informés des nouvelles recommandations : « Sincèrement je ne les ai pas lues. Je suis celles de 2005 » (M1)

La plupart des médecins évoquent la complexité des recommandations pour expliquer les écarts volontaires à celles-ci : « c'est vrai qu'involontairement comme on ne peut pas connaître les recommandations sur le bout des doigts, on adapte les recos à notre façon de faire antérieure, à nos habitudes. » (M5), « Les recommandations en revanche sont trop complexes à lire, elles sont infernales à lire. » (M10).

La plupart des médecins expriment le sentiment de recommandations non adaptées à la médecine générale : « j'ai des fois l'impression qu'ils n'ont aucune notion de la réalité du terrain. » (M2), « Après…c'est l'HAS, ils tiennent beaucoup compte du côté économique de la chose » (M5), « C'est peu adapté à la médecine générale. Leur défaut serait d'être très très spécifique, trop spécialisé » (M7), « sont très théoriques mais qui se heurtent parfois aux difficultés pratiques. » (M11).

Ils évoquent également des recommandations trop longues : « Après quand tu cherches des recos tu tombes sur des pavés de 100 pages donc même avec la meilleure volonté du monde on ne peut pas s'en sortir. » (M7)

Les médecins sont également critique face au nombre de recommandations et à leurs mises à jour fréquentes : « Et puis ça change sans arrêt. » (M2), « Les limites c'est la quantité de recommandation…le fait que ça change tout le temps » (M7), « Et en pratique, du point de vue de la quantité, il est impossible de lire toutes les recommandations. » (M10).

Les médecins sont toutefois heureux de pouvoir compter sur une guideline lorsqu'ils rencontrent un problème : « Il n'y a pas trop de recommandations car c'est toujours bien quand tu te poses des

questions sur un cas ou devant un patient de pouvoir trouver des recommandations sur internet pour t'orienter et avoir une guideline. » (M11).

Certains médecins restent critiques envers les recommandations, évoquant des conflits d'intérêts, sans toutefois aller à l'encontre des recommandations : « Oui je suis méfiante vis-à-vis des recommandations et des conflits d'intérêts via les labos » (M9), « Je les regarde d'un œil prudent, c'est loin d'être une parole d'évangile. » (M10).
Un certain laxisme dans la volonté de mettre à jour ses connaissances semble également être une explication : « Je pense qu'un certain pourcentage de médecins se met à jour, ce sont toujours les mêmes qu'on voit en formation » (M4).

Un médecin avoue ne plus souhaiter mettre à jour ses connaissances par fatigue tout en reconnaissant être très strict avec les patients dans l'atteinte des objectifs de LDLc : « je n'ai plus envie de les lire et n'ai pas le temps. Je suis trop fatigué pour ça maintenant […] en ce moment j'ai un burn out qui me coure après » (M2).

b) Problématiques propres aux recommandations sur les dyslipidémies

Les recommandations sur les dyslipidémies semblent complexifier les pratiques, notamment dans le calcul du risque cardiovasculaire : « Il paraît un peu plus compliqué » (M3), « Il faut passer par une table de SCORE que vous n'avez pas forcément sous les yeux. » (M5).

Deux médecins évoquent d'autres problématiques liés à cet outil : « Le problème aussi pour le SCORE est qu'il y a plusieurs tables différentes » (M5), « il faudrait introduire une statine à partir de 65 ans. Il y a vraiment une différence entre âge physiologique et âge réel, donc c'est difficile. » (M8).

Le seul médecin avouant ne pas suivre volontairement les recommandations le justifie par les conflits d'intérêts nombreux et les biais des études et se réfère au Pr De Lorgeril qui est un médecin cardiologue du CNRS détracteur des statines : « Je les ai lus… j'en pense beaucoup de mal. En prévention primaire, normalement, il y a aucun intérêt de mettre une statine en prévention primaire et en préventions secondaire je mets un énorme bémol […] Je donne maintenant très souvent le blog de Michel De Lorgeril aux patients » (M10).

VIII) Difficultés d'application des recommandations par les médecins généralistes

a) Liées aux médecins

Nombreux sont les médecins ayant avoué ne pas être stricts : « C'est parce qu'ils ne sont pas assez sévères » (M2), « Certains médecins sont trop laxistes volontairement ou non en fonction des patients » (M4), « Non, je ne suis pas trop strict, mais ça dépend aussi des patients. » (M9).

Certains médecins avouent notamment perdre de vue par moment leurs objectifs de traitement pour de nombreuses raisons : « Souvent mes prescriptions dépendent de l'état dans lequel je suis, de ma fatigue ou de mon état d'esprit, si je suis pressé car il y a du monde…ou au contraire s'il n'y a personne et que j'ai du temps. » (M5), « Des fois on est fatigué, allez hop on laisse tomber. Et des fois on réagit et on en remet une couche (rires). » (M9).

Ils adaptent leurs connaissances des nouvelles recommandations à leurs habitudes antérieures et à leur expérience propre : « Je fais en fonction de mon expérience. » (M2), « on a toujours tendance à s'en écarter involontairement pour l'adapter à nos habitudes. » (M4).

La pluralité des problèmes à régler lors de la consultation explique le peu de temps accordé à équilibrer cette pathologie en particulier ou pour l'éducation thérapeutique : « Quand tu as 30 personnes à voir…donc si on commence à prendre du temps comme ça avec le LDL tu dois prendre du temps pour tout. » (M7), « On ne prend peut-être pas assez de temps mais comme on n'en a pas, c'est difficile. » (M8).

Le tarif semble pour un médecin être une cause de cette observation : « Moi tu me mets la consultation à 150 euros, je te fais la consultation de ¾ d'heures voir 1 heure…le LDL je peux me branlouiller dessus, m'embêter à calculer le machin, mais quand tu es à 25 balles la consultation, tu ne peux pas te permettre. » (M7).

L'outil SCORE encore une fois, en plus d'être compliqué à appréhender, pose problème dans son utilisation pour les médecins généralistes : « il y a le tableau (SCORE) qui est un peu fastidieux et me paraît infaisable en réalité. » (M7), « La nouvelle façon de calculer le risque cardiovasculaire est trop compliquée » (M8).

Par ailleurs l'atteinte des cibles de LDLc fixées par la HAS (ou l'AFSSAPS) est un défi parfois irréalisable pour les médecins : « Le problème est que cela nécessite des doses beaucoup plus importantes de statines donc le risque d'effets secondaires est majoré, d'où un risque d'observance risquant d'être moindre. » (M1), « Honnêtement, ça me parait compliqué parce que même les patients qui n'ont pas de facteur de risque, qui sont en bonne santé, ils ont parfois du mal à atteindre des 0,7. » (M11).

La nécessité d'adapter les recommandations générales aux cas particuliers de chaque patient semble expliquer en partie la non-atteinte des cibles de LDLc : « ça dépend des affects qu'on a avec les patients, ça influence beaucoup. [..] Chez certains patients chez qui on connaît leur hygiène de vie […] on a tendance à ne pas imposer de traitement alors qu'ils pourraient en nécessiter selon les recommandations. » (M5), « Mais après c'est à nous d'adapter au cas particulier de chaque patient qu'on a en face de nous. D'où les déviances inévitables par rapport aux recommandations. » (M8).

Un médecin évoque l'émergence de certains effets secondaires pour limiter la prescription des statines : « Il s'agit également de bien surveiller les troubles cognitifs et les risques de diabète également. C'est validé partout. » (M10).

b) Liées aux patients

Les principales causes de non-atteinte des cibles de LDLc évoquées par les médecins sont l'influence des médias et des « fake news » sur les croyances des patients : « il y a les médias aussi, car il y a des patients qui sont très attentifs à ce que disent les médias » (M3), « il y a eu le problème des fausses informations relayées par les médias. » (M5), « Le rôle de la presse, d'internet et des médias. Le rôle de certains médecins grands pontes qui ont dit n'importe quoi. » (M8).

Nombreux sont les patients qui lisent les notices, ce qui a un effet délétère sur les prescriptions des médecins et favorise l'inobservance : « ils ont peur d'avoir des effets secondaires car ils ont lu la notice. » (M4), « Après il y a le problème des patients qui lisent les effets indésirables et qui se créent le problème » (M7).

La peur des effets secondaires et leur survenue réelle (myalgies) sont fréquentes. Elles sont source d'inobservance par le patient et de difficultés thérapeutiques pour le médecin : « Oui surtout ceux qui ne supportent pas les statines » (M2), « Les myalgies sont relativement fréquentes » (M4).

Des patients disent ne pas souhaiter prendre de médicaments, qu'ils l'avouent ou pas aux médecins : « Moi j'ai beaucoup de patient qui m'avouent oublier quelques prises dans la semaine. » (M1), « Mais je pense qu'il y a beaucoup de patients qui sont non-observant…et ce d'autant plus que les traitements sont nombreux. » (M8), « Certains ne prennent pas les traitements, d'autres vous disent qu'ils le prennent alors que non » (M9).

D'autres patients expriment des réticences envers les traitements : « puis ceux qui n'aiment pas prendre des médicaments » (M2), « Le médecin reste un conseiller, après le patient décide. » (M9).

La grande difficulté concernant l'observance tient également dans le manque de rigueur des patients dans le respect des règles hygiéno-diététiques au long cours : « Il y a des patients qui n'appliquent pas les règles hygiéno-diététiques » (M1), « le régime qui est rarement fait comme il faut dans le temps » (M3), « Parce qu'après c'est compliqué de demander aux patients de faire des efforts » (M5).

La confiance envers le médecin joue un rôle sur la prise des médicaments par les patients : « Certains pensent qu'on est à la solde de l'industrie pharmaceutique, qu'ils nous payent » (M7), « les patients ne nous écoutent pas. » (M9).

Les médecins ont plus ou moins de poids en termes d'éducation thérapeutique en fonction des capacités intellectuelles des patients et de leur niveau social ou encore de leur psychologie : « Après des fois des patients sont des structures phobiques et dans ce cas-là on ne peut rien faire » (M4), « Après ça dépend des capacités cognitives des personnes, de leur cadre de vie. » (M5), « Beaucoup de patients ont du mal à voir les objectifs » (M6).

Parfois, les médecins ne trouvent pas d'explication au manque d'atteinte des cibles : « Très souvent malgré des efforts de mon côté ou des deux côtés, on n'arrive pas aux cibles. » (M11).

Les patients ne semblent pas exprimer de réticence dans le suivi : « Non, les patients sont même plutôt demandeurs de contrôles de leur dyslipidémie. » (M5).

c) Liées à d'autres facteurs

Des médecins évoquent un « flicage » par la sécurité sociale : « Je ne vois pas pourquoi je mettrai des doses astronomiques, pourquoi je monterai le dosage à 10, 20 alors qu'avec 5mg de Crestor j'ai l'efficacité […] Je m'en fou du coût, l'important c'est le patient (M2), « Mais le problème c'est que la sécu nous a mis des bâtons dans les roues donc il y a eu un moment où il fallait aller sur internet pour demander l'autorisation de pouvoir le prescrire… » (M5).

Cette nécessité de demande préalable à la prescription met alors en difficulté les médecins réfractaires à internet ou à l'informatique : « mais franchement, c'est compliqué. Je ne sais pas comment font les médecins qui ne sont pas doués en informatique. » (M5).

d) Adaptation des médecins aux réticences des patients

Cette adaptation passe en priorité par la poursuite de l'éducation thérapeutique : « Je passe du temps, je fais beaucoup de prévention, beaucoup d'éducation thérapeutique, énormément. » (M4), « Je n'essaye pas d'imposer les trucs aux gens sans expliquer, je pense qu'il faut avoir leur adhésion pour que ça marche. » (M5).

Certains médecins disent délivrer des supports visuels pour aider les patients à comprendre : « Parfois il m'arrive également de tirer des documents d'internet et de les imprimer au patient. » (M1), « Il y a aussi les documents en salle d'attente sur les dyslipidémies. J'ai des petites fiches sur le cholestérol. » (M6).

Certains médecins s'appuient sur les cardiologues et certains intervenants paramédicaux : « Par un suivi psychologique. Ça peut aider les patients. » (M4), « et c'est l'occasion souvent de botter en touche et d'envoyer chez le cardiologue. » (M7), « Je les envoie chez des diététiciens, c'est une bonne aide » (M9).

Mais sur l'ensemble des médecins interrogés, aucun n'adressait les patients sur des séances d'éducation thérapeutique faute de connaissance de leur existence : « Par ailleurs je n'ai pas connaissance de l'organisation de séances d'éducation thérapeutique ici. » (M5).

Les médecins avouent ne pas imposer leurs décisions et laisser le patient décider : « Non, je n'ai pas le temps…ceux qui ne veulent pas, ils ne veulent pas c'est tout. Moi je leurs explique le truc, je ne suis pas expéditif non plus. » (M7), « je leur explique. S'ils ne veulent toujours pas, tant pis. » (M8).

IX) Propositions pour l'amélioration des résultats par les médecins

a) Du point de vue des recommandations

Certains médecins expriment la nécessité de simplifier le contenu des recommandations pour les adapter aux médecins généralistes : « La simplification des recommandations pourrait jouer dans le sens d'une meilleure prise en charge. » (M5), « Claires, intelligibles et qui soient faciles à mettre en place dans la pratique de médecine générale » (M11)

Ils expriment également leur volonté de recevoir les éventuelles mises à jour des recommandations : « Peut être pourraient-on les recevoir, déjà ça nous faciliterait un peu la tâche. » (M8), « Peut-être serait-il utile d'en prévenir les médecins généralistes ou même mieux de leurs envoyer par mail. » (M11).

Le médecin interrogé méfiant envers les recommandations et réfractaire au cas particulier des statines souhaite des études exemptes de financement par les laboratoires et donc de conflits d'intérêts : « qu'il y ait moins de conflit d'intérêts dans les hautes sphères. » (M10).

b) Du point de vue des médecins

Les médecins réclament une amélioration de leur qualité de travail afin de leur libérer du temps : « Peut être passer plus de temps avec les patients » (M3), « Plus de temps pour travailler » (M8).

Cette libération de temps, bénéfique au patient, permettrait une disponibilité plus grande pour les sensibiliser sur les risques cardiovasculaires et les risques des hypercholestérolémies à long terme :

« Après c'est sûr que si on avait un peu plus de temps, ça pourrait participer à prendre plus de temps pour chaque patient » (M7), « Comme on dit « enseigner c'est répéter ». » (M11).

Un médecin évoque la nécessité d'attirer les jeunes médecins généralistes vers la pratique libérale : « plus de médecins, j'en rêve (rires). […] Les jeunes n'ont plus envie de s'installer, c'est dommage. Il faudrait les inciter par quelque moyen que ce soit. » (M8).

D'autres médecins souhaitent une revalorisation des tarifs de consultation : « Pour cela, il faudrait revaloriser la consultation du médecin. » (M3), « Les patients sont souvent polypathologiques, donc en une consultation d'un quart d'heure à 25 euros, c'est un problème. » (M10).

Deux médecins vont encore plus loin dans la réflexion en jugeant le paiement à l'acte désuet. Une rémunération forfaitaire leur semblerait plus judicieuse pour une médecine plus efficace : « Le problème de continuer à avoir un règlement des médecins à la consultation, c'est totalement ringard » (M10), « mieux s'ils stoppaient la rémunération à l'acte pour passer au forfait ce serait mieux pour le patient…et pour le médecin » (M11).

La libération du temps de travail pourrait passer pour certains médecins par la promotion des structures pluridisciplinaires : « Je pense qu'à plusieurs, on a plus de chance d'arriver à contraindre le patient que seul dans son coin. » (M7), « L'idéal serait de faire des structures comme en Suisse ou il y a des IDE qui interrogent le patient, qui font des tests, des prises de sang. Elles font tous les problèmes administratifs avec une secrétaire. […] Le médecin n'a plus qu'à affiner tout ça, parler avec le patient, poser le diagnostic et instaurer le traitement. Il peut faire de la vraie médecine. En France comme tout est compartimenté, ça ne marche pas. » (M8).

Un médecin évoque une surcharge administrative très chronophage à laquelle il faudrait remédier : « Vous savez, les papiers on en a tellement ! On a peu de temps pour faire de la médecine » (M2)

c) Du point de vue des patients

Il serait intéressant pour les médecins d'avoir plus accès à des dépliants et des supports visuels afin de les distribuer aux patients : « Mais pour le patient, effectivement, un petit guide d'éducation » (M3), « Ce serais bien que l'HAS ou la sécu nous fasse des plaquettes toutes faites pour nous aider dans notre pratique et les envoient par internet. » (M7), « Peut être un site pour les patients avec quelque chose un peu interactif, ou un dépliant. Ça pourrait être un support. » (M11).

Les médecins ne souhaitent pas accéder à des séances d'éducation thérapeutique en complément de leur prise en charge : « Les séances d'éducation thérapeutiques pourquoi pas…mais ça me semble trop compliqué. » (M6), « Je ne suis de toute manière pas d'accord avec tout ça. » (M9).

Un médecin souhaiterait amplifier les activités de prévention dès le plus jeune âge : « Si on apprenait dès le jeune âge à manger équilibrer, à avoir une activité physique et avoir une bonne hygiène de vie on limiterait la casse. » (M5).

Pour un autre médecin la responsabilisation des patients passerait par la taxation des patients hospitalisés ou traités pour des problèmes évitables par la prévention : « Quand les gens doivent payer pour leur santé, ça les responsabilise. Si les patients payaient pour des pathologies évitables par la prévention ils finiraient par être plus adhérents aux traitements et aux règles hygiéno-diététiques. » (M9).

DISCUSSION

I) Forces de l'étude

Une des forces de l'étude tient dans la sélection de médecins généralistes très diversifiées dans leur pratique, leurs habitudes et leur état d'esprit. Les réponses obtenues ont ainsi été très variées.
Le fait que l'enquêteur soit du même niveau social et exerce la même activité professionnelle limite la peur de l'interviewé à s'exprimer.
Au contraire, les médecins peuvent avoir ressenti une certaine peur d'être jugés par leurs pairs. Mais la présentation en temps qu'interne en médecine a pu toutefois limiter cet effet en plaçant le médecin interrogé en position haute par rapport à l'interviewé.
La problématique de l'influence de l'intervieweur sur l'interviewé a pu être limitée par l'utilisation d'un canevas établi à l'avance avec des questions ouvertes.
La retranscription des verbatims au fur et à mesure des interviews a permis la reformulation des questions ambiguës. Lorsque cela s'avérait nécessaire ceci a permis d'obtenir des réponses plus complètes de la part des médecins.
L'identification des erreurs faites lors des premiers interviews a permis de diminuer certains biais liés à l'enquêteur principal lors du recueil d'informations sur les interviews suivants.
Le nombre de médecins généralistes interrogés a permis l'obtention d'une saturation des données.

II) Limites de l'étude

a) Biais dans la constitution de l'échantillon

Les médecins enquêtés ne sont que des médecins généralistes exerçant à Fréjus ou ses alentours. Donc bien que l'échantillon soit diversifié, il existe un biais dans sa constitution.
L'échantillon ne comprend, de plus, aucun médecin âgé entre 35 et 55 ans, ce qui a pu influencer les résultats.
Les refus rencontrés par l'investigateur principal ont aussi constitué un biais de recrutement.

b) Biais dans le recueil de l'information

Biais liés à la personne enquêtée
L'enquêteur ne peut vérifier la véracité de ce que dit la personne interrogée sur sa pratique ou sur ce qu'elle ressent. Les réponses du médecin influencées par la nécessité d'être perçu de façon positive par l'interviewé constitue un biais de désirabilité sociale.
Ainsi, un refus de répondre a pu se manifester par des réponses erronées par rapport à la pratique réelle.
De plus, l'intervieweur s'est heurté au problème inhérent à l'utilisation de questions ouvertes. Lorsque les réponses n'étaient pas conformes aux questions posées, les questions de relances ont été proposés aux enquêtés, ce qui a pu influencer en partie les réponses obtenues. D'où un biais d'information.
Les résultats dépendent de la remise en question de chaque médecin sur leur pratique, de leur capacité d'extraversion (associations d'idées, capacité de pensées, capacité d'auto-critique…) engendrant par conséquent autant de biais.

Biais liés à l'enquêteur
L'absence d'expérience dans la conduite des entretiens semi-dirigés a inévitablement participé à omettre certaines questions ou relances utiles au recueil des informations exploitables.
L'enquêteur a pu également faire des commentaires sur ses propres opinions et influer sur les réponses.

Il a été noté lors de la retranscription que l'enquêteur avait coupé la parole de l'enquêté à plusieurs reprises, ce qui a pu modifier les informations recueillies ou du moins obtenir des réponses incomplètes.

Biais liés aux conditions d'entretien
L'enregistrement par magnétophone a également une influence sur l'attitude et la réponse des interviewés. Ce dernier a pu ne pas se libérer et mesurer ses réponses par crainte d'être réécouté. Mais ce système d'enregistrement reste tout de même indispensable pour retranscrire un verbatim fidèle à ce que souhaitait exprimer le médecin enquêté.
Tous les entretiens n'ont pu avoir lieu en dehors des horaires de consultation des médecins interrogés. Ceci constitue un biais de recueil : le participant peut volontairement écourter ses réponses afin de ne pas prendre de retard sur la consultation suivante.
Un médecin m'a informé lors de la prise de rendez-vous pour l'entretien n'avoir qu'un quart d'heure à m'accorder ce qui a nécessité d'adapter mon questionnaire et d'omettre volontairement certaines questions. Ceci n'a en réalité pas posé réellement problème car ce médecin m'avait alerté par avance qu'il ne suivait pas les recommandations sur les statines pour croyances personnelles. De ce fait, certaines questions de l'étude devenaient hors-sujet.

c) Limites liées à l'analyse des entretiens

Notre étude présente un biais d'analyse lié à l'absence de triangulation des données de la recherche. Un seul enquêteur a effectué l'analyse des entretiens, ce qui peut participer à réduire la significativité de l'étude.

III) Analyse des résultats

Dans cette étude nous avons constaté principalement que les généralistes se heurtent à des problématiques de plusieurs ordres pour rester à jour de leurs connaissances et appliquer les référentiels de bonne pratique.
Ces résultats sont en grande partie concordants avec une étude menée sur le respect des recommandations dans le cadre du diabète de type 2 de 2006 [18].

a) Difficultés communes à l'ensemble des recommandations

La première difficulté évoquée par les médecins généralistes est leur prise de connaissance tardive des recommandations de bonne pratique.
Ils se heurtent en effet au manque d'information lors de la publication de nouvelles recommandations par la HAS. Ce qui est confirmé pour certains par le manque de connaissance des mises à jour datant de 2017. Ils s'informent par les visites de laboratoires, les conférences médicales et la lecture de revues médicales.
Cette constatation semble marquer un premier frein dans l'appropriation de nouvelles recommandations et explique une certaine inertie dans leur application.
Ceci interroge sur la prise en charge des pathologies à forte prévalence.
Un seul médecin disait recevoir les recommandations de la HAS alors que d'autres évoquaient ne rien recevoir. En effet, leur envoi nécessite une inscription préalable [19].
Cette possibilité pourrait être proposée HAS dès l'obtention du diplôme. De plus, choisir les recommandations les plus pertinentes en fonction des spécialités pourrait diminuer la quantité d'informations reçues et ainsi améliorer la mise à jour des connaissances.

Par ailleurs, une intensification de leur formation sur les pathologies fréquentes et couteuses pour la sécurité sociale serait également profitable aux médecins et aux patients.

La seconde difficulté est due à la multiplicité des recommandations et leur changement fréquent qui ne favorisent pas leur connaissance fine.
C'est ce que confirment deux études réalisées en 2010 et 2014 sur la survie des recommandations [20 ; 21].

De ces difficultés, découlent en partie la nécessité d'adapter les recommandations à leurs habitudes et connaissances, ainsi que de s'adapter au cas particulier de chaque patient [22]. Même si des mises à jour s'opèrent, il paraît compliqué pour un médecin de modifier de façon trop conséquente des connaissances anciennes. En effet, l'apprentissage de nouvelles notions nécessite un temps d'adaptation d'autant plus long que les modifications sont importantes.
De nombreuses études confirment cette observation d'un écart entre la modélisation théorique et les pratiques médicales réelles. [23 ; 24 ; 25]

Les médecins ont évoqué la complexité des recommandations liée à un contenu de plus en plus précis et trop « spécialisé » et qui impose au médecin généraliste de s'en écarter volontairement.
Les médecins s'interrogent sur leur caractère adapté à la médecine générale.

Bien que ces problématiques soient évoquées par de nombreux médecins, il est évident que la principale problématique était due à un manque de temps lié à leur charge de travail.

Malgré ces problématiques diverses, les médecins font pour la plupart confiance aux recommandations qu'ils jugent indispensables à leur pratique. Ils disent être plutôt enthousiastes dans leur suivi car elles représentent un modèle, leurs permettent d'orienter leur pratique.

Les avis recueillis lors de notre étude concordent avec les résultats d'une recherche de santé publique menée en 2006 qui visait à mieux connaître les opinions des médecins généralistes quant aux recommandations. [26]
L'importance exprimée des recommandations et de leur utilité discorde du suivi non strict de leur contenu.
Cet écart aux recommandations tient aux habitudes de prescription et à la nécessité d'adaptation au patient, à son terrain, ses pathologies et surtout ses désirs en termes de santé.
Des conclusions similaires sont tirées dans le travail sur le respect des recommandations sur le diabète de type 2. [18]

b) Complexités liées aux recommandations sur les dyslipidémies

La plupart des médecins avouaient ne pas connaître les modifications apportées par les dernières recommandations sur les dyslipidémies. Ils ne savaient pas qu'elles aient été modifiées en 2017.
Ceci confirme encore l'inertie entre la publication des recommandations et leur lecture.
Pour ceux ayant été informés du changement, seul un avait modifié sa pratique et un autre médecin avouait son ras le bol et ne souhaitait plus se mettre à jour dans ses connaissances.
La lecture des recommandations ne semble alors pas suffisante, à elle seule, pour améliorer les connaissances et modifier certaines pratiques.
Ceci montre par ailleurs que l'amélioration des pratiques dépend en grande partie de la volonté propre à chaque médecin de, non seulement acquérir de nouvelles connaissances, mais surtout de les appliquer. C'est sur cette dernière observation que le bât blesse. C'est à ce niveau qu'intervient la 'Rémunération sur Objectifs de Santé Publique' (ROSP) de la sécurité sociale, en rémunérant grâce à des primes les médecins répondant à certains standards de qualité.
Concernant les objectifs de LDLc, des points sont gagnés et des primes versées en fonction de l'atteinte des cibles [27].
Bien que ce type de rémunération semble représenter un encouragement aux bonnes pratiques, les médecins sont, pour une partie d'entre eux, réfractaires à une pratique médicale stéréotypée et

tiennent à leur liberté d'activité. C'est ainsi qu'un médecin préférait rester libre de sa pratique quitte à renoncer à ces primes.

Pour les recommandations des dyslipidémies, le premier sentiment des médecins était de n'éprouver aucune difficulté à les appliquer. En effet, il s'agit d'une pathologie très fréquente pour laquelle leurs connaissances spécifiques sont mobilisées quotidiennement.
Mais le suivi des recommandations est peu concordant avec l'idée qu'ils se font de leurs connaissances réelles et de leur application.
Quelques médecins s'accordaient plus de libertés qu'ils ne le pensaient et se méprenaient notamment sur les cibles théoriques de LDLc souhaitées par la HAS.
Ceci montre que l'acquisition des recommandations est plus complexe que ce que pensent les médecins interrogés. Cette dissonance cognitive [28] ne semble toutefois pas volontaire de la part des médecins qui s'autocritiquent selon leurs propres critères et ne peuvent donc être objectifs.

C'est ce que cherchait à vérifier les questions posées sur les modalités pratiques de prise en charge des patients dyslipidémiques. Cette évaluation rapide des connaissances a permis de mettre en exergue l'écart entre sentiment d'adhésion aux recommandations et pratique réelle.
On peut toutefois noter que même si les cibles discordent des recommandations, elles restent très proches de ce qui est attendu comme le confirme l'étude menée par Dr Poncelet en 2006. [29]
De plus, peu de médecins connaissaient les nouvelles cibles de LDLc pour les hauts et très hauts risques cardiovasculaires élaborés par la HAS en 2017. Ils se fiaient aux cibles préconisées en 2005.
La seule difficulté évidente lors de la prise en charge, était l'adaptation thérapeutique face à des cibles non suffisantes ou face à des effets secondaires à type de myalgies.
Un seul médecin avouait prendre en compte le risque cardiovasculaire et l'objectif théorique de LDLc comme critère de choix de la statine initiale et de sa posologie. Les autres prescrivaient les statines en fonction de leurs habitudes.

Comme ce que nous avons pu évoquer pour les difficultés générales des recommandations, celles sur les dyslipidémies sont jugées trop longues, complexes et éloignées de la réalité du terrain.
L'outil SCORE de calcul du risque cardiovasculaire en est un exemple. Seul un médecin avouait l'utiliser en émettant toutefois des réticences telles que le manque de temps et la nécessité d'utilisation d'une table pas forcément à disposition lors de visites médicales. La multiplicité de tableaux SCORE ne facilite également pas le choix.

Bien que certains médecins aient une bonne opinion de la baisse des objectifs de LDLc, ils jugent ces objectifs trop bas et difficiles à atteindre.
Un médecin avouait connaître les recommandations mais ne les suivait pas volontairement, évoquant des biais et conflits d'intérêts trop importants. Il citait notamment les travaux du Pr De Lorgeril, cardiologue du CNRS détracteur des statines. [30]
En prévention primaire, elles n'avaient pour lui pas fait la preuve de leur utilité et en prévention secondaire ne devaient pas être systématiques en dehors de très hauts risques cardiovasculaires. Il ne les prescrivait systématiquement en prévention secondaire que pour des raisons médico-légales.
Ces croyances vont à l'encontre des actualisations de deux méta-analyses, la Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration [31] et une revue « Cochrane » [32], qui ont conclu à l'efficacité des statines en prévention primaire chez les sujets à bas risque cardiovasculaire.

Les représentations personnelles induites par l'expérience propre à chaque médecin jouent un rôle dans ces écarts aux recommandations. Quelques médecins ont évoqué une stratification dans l'importance des différents facteurs de risque et donc dans la cible de LDLc à atteindre.

c) Difficultés d'application liées aux généralistes

Le manque de temps est la difficulté principale liée à une charge de travail importante induite par le nombre quotidien de patients.
Comme le précise le document sur les conditions de travail des médecins généralistes publié par le DREES [33], leur durée moyenne de travail est évaluée à 57 heures par semaine.
La durée consacrée à la lecture d'articles médicaux est estimée à 2h par semaine auxquelles s'ajoutent 13 demi-journées par an de formation. Ceci est quantité négligeable eu égard au nombre d'heures travaillées.
Comme l'évoque la thèse menée en 2016 relative au renouvellement des connaissances en médecine générale [34], 2h à accorder à la mise à jour des connaissances sont très insuffisantes.

La charge de travail quotidienne résulte du départ à la retraite des médecins issus de la génération « babyboom ». C'est ce que confirme une étude conjointe de l'ARS et de l'INSEE de 2014, affirmant qu'en 2020 un médecin sur 2 sera à remplacer [35].

Au nombre important de patients à consulter, s'ajoute la diversité des problèmes à régler lors de chaque consultation : par moment, le médecin perd de vue ses objectifs thérapeutiques.
Ces consultations à motifs multiples représentent environ 2/3 des consultations chez le généraliste [36]. C'est à ce niveau qu'une amélioration des pratiques pourrait intervenir, notamment par promotion d'une stratification dans la prise en charge de problèmes multiples.
Il convient donc de pouvoir hiérarchiser les motifs de consultations afin d'être plus efficace, et ceci passe par le repérage des motifs de consultations principaux.
Une meilleure formation des internes de médecine générale pour améliorer l'organisation des consultations serait utile dans l'optimisation de la prise en charge de ces patients.
De même, l'éducation thérapeutique qui est la pierre angulaire de la prise en charge par les médecins généralistes, ne peut être menée au mieux dans ces conditions de consultation « chronométrées ».

Ces difficultés expliquent en partie le « ras le bol » voir un réel burn out de certains médecins.
Une thèse menée en 2017 estimait à environ 50% le taux de généralistes souffrant de burn out. [37]

Certains médecins informent leurs patients des objectifs à atteindre, nécessitant leur participation active au long cours. La prise en charge impose une responsabilisation des patients. Les médecins interviennent alors comme conseil.
Des médecins ressentent la nécessité consciente ou non de se faire « bien voir » par leur patient en mettant la barre des objectifs plus bas. Ceci constitue un biais de désirabilité sociale.
Certains se disaient très stricts dans l'atteinte des objectifs et d'autres plus laxistes. Ces résultats découlent de la personnalité de chaque médecin plus que de tout autre facteur tel que l'âge le sexe ou le nombre d'années d'installation.
En revanche, la fonction de maître de stage semble influer sur la modification des pratiques par la nécessité de rester proche des recommandations et d'être rigoureux dans leur prise en charge. C'est ce que montre la méta-analyse sur l'impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel. [38]

La prime à la performance (ROSP) évoquée plus haut, constitue une avancée dans la motivation des médecins à l'atteinte de ces objectifs de LDLc et demanderait à être intensifiée voire imposée pour certaines pathologies à forte prévalence telles que les dyslipidémies ou le diabète.

d) Difficultés d'application des recommandations liées aux patients

Même si les médecins avouent être en partie responsables de la prise en charge suboptimale des dyslipidémies, les patients sont, pour eux, largement incriminés dans cette observation.
En effet, si les cibles de LDLc ne sont pas atteintes, le problème de la non-observance des patients en est une cause majeure. On estime ainsi que plus de 80 % des patients atteints de pathologie chronique ne suivent pas suffisamment leurs thérapeutiques pour obtenir les bénéfices optimaux. En Europe, l'observance aux traitements est inférieure à 70 % [39].

Les patients restent les principaux acteurs de leur prise en charge. Certains peuvent être complétement réticents aux règles hygiéno-diététiques qui sont à la base de la prise en charge optimale des hypercholestérolémies. Pour d'autres, le respect des règles se heurtent à la nécessité de les poursuivre au long cours. Un lâcher-prise du régime intervient alors plus ou moins rapidement selon les patients.
Comme pour d'autres pathologies chroniques, l'hypercholestérolémie en prévention primaire n'est ni invalidante ni symptomatique. La difficulté tient pour le médecin de faire comprendre l'importance du traitement.
On comprend alors que les capacités intellectuelles du patient, son niveau social, son âge et sa structure psychologique, peuvent jouer un rôle primordial dans l'observance. C'est ce que confirme un rapport de l'académie nationale de pharmacie de 2015 pour expliquer l'inobservance aux traitements médicamenteux [40].
Une piste d'amélioration passerait par une augmentation du temps de formation du patient et par une optimisation de l'implication des patients par l'établissement d'un contrat de soins.
Ceci impose au médecin d'accorder plus de temps à l'éducation thérapeutique. La mise sur papier d'explications et d'objectifs à atteindre, pourrait impliquer d'avantage le patient pour un meilleur contrôle de sa maladie.
Une solution serait également d'adresser plus largement les patients vers des centres d'éducation thérapeutiques afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Les médecins généralistes évoquent également les représentations mentales des patients sur les médicaments (statines). La peur des effets secondaires ou leur survenue réelle motivait certains patients à arrêter le traitement. La lecture des notices des médicaments est un frein supplémentaire de la prise en charge des patients et majore l'apparition d'effets secondaires « fictifs » ou non.

Les médias et internet ont une influence de plus en plus importante sur le comportement des patients. Leur niveau de connaissances médicales ne leur permet pas un accès aux sources d'informations fiables [41] utilisées par les médecins. Ils ne s'informent alors que sur des sites grand public de vulgarisation médicale relayant des informations au mieux très simplifiées et au pire faussées.
Cet accès facile à la « connaissance médicale » a permis soit de meilleures connaissances de leurs pathologies et donc une meilleure implication dans leur santé, Soit une remise en question des décisions médicales.

e) Propositions d'amélioration des résultats par les médecins

Il ressort de cette étude que les médecins accorderaient plus de temps à leurs patients s'ils le pouvaient.
Agir sur l'amélioration de l'observance des patients paraît plus compliqué notamment lorsqu'il s'agit d'un état réfractaire aux thérapeutiques hypocholestérolémiantes.
Mais comme le montre une étude de l'académie de Pharmacie, cette amélioration pourrait passer par une meilleure information (dépliants sur la pathologie et les règles hygiéno-diététiques), voir des séances d'éducation thérapeutique [40].

Pour les médecins, l'éducation thérapeutique et la prévention sont des éléments essentiels pour une prise en charge optimale comme le confirme l'article de l'ORS PACA [42].
Celles-ci faciliteraient le travail des généralistes, et constitueraient une aide non négligeable à la formation du patient sur sa pathologie et donc à son implication dans son traitement.
Beaucoup de médecins estiment être les acteurs principaux de l'éducation thérapeutique et que de telles séances ne sont pas indispensables. Or, cette opinion vient de leur méconnaissance du déroulement de ces séances et de leurs avantages.
Les jeunes semblaient moins réfractaires à ces séances car ont bénéficié d'un enseignement sur ce sujet.

Pour les hypercholestérolémies, l'apparition de l'outil SCORE, permettant un meilleur calcul du risque cardiovasculaire semble complexifier la pratique des généralistes. De mêmes les cibles de LDLc stratifiées en fonction du niveau de risque cardiovasculaire représentent une difficulté pour le médecin. Car si elles sont connues pour les hauts et très hauts risques, elles le sont moins pour les autres voir ignorées par les médecins interrogés.
Les généralistes souhaiteraient alors que le contenu des recommandations soit simplifié ou plus adapté à leur pratique sans apporter de solution concrète et sans certitude d'un meilleur suivi.
En effet, les recommandations de bonne pratique, issues d'études internationales, uniformisent et optimisent la prise en charge médicale.

Une meilleure diffusion des nouvelles recommandations de la HAS serait bénéfique pour les généralistes conformément à ce qui a été expliqué plus haut.

La libération de temps pour le médecin généralistes pourrait donc être une solution à l'amélioration de la prise en charge.
D'une part, le vieillissement de la population (« Papy Boom ») a pour conséquences : plus de départ à la retraite des médecins et, une charge de travail supplémentaire pour ceux encore installés.
D'autre part, les jeunes généralistes manquent d'entrain pour l'activité libérale, préférant le salariat.
Les médecins multiplient le nombre de consultations pour gagner leur vie et satisfaire au mieux les patients.

Comme l'exprimait l'un des médecins interrogés, le système de rémunération désuet constitue un frein dans leur pratique médicale.
Une modification de leur mode de rémunération, conformément à ce qu'appliquent certains pays de l'OCDE (organisation de coordination et de développement économique) et évoqués par Mme Paris [43], participerait à l'amélioration de leurs conditions de travail.
Le système de santé Français, pourrait se calquer sur ceux de l'Allemagne ou du Royaume-Uni, qui associent une rémunération à l'acte et par capitation [44], complétée par un plafonnement de l'activité. La rémunération par capitation pourrait alors se faire au médecin travaillant en autonomie ou aux cabinets de groupe puis répartie aux différents médecins, comme aux Pays-Bas.
La rémunération forfaitaire dépendant du nombre de patients inscrits à son cabinet, n'est pas influencée par le volume de soins prodigués. Elle assure donc un revenu minimum aux médecins, ce qui favorise la prévention et l'éducation des patients.
A noter que la France reste le seul pays de l'OCDE à ne rémunérer les médecins libéraux sur le seul paiement à l'acte.

Comme le suggérait les résultats de l'étude menée par l'INSERM et l'ORS PACA, les médecins souhaiteraient une revalorisation importante du tarif de l'acte médical. Ceci réduirait leur temps de travail et augmenterait la durée de la consultation, pour une médecine optimisée et une meilleure qualité de vie [42].
Cela inciterait les jeunes généralistes à l'installation libérale et réduirait leur charge de travail en leur assurant un revenu correct.

Pour alléger leur charge de travail, les médecins seraient favorables à la création de centres médicaux. Ils seraient constitués d'une secrétaire pour l'accueil et l'administratif et d'une infirmière pour l'interrogatoire, les prises de constantes et d'autres activités spécifiques.
Le temps du médecin serait alors optimisé et centré sur le patient.
Ce mode de coopération évoqué dans l'article d'Agamaliyev E., serait une solution [45].
Ces centres pourraient regrouper d'autres spécialités médicales.

Enfin, le système de prime à la performance instauré par l'Etat, n'a été envisagé que sur un versant positif (ROSP). Il pourrait être complété par des sanctions financières lorsque la prise en charge est trop éloignée des recommandations.

IV) Perspectives de l'étude

Cette étude a mis en évidence les difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge de leurs patients dyslipidémiques et dans l'atteinte des objectifs thérapeutiques.
Plusieurs propositions ont été évoquées lors des entretiens mais d'autres mesures sont à envisager.

La mixité des modèles de rémunération reste l'option privilégiée pour équilibrer les avantages et désavantages des modèles de rémunération médicale mais il demeure difficile de statuer sur une configuration optimale.
Une rémunération mixte associant capitation, paiement à l'acte, prime à la performance et paiement forfaitaire pour les pathologies chroniques, me parait être la meilleure solution pour contenter les généralistes libéraux Français et améliorer leurs pratiques.

Comme nous l'avons vu, les activités de prévention et d'éducation thérapeutique sont primordiales. Mais elles sont impossibles à concrétiser lors de consultations chronométrées.
Une solution à cette idée serait d'introduire une rémunération spécifique (cotation particulière) pour ces consultations longues.
En amont de leur installation, il conviendrait de former davantage les internes de médecine générale à l'entretien motivationnel, méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne. Elle vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) du patient et apporte une efficacité en termes d'observance et d'adoption de comportements adaptés [46 ; 47].
La difficulté principale est de changer d'approche et d'attitude vis-à-vis du patient. Il faut apprendre à laisser le patient trouver ses propres motivations et ses propres solutions.

Pour alléger le travail des médecins, la « loi santé » de modernisation du système de santé a créé un statut intermédiaire entre médecins et auxiliaires médicaux appelé infirmier(e)s de pratique avancée [48]. Ce diplôme particulier (master 2) constitue une évolution dans le suivi des pathologies chroniques stabilisées et pour la prescription de certains médicaments.
Dans le cadre de l'activité libérale, ils participeraient à la coordination et à la gestion de pathologies comme les facteurs de risques cardiovasculaires et l'hypercholestérolémie.

Les outils informatiques et la sélection des sources d'information à validité forte, occupent une place centrale dans la formation et la pratique des médecins. Comme le montre une thèse de 2016 [49], les internes s'autoforment en grande partie par internet, de même que les médecins thésés.
Ces outils informatiques constituent aussi des aides au diagnostic ou à la prise en charge thérapeutique. La pluralité des sites où les trouver, rend leur utilisation fastidieuse. Un portail internet unique proposant les liens vers des contenus fiables à destination des généralistes, constituerait un gain de temps.

CONCLUSION

La prise en charge optimale des patients hypercholestérolémiques reste un enjeu majeur de santé publique afin de diminuer le risque cardiovasculaire.
Notre étude a montré que bien que les cibles de LDL cholestérol soient relativement bien connues des médecins, la prise en charge des dyslipidémies pourrait être optimisée.

Pour l'ensemble des médecins, le manque de temps lié à un emploi du temps déjà surchargé explique en grande partie les difficultés d'acquisition et d'application des nouvelles recommandations sur les dyslipidémies.
A cela s'ajoute la multiplicité des recommandations, leur complexité et leur diffusion non systématique.
Dans le cadre des hypercholestérolémies, l'apparition de l'outil SCORE et des cibles de LDLc toujours plus strictes représentent un frein supplémentaire au respect des recommandations.
Chaque médecin les applique de façon plus ou moins strictes en fonction de sa personnalité et du patient qu'il traite.

Le manque d'observance des patients participe également aux difficultés du médecin, et pourrait être amélioré sur plusieurs points : la prévention, l'éducation thérapeutique, et une meilleure formation à l'entretien motivationnel.

Pour pallier ces difficultés, plusieurs solutions sont envisagées.
La principale serait une refonte du système de rémunération des médecins pour consacrer plus de temps au patient tout en leur assurant un revenu suffisant.
Ceci favoriserait par ailleurs, l'installation en libéral des généralistes nouvellement diplômés.
Une autre piste passerait par la création de centres pluridisciplinaires et de l'extension du statut d'infirmier de pratique avancée au libéral.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau SCORE

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

SCORE

15 % et au-delà
10 % – 14 %
5 % – 9 %
3 % – 4 %
2 %
1 %
< 1 %

Âge	Pression artérielle systolique (mmHg)	FEMMES Non-fumeuses					FEMMES Fumeuses					HOMMES Non-fumeurs					HOMMES Fumeurs				
65	180	4	5	6	6	7	9	9	11	12	14	8	9	10	12	14	15	17	20	23	26
	160	3	3	4	4	5	6	6	7	8	10	5	6	7	8	10	10	12	14	16	19
	140	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	4	4	5	6	7	7	8	9	11	13
	120	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	2	3	3	4	5	5	5	6	8	9
60	180	3	3	3	4	4	5	5	6	7	8	5	6	7	8	9	10	11	13	15	18
	160	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5	3	4	5	5	6	7	8	9	11	13
	140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	3	3	4	4	5	5	6	7	9
	120	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6
55	180	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
	160	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8
	140	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
	120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
50	180	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7
	160	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
	140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
40	180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	mmol/L	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	g/L	1,5	1,9	2,3	2,7	3,1															

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 2 : Guide d'entretien

- D'une manière générale, qu'attendez-vous des recommandations de bonne pratique ?

- Que pensez-vous des dernières recommandations sur les dyslipidémies ?

- En pratique, comment prenez-vous en charge vos patients dyslipidémiques ? Inspirez-vous de la prise en charge d'un de vos patients dyslipidémiques.

- Qu'attendez-vous concrètement du traitement hypolipémiant ?

- Comment pourriez-vous expliquer une insuffisance d'atteinte des cibles fixés par la HAS relative au contrôle du LDL cholestérol ?

- Quelles difficultés avez-vous rencontré dans la prise en charge de vos patients dyslipidémiques ? et plus précisément dans l'atteinte de l'objectif de LDL ?

- Quelles réticences vous ont exprimé les patients concernant leur traitement hypolipémiants ?

- Comment avez-vous adapté votre pratique à ces réticences ?

- Qu'est-ce qui vous permettrait d'adhérer davantage aux recommandations ?

- Comment pourrait-on vous aider à optimiser la prise en charge de vos patients hypercholestérolémiques ? côté patient ? côté médecin ?

- Avez-vous des choses à rajouter ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Recommandations de la HAS, février 2017.
[2] La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandation de l'AFSSAPS, mars 2005.
[3] Aouba A., Eb M., Rey G., et al. (2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ;22 :249-55.
[18] DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 [en ligne] (page consultée le 11/07/2018). http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf
[4] De Peretti C., Perel C., Chin F., et al. (2013). Cholestérol LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France métropolitaine. BEH 2013;(31):378-85.
[5] Saba G., Weill A., Païta M., et al. (2003). Pratiques d'instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. Enquête nationale inter-régimes. Paris: CNAMTS.
[6] Baigent C., Keech A, Kearney PM, et al. (2005). Efficacity and safety of cholesterol lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomized trials of statins. Lancet 2005 ; 366 :1267-78
[7] Haute Autorité de Santé (2010). Efficacité et efficience des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines. Synthèse. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese_efficacite_et_efficience_des_hypolipemiants_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf
[8] Mihaylova B., Emberson J., Blackwell L., et al. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet 2012 ;380(9841):581-90.
[9] Taylor F., Huffman MD., Macedo AF., et al. (2013). Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2013 ; Issue 1:CD004816.
[10] Bérard E., Séguro F., Bongard V., et al. (2014). Predictive accuracy of the European Society of Cardiology SCORE among french people.
[11] American College of Cardiology, American Heart Association (2013). ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. Circulation 2014;129(Suppl 2):S1-S45.
[12] Reiner Z., Catapano AL., De Backer G., et al. (2011). ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidemias. Eur Heart J 2011;32(14):1769-818.
[13] Béliard S., Bonnet F., Bouhanick B., et al. (2016). Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults. French Society of Endocrinology, Francophone Society of Diabetes, New French Society of Atherosclerosis. Diabetes Metab 42(6):398-408.
[14] Ferrières J, Bérard E, Crisan O, Bongard V. (2010). Residual dyslipidemia after statin treatment in France: prevalence and risk distribution.
[15] Ferrières J., Rouyer MV., Lautsch D., et al. (2016). Suboptimal achievement of low-density lipoprotein cholesterol targets in French patients with coronary heart disease. Dyslipidemia International Study DYSIS II. France study Group. Contemporary data from the DYSIS II ACS/CHD study.
[16] Bongard V., Dallongeville J., Arveiler D., et al. Attainment of lowdensity lipoprotein cholesterol target in the French general population according to levels of cardiovascular risk. Insights from the MONA LISA.
[17] Le Bot M. (1999). Dossier Observance. Rev Prat (Med Gen),1999, **13**, 1335-1348.

[18] Morawski-Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé. Volume 24, n°2, 2006. pp. 75-103.
[19] HAS. Abonnement à la newsletter [En ligne]. Consulté le 08/09/2018. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2679197/fr/abonnez-vous-a-nos-lettres-d-information-et-alertes-e-mail
[20] Bastian H., Glasziou P., Chalmers L. (2010). Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up?. *PLoS Medicine* 7, no 9.
[21] Laura Martínez García et al., (2014). The Validity of Recommendations from Clinical Guidelines: A Survival Analysis. Canadian Medical Association Journal 186, no 16 : 1211‑ 19.
[22] Bloy G, Schweyer FX, et al. Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale. Presses de l'ehesp. 2010. 423p.
[23] Bates D. W., Kuperman G. J., Wang S., et al. (2003). Ten commandments for effective clinical decision support: Making the practice of evidence-based medicine a reality. J Am Med Inform Assoc, 10(6).
[24] Hay M. C., Weisner T. S., Subramanian S., et al (2008). Harnessing experience : exploring the gap between evidence-based medicine and clinical practice. J Eval Clin Pract, 14(5), 707– 713.
[25] Garfield F.B, Garfield J.M. (2000). Clinical judgment and clinical practice guidelines, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 16, 4, 1050-1060.
[26] Laure P., Trepos Erase J-Y., Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé Publique. 2006 ,18(4):573.
[27] Amélipro. La rémunération sur objectifs de santé publique 20111 (ROSP) [en ligne]. (Consulté le 03/09/2018). https://www.ameli.fr/medecin/textesreference/convention/2011/2011-rosp.
[28] Festinger L. (1957). Une théorie de la dissonance cognitive.
[29] Poncelet P., Leutenegger E. Treatment of uncontrolled hypercholesterolemia by statins in general practice. Correspondance en Risque Cardiovasculaire. Vol IV n°3 juillet-août-sept 2006.4.
[30] De Lorgeril M. La « nouvelle prise » en charge des dyslipidémies vue par les « autorités ». [en ligne].Page consultée le 10/08/2018. http://michel.delorgeril.info/prevention-des-maladies-cardiovasculaires/la-nouvelle-prise-en-charge-des-dyslipidemies-vue-par-les-autorites
[31] Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, *e*t al. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet 2012;380(9841):581-90.
[32] Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, et al. (2013). Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev.
[33] DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes [en ligne]. Consulté le 20/08/2018. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf
[34] Petit H (2016). Le renouvellement des connaissances en médecine générale : une nécessité impossible. Thèse de médecine générale. Paris Diderot, 41p.
[35] ARS/INSEE Démographie médicale. [En ligne] Publié le 27 janvier 2014. Disponible sur http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/professions de sante/INSEE/IPA85_VF.pdf
[36] Delmas S. (2005), Les consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux II. 79 p.
[37] Vaquin Villeminey C. (2007). Prévalence du *burn-out* en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Université René Descartes, 59p.
[38] Jarno-Josse A (2011). Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue systématique et méthodique de la littérature. Thèse de médecine générale, Brest.
[39] Vervloet D. Education thérapeutique du patient asthmatique. Éditorial. Rev Mal Respir 2002 ; 19 : 29-32.
[40] Astuer A., Blanchet F., Brouard A., et al. (2015). Observance des traitements médicamenteux en France. Rapport de l'académie nationale de Pharmacie.

[41] Nabarette H. L'internat médical et la consommation d'information par les patients. Réseaux, vol n°114, no.4, 2002, p. 2049-286.
[42] Aulagnier M, Combes JB, Gourheux C, et al (2006). Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Regard santé n°6.
[43] Paris V. (2013). Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les tribunes de la santé, 2013/3 (n°40), p. 45-52. http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-3-page-45.html
[44] Santé Les 5 atouts (à copier) du système Allemand (2015). Société civile-Le mensuel de la fondation iFRAP. Vol. n°156, 1-17.
[45] Agamaliyev E, Mikol F, DREES (2016). Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. Revue française des affaires sociales n°1. p 75-404.
[46] Rubak S. *et al.* (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, *55*, 305---312.
[47] Alam Solty C. (2013). Intérêt personnel pour les médecins généralistes à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Thèse de médecine générale. Université de Caen. 99p
[48] Ministère des Solidarités et de la Santé. L'infirmier en pratique avancée [en ligne]. Consulté le 08/09/2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/la-pratique-avancee-417776
[49] Michelon L., Sitter AS. (2016). Autoformation : représentations et pratiques des internes de médecine générale lyonnais. Thèse de médecine générale. Université de Lyon I. 296p.

RESUME DE LA THESE

L'hypercholestérolémie est un facteur de risque cardiovasculaire majeur nécessitant une prise en charge optimale.
Celle-ci est évaluée par l'obtention des cibles de LDLc, réévaluées par la HAS en 2017.
Or 40% des patients traités atteignent réellement ces objectifs théoriques.
Les médecins généralistes étant les premiers intervenants il paraît intéressant de connaître leurs difficultés.

L'objectif principal de notre travail était d'explorer les difficultés d'appropriation et d'application des recommandations par les médecins généralistes expliquant la non-atteinte des cibles de LDLc.
Nous avons réalisé une thèse qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon de 11 médecins généralistes de Fréjus.
Les entretiens ont été arrêtés après saturation des données, puis une transcription des entretiens et une analyse thématique ont été entreprises.

La problématique importante des médecins est le manque de temps pour la lecture des recommandations donc pour leur acquisition puis leur application.
Pour eux, elles ne sont pas adaptées à la médecine générale car trop complexes à appliquer.
Les médecins s'accordent quelques libertés dans l'application des recommandations : ils les adaptent à leur pratique habituelle et modulent les objectifs thérapeutiques en fonction de leur patient.

L'amélioration des pratiques nécessiterait un allègement de la charge de travail des médecins, afin de dégager du temps pour leur auto-formation et l'éducation thérapeutique du patient.
Pour réaliser cet objectif, il conviendrait de mettre en place une refonte du système de rémunération des libéraux à l'instar d'autres pays Européens et développer des centres pluridisciplinaires.
Ceci encouragerait, par ailleurs, l'installation libérale des jeunes généralistes.