



HAL
open science

Étude des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prescription d'aspirine en prévention primaire des événements cardiovasculaires en 2017

Léa Roullier Chevalier

► **To cite this version:**

Léa Roullier Chevalier. Étude des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prescription d'aspirine en prévention primaire des événements cardiovasculaires en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02043790

HAL Id: dumas-02043790

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02043790v1>

Submitted on 21 Feb 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2018

n° 2018 - 12

ETUDE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES
PICARDS CONCERNANT LA PRESCRIPTION D'ASPIRINE EN
PREVENTION PRIMAIRE DES EVENEMENTS
CARDIOVASCULAIRES EN 2017

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MENTION MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2018

Par

Léa ROULLIER épouse CHEVALIER

Président du Jury : Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE

Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre HENON

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2018

n° 2018 - 12

ETUDE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES
PICARDS CONCERNANT LA PRESCRIPTION D'ASPIRINE EN
PREVENTION PRIMAIRE DES EVENEMENTS
CARDIOVASCULAIRES EN 2017

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MENTION MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2018

Par

Léa ROULLIER épouse CHEVALIER

Président du Jury : Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE

Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

Monsieur le Professeur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre HENON

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

*Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail,
je t'en remercie sincèrement.
Sois assurée de trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.*

A Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Cardiologie)
Responsable du service Unité de Soins Intensifs de Cardiologie et
Unité de Douleur Thoracique
Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance
et de mon profond respect.*

A Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Cardiologie)

Tu me fais l'honneur de juger ce travail.

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

Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Gastro-entérologie)

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, c'est un véritable honneur.

Tu es, pour moi, un exemple à suivre.

Sois assuré de mon amitié et de mon admiration.

A Monsieur le Docteur Pierre HENON
Praticien Hospitalier
(Cardiologie)
Chef du Service Cardiologie du Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour ta disponibilité et ta bienveillance.

Sois assuré de mon amitié et de ma gratitude.

A mes parents,

Merci de m'avoir poussée à faire ces études, merci pour votre soutien sans faille pendant toutes ces années, et particulièrement dans les moments difficiles, merci d'avoir toujours cru en moi.

A mes grands-parents,

Même si aucun de vous ne pourra être présent lors de la soutenance de cette thèse, je sais que vous êtes fiers de moi et c'est un vrai réconfort.

A Florent,

Merci pour tout ton amour, ton aide et ton soutien pendant ces nombreuses années. Merci d'être celui qui a confiance en moi.

A mes poulettes, Lili et Zoé,

Merci pour tout ce que vous avez apporté à ma vie, et merci pour vos siestes pendant l'écriture de cette thèse.

A Chloé,

Merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années de médecine, merci d'être toujours au bout du fil quand j'en ai besoin.

A Margaux,

Merci pour ton soutien, tout particulièrement en première année avec tous ces bons souvenirs à Rubempré.

A Emma,

Merci pour toute ton aide pendant ces années d'études, surtout avec les filles.

Merci à vous trois pour tous nos bons souvenirs.

A Inès et Marine,

Merci d'avoir rendu ces années de médecine aussi agréables. Merci d'être des amies aussi fidèles.

A Mathilde,

Merci pour toutes ces belles années d'amitié.

A Popo,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, du stage de gastro aux révisions de D4.

A Pierre, Justine, et Alex,

Merci pour tous ces bons moments partagés pendant nos longues études.

A Morgane, Mathurin, François, Elise, Arthur, Maxime, Benoît, Hélène, Vincent, Juliette, Clément, Lucie, Julien, Flavie, Gauthier, Laura, David, Mathilde, Gaëtan, Sophie, Simon, Paul, et Florine,

Merci de m'avoir tout de suite acceptée dans votre groupe et pour tous ces bons moments passés ensemble.

A toute ma famille,

Merci pour tous les bons souvenirs que je partage avec chacun d'entre vous, se revoir et passer du temps ensemble est toujours un plaisir.

A la famille Chevalier,

Merci pour votre bienveillance à mon égard et votre gentillesse, je suis heureuse de faire partie de votre famille.

A mes anciens co-internes, Thomas et Myriam,

Pour tout votre soutien et notre complicité pendant notre fameux premier semestre.

A tous mes anciens co-internes et chefs de clinique de dermatologie, Florie, Fanny B., Camille, Inès, Fanny D., Thomas, Anne-Sophie, et Maëlle,

Pour votre accueil pendant ce semestre et votre bienveillance.

A toute l'équipe de Ham, Joseph, Gilles et Véronique,

Merci pour ce semestre, si particulier pour moi.

A tous les internes que j'ai croisés à Soissons, Prescillia, Aurélien, Alain, Marie, Irina, Sahra, et les autres,

Grâce à vous, la route n'était pas si terrible.

Merci à mes maîtres de stage de médecine générale, Dr Desmet, Bellenguez et De Muizon,

De m'avoir tant appris.

A toutes les équipes paramédicales de mon internat,

Pour tous ces bons souvenirs.

A tous les amis de Florent, Jean-Maxime, Mélanie, Mathieu, Vanessa, David, Manon, Igor, Pauline, Jérémie, et Gaëtan,

Merci pour votre accueil toujours chaleureux, et merci de m'avoir divertie pendant ce travail.

Merci aux Zézettes, Camille, Axelle, Laurette, Florie et Anne-Sophie,

De m'avoir écoutée me plaindre pendant toute la rédaction de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
MATERIELS ET METHODES	23
1. Type d'étude.....	23
2. Objectifs de l'étude	23
3. Population cible.....	23
4. Recueil des données.....	24
a) Elaboration du questionnaire	24
b) Validation du questionnaire.....	24
c) Envoi du questionnaire	24
5. Analyse statistique des données	24
RESULTATS.....	25
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	26
2. Connaissances concernant l'aspirine en prévention primaire.....	27
3. Etude des pratiques	28
4. Points de vue et attentes	33
DISCUSSION	34
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	34
2. Points soulevés.....	35
CONCLUSION	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
ANNEXES	40
1. Questionnaire et mot d'accompagnement envoyés aux médecins.....	40
2. Table de SCORE.....	46

Les maladies cardiovasculaires (CV) sont la deuxième cause de mortalité en France et représentent donc un enjeu majeur de santé publique. La prévention des événements cardiovasculaires ischémiques aigus repose sur des stratégies permettant la réduction du risque de formation d'un thrombus artériel. La place de l'aspirine dans ces stratégies en prévention CV secondaire n'est plus à démontrer. Son bénéfice est cependant moins clair en prévention primaire ^(1,2).

L'effet clinique de l'aspirine en prévention CV primaire a été évalué dans six essais thérapeutiques randomisés contrôlés ⁽³⁻⁸⁾ à partir desquels de nombreuses méta-analyses ⁽⁹⁻¹²⁾ ont été réalisées. Les résultats de ces méta-analyses sont discordants, et les plus récentes concluaient que le rapport bénéfice-risque de l'aspirine en prévention primaire était insuffisant, notamment du fait du risque hémorragique, significativement augmenté par le traitement.

Ces résultats ont conduit à des recommandations assez différentes selon les sociétés savantes et de ce fait controversées. En France, la Société Française de Cardiologie (SFC) ne recommande pas de prescrire d'aspirine en prévention primaire ⁽¹³⁾, quelque soit le niveau de risque cardiovasculaire du patient (y compris chez le diabétique à haut risque CV et les sujets ayant une lésion athéromateuse asymptomatique). Cependant, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) recommandent la prescription d'aspirine chez certains patients diabétiques et chez les non diabétiques à haut risque CV ⁽¹⁴⁾ en se basant sur des échelles de niveau de risque : la table Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE, annexe 2) pour les non diabétiques, et l'équation de risque de la United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) pour les patients diabétiques ⁽¹⁵⁾.

Enfin, les médecins traitants peuvent être rémunérés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre de la Rémunération sur objectif de Santé Publique (ROSP) s'ils prescrivent cette molécule chez les patients diabétiques de type 2.

Rappelons que l'Aspirine n'a pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la prévention CV primaire et n'est donc pas autorisée au remboursement par la sécurité sociale dans cette indication.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'attitude des médecins généralistes picards face à cette prescription controversée.

MATERIELS ET METHODES

1. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive observationnelle.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal était d'observer et d'analyser les habitudes de prescription des médecins généralistes picards concernant l'aspirine en prévention CV primaire.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les facteurs associés à la prescription ou non de l'aspirine en prévention primaire, et d'évoquer des pistes afin d'aider les médecins généralistes à prendre une décision thérapeutique éclairée concernant cette prescription.

3. POPULATION CIBLE

Les MG ont été identifiés par différentes méthodes : contact de réseaux de médecins installés, réseaux de formation médicale continue, réseaux de plannings de garde de médecins généralistes, réseaux entre remplaçants et via confrères récemment thésés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste ;
- Exercer dans l'un des départements de l'ancienne région Picardie (Somme, Aisne, Oise) ;
- Exercer en libéral ;
- Toujours être en activité, installé ou remplaçant.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Avoir une adresse email non valide ;
- Avoir un exercice hospitalier exclusif.

4. RECUEIL DES DONNEES

a) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire informatique, disponible en annexe, déclaratif et anonyme, a été réalisé via le logiciel Google Forms. Il contenait au total 25 questions et sous questions, de types ouvertes, fermées et questions à choix multiples (QCM) réparties en quatre catégories :

- Données sociodémographiques ;
- Connaissances concernant l'aspirine en prévention primaire ;
- Etude des pratiques ;
- Points de vue et attente ;

Toutes les questions qui le permettaient étaient rendues obligatoires pour passer à la suivante.

b) Validation du questionnaire

Le questionnaire a été relu par deux médecins généralistes, deux médecins spécialistes, un interne et une personne extérieure au milieu médical. Cette relecture a permis d'en apprécier la clarté, la compréhension ainsi que de tester la durée demandée pour le compléter.

c) Envoi du questionnaire

Le questionnaire, accompagné d'une introduction de présentation synthétique du travail, a été envoyé par e-mail une première fois le 27 octobre 2017 à 528 adresses. Une relance a été effectuée 28 jours plus tard aux adresses valides. Un délai de vingt-huit jours a de nouveau été accordé entre l'envoi et la fin de l'inclusion.

5. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les réponses étaient automatiquement validées et enregistrées dans le logiciel Google Forms et ont ensuite été traitées avec le logiciel Excel. Toutes les variables étaient qualitatives et ont été présentées par leur effectif et leur pourcentage parmi les répondants à la question (%).

RESULTATS

Sur les 528 questionnaires envoyés, 119 ont été retournés. Trente-deux adresses emails étaient non valides, 3 adresses appartenait à des médecins n'exerçant plus en Picardie, et 5 praticiens étaient exclus du fait d'un exercice hospitalier exclusif.

Au total, 114 questionnaires sur 493 éligibles (23,1%) ont donc été analysés (figure 1).

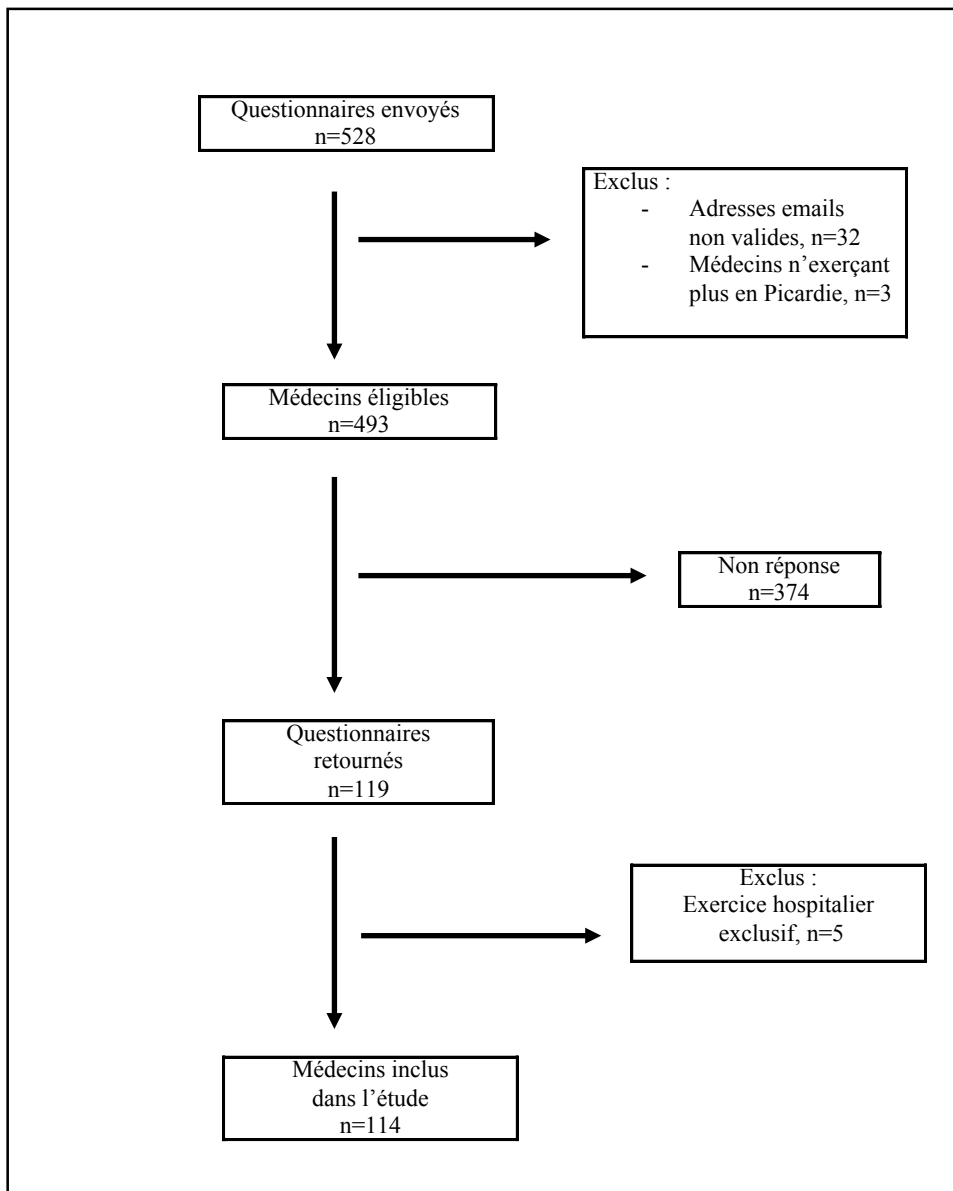


FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX DES MEDECINS INCLUS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Les médecins ayant participé à cette étude étaient surtout des hommes (51,8%, n=59). La majorité d'entre eux avait moins de 40 ans (60,5%, n=69) et exerçait dans l'Oise (40,4%, n=46) ou dans la Somme (39,5%, n=43). Il s'agissait majoritairement de médecins exerçant en milieu urbain (53,5%, n=61), installés en cabinet de groupe (35,9%, n=41) ou étant remplaçants (28,1%, n=32).

Les caractéristiques des médecins inclus sont détaillées dans le tableau 1.

		Effectif (n) (n=114)	%
Sexe	Masculin	59	51,8
	Féminin	55	48,2
Age	< 40 ans	69	60,5
	40-50 ans	8	7
	>50 ans	37	32,5
Département d'exercice	Somme	43	39,5
	Aisne	23	20,2
	Oise	46	40,4
Lieu d'exercice	Rural	53	46,5
	Urbain	61	53,5
Mode d'exercice	Cabinet seul	19	16,7
	Installation en groupe	41	35,9
	Maison de Santé Pluridisciplinaire	22	19,3
	Remplaçant	32	28,1

TABLEAU 1 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

2. CONNAISSANCES CONCERNANT L'ASPIRINE EN PREVENTION PRIMAIRE

La majorité des médecins ayant participé à cette étude déclarait ne pas se sentir au point concernant la prescription d'aspirine en prévention primaire (54,4%, n=62).

La plupart pensait que l'aspirine avait l'AMM en prévention primaire chez tous les patients à haut risque cardiovasculaire (57%, n=65). Seuls 5,3% (n=6) d'entre eux savaient qu'elle ne l'avait pas (Figure 2).

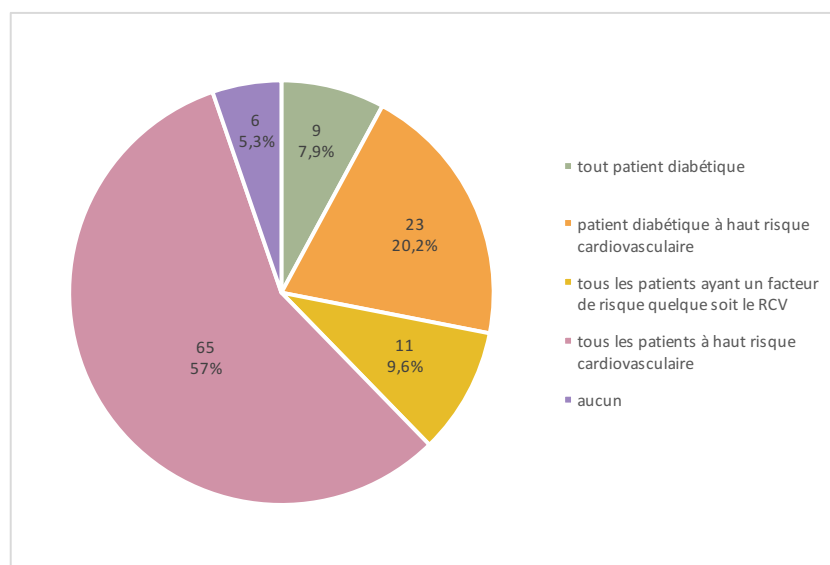


FIGURE 2 : INDICATION POUR LAQUELLE L'ASPIRINE A L'AMM EN PREVENTION PRIMAIRE SELON LES MEDECINS INTERROGES

Parmi ces 6 praticiens, trois ne le spécifiaient pas sur l'ordonnance, un le spécifiait en général, mais par pour la prescription d'aspirine en prévention primaire, un autre n'avait jamais eu à instaurer le traitement, et le dernier déclarait ne pas prescrire hors AMM.

La majorité des répondants (51,8%, n=59) savait qu'un risque CV élevé correspondait à un risque CV fatal à 10 ans supérieur à 5% (figure 3).

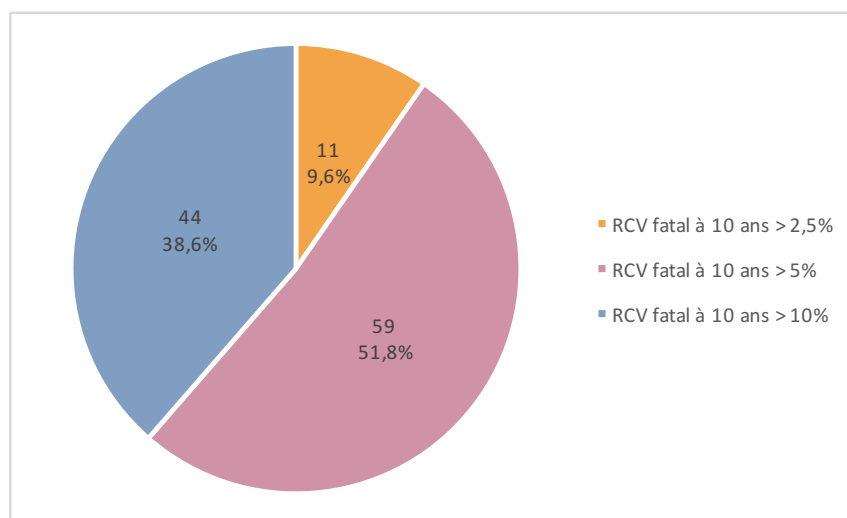


FIGURE 3 : DEFINITION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE ELEVE SELON LES MEDECINS INTERROGES

3. ETUDE DES PRATIQUES

La grande majorité (67,5%, n=77) des médecins ayant répondu au questionnaire n'utilisait pas d'outil d'évaluation du risque cardiovasculaire comme recommandé par l'HAS.

Parmi ceux qui en utilisaient un, 78,4% (n=29) utilisaient la table SCORE, 8,1%(n=3) déclaraient utiliser le score CHADS, 8,1% (n=3) utilisaient des échelles non précisées (« inclus dans le logiciel métier », « la règlette d'un laboratoire allemand bien connu qui maintenant le vend au lieu de le donner et qui en interdit l'utilisation gratuite », « HAS »), 2,7% (n=1) déclaraient utiliser un calculateur du score de Framingham, et 2,7% (n=1) déclaraient ne pas utiliser d'échelle (Figure 4).

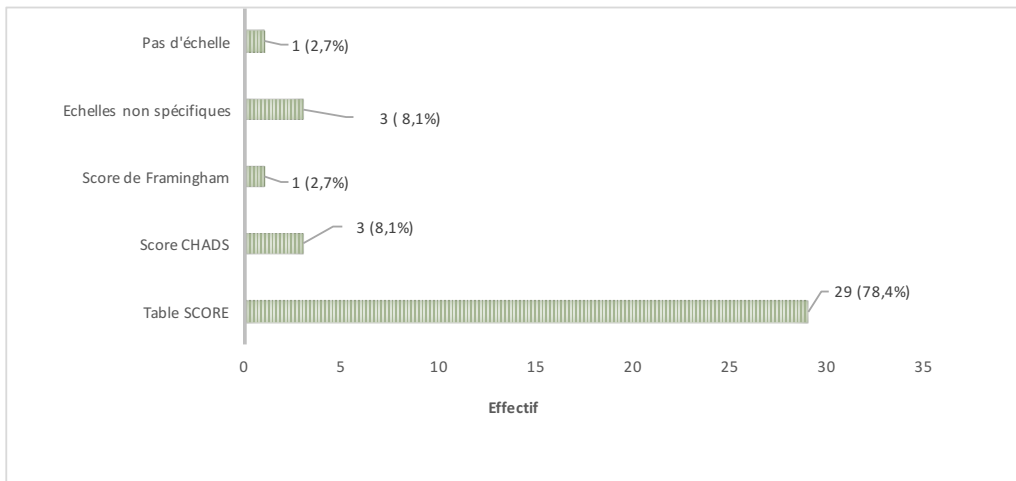


FIGURE 4 : OUTILS D'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE UTILISÉS PAR LES MÉDECINS AYANT DÉCLARÉ S'EN SERVIR

Parmi les 114 répondants, 79,8% (n=91) prescrivait de l'aspirine en prévention primaire aux patients diabétiques ayant un risque CV élevé, et 64,9% (n=74) en prescrivait aux patients non diabétiques ayant un risque CV élevé. Seuls 7% (n=8) d'entre eux déclaraient en prescrire aux patients non diabétiques ayant au moins un facteur de risque CV, et 20,2% en prescrivait à tout patient diabétique quel qu'ait été son risque CV (Figure 5).

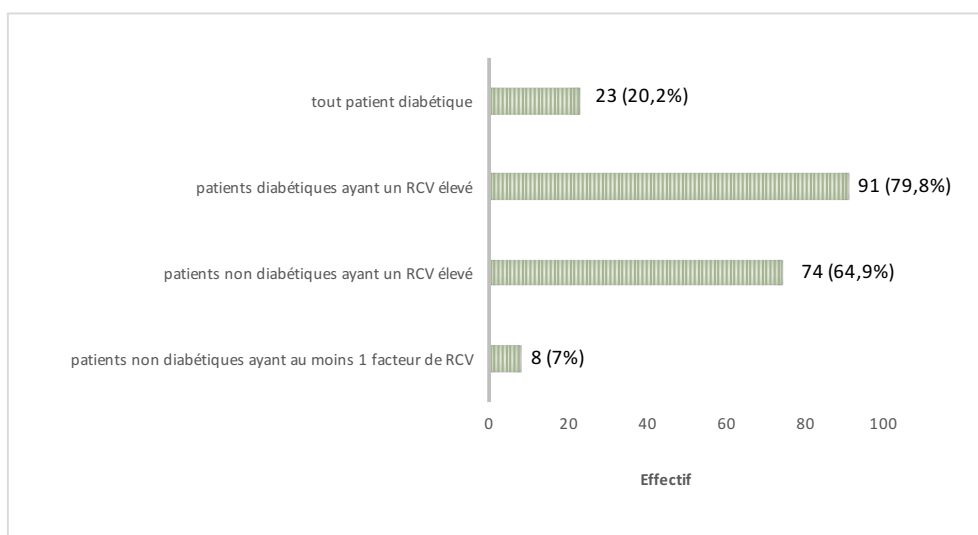


FIGURE 5 : PATIENTS POUR LESQUELS L'ASPIRINE EST PRESCRITE

Parmi les 114 médecins généralistes de l'étude, 95,6% (n=109) prescrivait de l'aspirine à la dose de 75 mg en prévention primaire, 4,4% (n=5) prescrivait 160 mg, 0,9% (n=1) 300 mg, et aucun ne prescrivait une dose supérieure à 300 mg. 7,9% (n=9) déclaraient que la dose prescrite dépendait du RCV du patient, et 3,5% (n=4) déclaraient qu'elle dépendait du risque iatrogène du patient. 3,5% (n=4) de ces médecins déclaraient prescrire un autre antiagrégant plaquettaire (Figure 6).

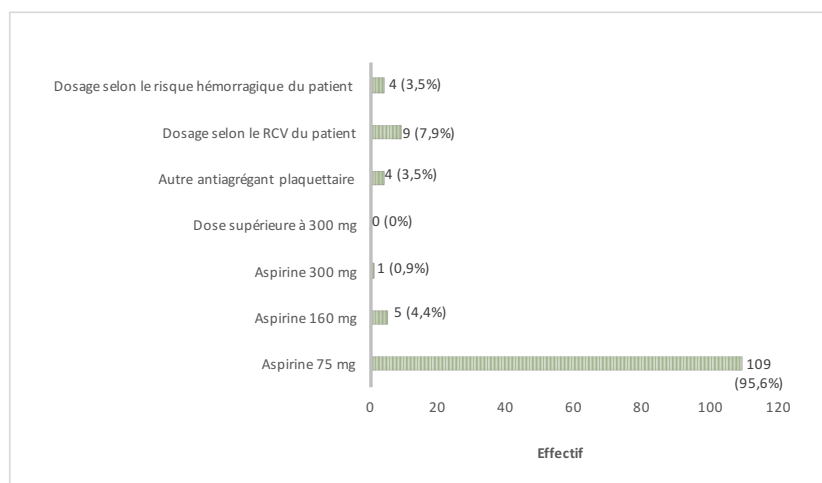


FIGURE 6 : DOSES D'ASPIRINE PRESCRITES EN PREVENTION PRIMAIRE

Une question ouverte avait été posée à l'ensemble des 114 répondants concernant la nature du traitement antiagrégant autre que l'aspirine qu'ils prescrivait. Seize d'entre eux avaient répondu à cette question, et parmi eux, 37,5% (n=6) prescrivait du clopidogrel. Les autres prescrivait de l'aspirine sous une autre forme (Aspirine protect® 100 mg ou Kardégic®).

Seuls 40,4% (n=46) des médecins ayant participé à l'étude déclaraient qu'il leur arrivait de ne pas prescrire d'aspirine en prévention primaire à un patient qui en aurait besoin selon eux à cause de son risque hémorragique. Parmi eux, seuls 6,5% (n=3) le font fréquemment, la moitié déclarant le faire de temps en temps, et 41,3% (n=19) rarement (figure 7).

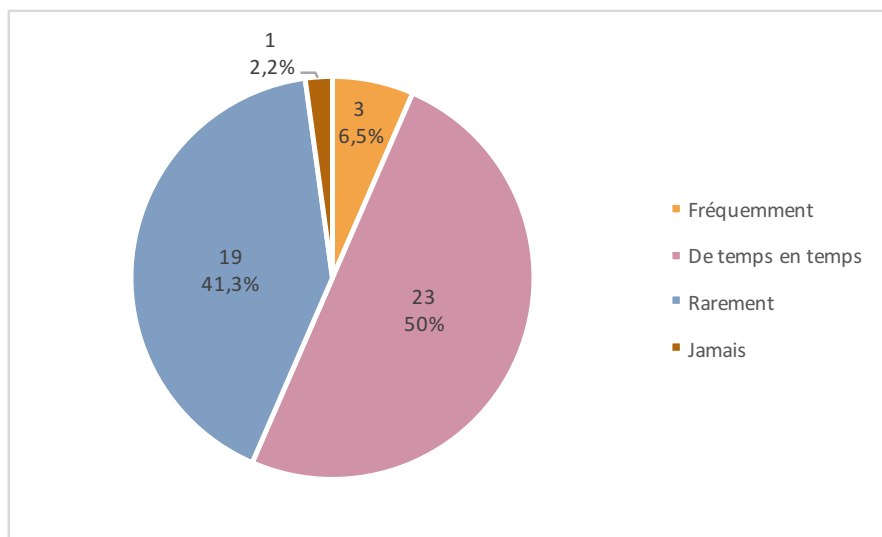


FIGURE 7 : FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS ESTIMENT NE PAS PRESCRIRE D'ASPIRINE EN PREVENTION PRIMAIRE EN RAISON DU RISQUE HEMORRAGIQUE PARMIS CEUX QUI LE FONT

La plupart des répondants (61,4%, n=70) déclarait qu'il lui arrivait d'adresser certains patients à un cardiologue pour évaluer la nécessité d'un tel traitement avant de l'initier. Parmi eux, la grande majorité (78,6%, n=55), le faisait lorsque le patient présentait à la fois un risque cardiovasculaire élevé et un risque hémorragique élevé, 38,6% (n=27) d'entre eux chez tout patient à haut risque hémorragique, et 31,4% (n=22) le faisaient avant toute initiation d'un tel traitement (tableau 2)

	Effectif (n=70)	%
Tout patient nécessitant un traitement par aspirine en prévention primaire	22	31,4
Tout patient diabétique	16	22,9
Patient à haut risque CV et à haut risque hémorragique	55	78,6
Tout patient à haut risque hémorragique	27	38,6
Si doute et nécessité d'un avis cardiologique dans le même temps	1	1,4
Patient à risque CV intermédiaire	1	1,4

TABLEAU 2 : SITUATIONS POUR LESQUELLES LES MEDECINS PRENNENT L'AVIS D'UN CARDIOLOGUE AVANT D'INITIER L'ASPIRINE

Concernant la ROSP, 75,4% (n=86) des médecins de cette étude déclaraient qu'elle n'avait pas changé leur attitude concernant la prescription d'aspirine en prévention primaire.

Parmi les 24,6% (n=28) de médecins qui déclaraient que la mise en place de cette ROSP a changé leur attitude, la très grande majorité (82,1%, n=23) précisait le faire par conviction de l'utilité de ce traitement pour ses patients, 7,1% (n=2) déclaraient le faire afin de ne pas être pénalisés financièrement, 25% (n=7) précisait prescrire de l'aspirine en prévention primaire à des patients pour lesquels ils ne l'auraient pas fait si la ROSP n'existait pas. Il s'agissait d'une QCM pour laquelle il y avait 32 réponses pour 28 répondants (tableau 3).

	Effectif (n= 32)	%
Prescription par conviction de l'utilité du traitement	23	82,1
Prescription pour ne pas être pénalisé financièrement	2	7,1
Prescription à des patients pour lesquels ils ne l'auraient pas fait sans la ROSP	7	25

TABLEAU 3 : CHANGEMENTS D'ATTITUDE DES MEDECINS DECLARANT QUE LA ROSP A UNE INFLUENCE SUR LEUR PRESCRIPTION

Parmi la majorité pour qui cette ROSP n'avait pas d'influence, 59,3% (n=51) déclaraient que c'était parce qu'ils suivaient déjà les recommandations de bonne pratique de l'HAS et de l'ANSM, 27,9% (n=24) déclaraient ne pas utiliser le système de la ROSP, et 12,8% (n=11) déclaraient ne pas l'utiliser car ils n'étaient pas d'accord avec l'intitulé de cette ROSP (tableau 4).

	Effectif (n=86)	%
ROSP non utilisée	24	27,9
Prescription motivée par les recommandations de bonne pratique de l'HAS et de l'ANSM avant la mise en place des ROSP	51	59,3
Pas d'accord avec l'intitulé de la ROSP	11	12,8

TABLEAU 4 : RAISONS POUR LESQUELLES LA ROSP N'A PAS D'INFLUENCE CHEZ LES MEDECINS L'AYANT DECLARE

Parmi les médecins interrogés, 66,7% (n=76) déclaraient ne pas savoir que la SFC et l'HAS avaient des recommandations différentes sur le sujet.

Les sources des connaissances sur le sujet des 114 médecins généralistes interrogés étaient multiples : Formation Médicale Continue (FMC) (56,1%, n=64), études médicales (51,8%, n=59), revues médicales (45,6%, n=52), avis cardiologiques (44,7%, n=51) étaient les sources majoritaires (figure 8).

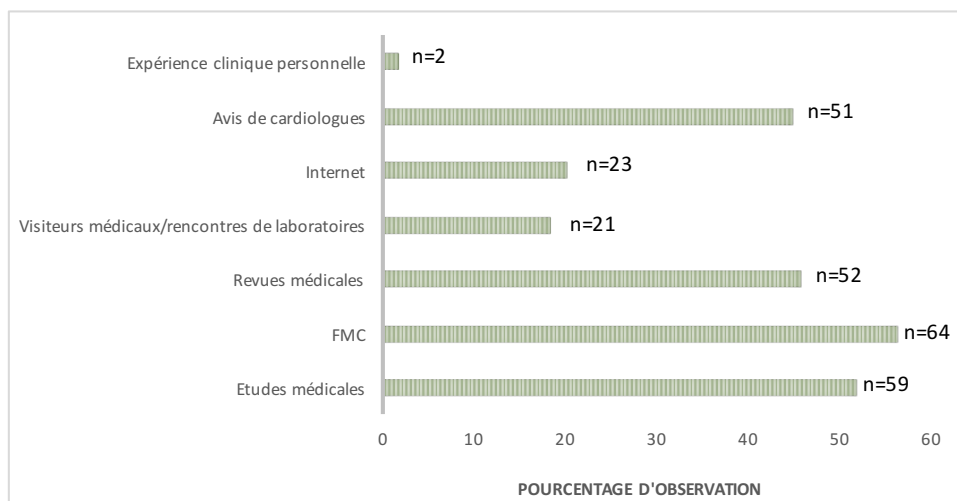


FIGURE 8 : SOURCES DES CONNAISSANCES RELATIVES A LA PRESCRIPTION D'ASPIRINE EN PREVENTION CV PRIMAIRE

4. POINTS DE VUE ET ATTENTES

Parmi les MG de notre étude, 55,3% (n=63) considéraient que les recommandations actuelles concernant la prescription d'Aspirine en prévention primaire n'étaient pas suffisantes pour les guider dans leur prescription.

Une question ouverte a été posée aux MG de l'étude afin qu'ils puissent formuler des propositions dans le but d'améliorer leurs pratiques. Seuls 23 d'entre eux (20,2%) ont répondu à cette question. Trois idées principales étaient ressorties de cette question : souhait d'un consensus sur le sujet des diverses sociétés savantes (n=9), mise en place d'un outil d'aide à la décision thérapeutique (n=5), mise en place d'un outil d'aide au calcul du risque CV (n=3). Les autres idées émises étaient de reconnaître la place du MG dans la prise en charge des patients au cas par cas et non pas selon les recommandations scientifiques (n=3), de laisser du temps à la science (n=2), et d'organiser plus de FMC sur le sujet (n=1).

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Le choix du questionnaire adressé par email réduisait le temps de réalisation et limitait le risque de non-réponse, notamment par l'absence de renvoi postal. Ainsi sur un échantillon initial de 493 médecins éligibles, le taux de réponse était de 23,1% et peut être jugé satisfaisant.

Malgré l'utilisation d'un questionnaire auto-administré, et grâce au fait que le format Google Forms ait permis de rendre obligatoire la réponse à presque toutes les questions pour passer aux suivantes, on retrouvait peu de données manquantes ou non applicables, ce qui facilitait l'analyse statistique.

Cependant, le contact de la population par courrier électronique constituait un biais de sélection, ce choix excluant, en effet, d'emblée les médecins picards ne possédant pas d'adresse mail. Ce biais était renforcé par l'utilisation préférentielle d'une mailing-liste déjà constituée, à défaut d'un recrutement intégralement aléatoire. Ce mode de diffusion a certainement contribué à sélectionner une population plus jeune, non représentative de la population cible. En effet, les médecins ayant répondu à cette étude étaient plus jeunes que ce qui est observé dans l'Atlas de Démographie Médicale de la Région Picardie en 2015 édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins ⁽¹⁶⁾, avec 60,5% de moins de 40 ans contre 12,8% seulement dans les faits.

Par ailleurs les répondants spontanés étaient probablement plus impliqués, intéressés et informés sur le sujet que les médecins ayant refusé de répondre.

Ce questionnaire étant auto-administré, l'étude se basait sur des données déclaratives. Il existait donc un potentiel biais d'information, lié à la possible mauvaise compréhension des questions par les répondants, ce qui pouvait encore une fois générer des données non applicables, des réponses involontaires, sans compter sur le fait que les pratiques pouvaient différer de celles déclarées.

Concernant le traitement des réponses, certaines étaient incohérentes. Ces données non applicables ont été prises en compte pour l'analyse statistique.

2. POINTS SOULEVES

En 2017, d'après les nombreuses données disponibles, le rapport bénéfice-risque pour la prescription d'aspirine en prévention CV primaire semblait défavorable y compris pour le patient diabétique à haut risque CV ⁽⁹⁻¹³⁾. D'ailleurs cette molécule n'a pas d'AMM dans cette indication et ne devrait donc pas être remboursée par les caisses d'assurance maladie.

Notre étude a montré qu'il existait une méconnaissance, voire même de fausses croyances sur le sujet.

En effet, la majorité des médecins interrogés ne se sentait pas au point sur ce thème, et seuls 5,3% d'entre eux savaient que l'aspirine n'avait pas d'AMM en prévention primaire. Parmi ceux qui le savaient, aucun ne le spécifiait sur l'ordonnance.

On constatait qu'une majorité d'entre eux suivait les recommandations de bonne pratique de l'HAS et de l'ANSM de 2012 ⁽¹⁴⁾, qui incitait à cette prescription : ils prescrivaient aux patients diabétiques et non diabétiques à haut risque CV de l'aspirine à faible dose (75mg pour la quasi totalité). Cependant, on pouvait noter que seule la moitié d'entre eux connaissaient la définition exacte du risque CV élevé, et que seul un tiers d'entre eux déclarait utiliser un outil d'évaluation du risque comme préconisé par l'HAS (majoritairement la table SCORE comme recommandé).

Ces recommandations de l'HAS sont officialisées par la ROSP qui rémunère les médecins s'ils prescrivent ce traitement hors AMM chez les patients diabétiques. Cela dit, ce critère ne semblait pas être majoritaire dans la prise de décision des médecins ayant répondu à l'étude, la plupart d'entre eux ayant déclaré le faire par conviction de l'utilité de ce traitement et parce qu'ils suivaient les recommandations de bonne pratique de l'HAS et de l'ANSM. Cependant, il faut pondérer cette donnée étant donné que 28% des participants à l'étude étaient remplaçants et donc non éligibles aux ROSP, et que peu d'entre eux connaissaient les recommandations de la SFC.

On constatait tout de même qu'ils avaient conscience que les sociétés savantes ne sont pas toutes d'accord entre elles, étant donné qu'ils étaient une majorité à avoir déclaré adresser leurs patients à un confrère cardiologue pour la décision thérapeutique chez les patients ayant un haut risque hémorragique.

On notait que le risque hémorragique était probablement sous évalué par les MG de l'étude : moins de la moitié (40,4%) d'entre eux déclaraient qu'il leur arrivait de ne pas prescrire d'aspirine à un patient le nécessitant, selon eux, à cause de son risque hémorragique, et seuls trois MG déclaraient le faire fréquemment. Or, les facteurs de risque d'hémorragies, tels que l'âge ou le diabète, sont le plus souvent les mêmes que ceux du risque d'évènements ischémiques. On peut donc penser que le risque hémorragique augmente proportionnellement au risque d'infarctus du myocarde, limitant probablement le bénéfice potentiel de l'aspirine en prévention primaire. C'est ce que semblent d'ailleurs indiquer les études disponibles qui ne montrent pas de diminution de la mortalité totale sous aspirine, quelque soit le niveau de risque CV des patients ⁽⁹⁻¹²⁾.

Enfin, notre questionnaire se terminait par une question ouverte ayant pour but de faire émerger les points de vue et attentes de nos généralistes sur le sujet. Plusieurs thèmes étaient ressortis, nous permettant d'élaborer les propositions suivantes dans le but d'améliorer les connaissances des praticiens sur le sujet et d'optimiser leur pratique : harmoniser les recommandations des sociétés savantes (peut être l'HAS et l'ANSM devraient elles prendre en compte les nombreuses données et méta-analyses disponibles depuis 2011, notamment la dernière méta-analyse dans le Lancet de 2009 ⁽⁹⁻¹²⁾), mettre en place un outil d'aide à la prescription thérapeutique, si tant est que l'on considère qu'une partie de la population mérite tout de même de bénéficier de cette prescription en prévention primaire, organiser plus de FMC sur le sujet, afin que les généralistes soient informés des recommandations des autres organismes que l'HAS qui ne recommandent cette prescription pour aucun patient .

CONCLUSION

En France, la prise en charge des maladies cardio-vasculaires (CV) représente un véritable enjeu de santé publique.

En prévention CV primaire, l'aspirine n'a encore jamais montré un rapport bénéfice-risque favorable mais est prescrite par de nombreux médecins généralistes, comme recommandé par l'HAS et officialisé par les ROSP.

Afin de les guider au mieux dans leurs choix thérapeutiques, une harmonisation des recommandations des différentes sociétés savantes serait souhaitable. Plusieurs grands essais thérapeutiques randomisés sont d'ailleurs en cours pour essayer de répondre au mieux à cette problématique⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cleland JGF. Preventing atherosclerotic events with aspirin. *BMJ*. 12 janv 2002;324(7329):103-5.
2. Nicolucci A, De Berardis G, Sacco M, Tognoni G. AHA/ADA vs. ESC/EASD recommendations on aspirin as a primary prevention strategy in people with diabetes: how the same data generate divergent conclusions. *Eur Heart J*. août 2007;28(16):1925-7.
3. Peto R, Gray R, Collins R, Wheatley K, Hennekens C, Jamrozik K, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *Br Med J Clin Res Ed*. 30 janv 1988;296(6618):313-6.
4. Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *N Engl J Med*. 20 1989;321(3):129-35.
5. Thrombosis prevention trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischaemic heart disease in men at increased risk. The Medical Research Council's General Practice Research Framework. *Lancet Lond Engl*. 24 janv 1998;351(9098):233-41.
6. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet Lond Engl*. 13 juin 1998;351(9118):1755-62.
7. de Gaetano G, Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. *Lancet Lond Engl*. 13 janv 2001;357(9250):89-95.
8. Ridker PM, Cook NR, Lee I-M, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med*. 31 mars 2005;352(13):1293-304.
9. Bartolucci AA, Howard G. Meta-analysis of data from the six primary prevention trials of cardiovascular events using aspirin. *Am J Cardiol*. 15 sept 2006;98(6):746-50.
10. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 18 janv 2006;295(3):306-13.
11. Wolff T, Miller T, Ko S. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 17 mars 2009;150(6):405-10.
12. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet Lond Engl*. 30 mai 2009;373(9678):1849-60.

13. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 1 août 2016;37(29):2315-81.
14. HAS. Bon usage des agents antiplaquettaires. Recommandations [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/12irp06_reco_agents_antiplaquettares.pdf
15. Stevens RJ, Kothari V, Adler AI, Stratton IM, United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in Type II diabetes (UKPDS 56). *Clin Sci Lond Engl* 1979. déc 2001;101(6):671-9.
16. Ordre National des Médecins Atlas 2015 de la région PICARDIE. La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2015. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf
17. Nelson M, Reid C, Beilin L, Donnan G, Johnston C, Krum H, et al. Rationale for a trial of low-dose aspirin for the primary prevention of major adverse cardiovascular events and vascular dementia in the elderly: Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE). *Drugs Aging*. 2003;20(12):897-903.
18. ASCEND: A Study of Cardiovascular Events in Diabetes. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00135226>
19. De Berardis G, Sacco M, Evangelista V, Filippi A, Giorda CB, Tognoni G, et al. Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trial in Diabetes (ACCEPT-D): design of a randomized study of the efficacy of low-dose aspirin in the prevention of cardiovascular events in subjects with diabetes mellitus treated with statins. *Trials*. 28 août 2007;8:21.
20. A Study to Assess the Efficacy and Safety of Enteric-Coated Acetylsalicylic Acid in Patients at Moderate Risk of Cardiovascular Disease (ARRIVE). Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00501059>

1. QUESTIONNAIRE ET MOT D'ACCOMPAGNEMENT ENVOYES AUX
MEDECINS

ETUDE SUR LA PRESCRIPTION DE L'ASPIRINE EN PREVENTION PRIMAIRE DES
EVENEMENTS CARDIO-VASCULAIRES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES EN
PICARDIE EN 2017

Madame, Monsieur,

Je réalise ma thèse de DES de médecine générale sous la direction du Dr HENON,
cardiologue au CH de St Quentin, et j'ai besoin de votre collaboration.

Ce questionnaire permettra de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins
généralistes picards concernant la prescription d'ASPIRINE en prévention primaire des
événements cardiovasculaires.

Si ce travail vous intéresse, merci de bien vouloir remplir le questionnaire en lien (cliquer sur
"remplir le questionnaire").

Le questionnaire est anonyme et il ne vous prendra que 5 minutes d'y répondre.

Merci pour votre participation.

Léa CHEVALIER.

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- Sexe :
 - Homme
 - Femme
- Age :
 - < 40 ans
 - 40-50 ans
 - >50 ans
- Département d'exercice :
 - Somme
 - Aisne
 - Oise
- Lieu d'exercice
 - Rural
 - Semi rural
 - Urbain
- Mode d'exercice :
 - Installé en cabinet de médecine générale Seul
 - Installé en cabinet de groupe de médecine générale
 - Installé au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire
 - Remplaçant
 - Autre : précisez

CONNAISSANCES CONCERNANT L'ASPIRINE EN PREVENTION PRIMAIRE

1. Vous sentez-vous au point concernant la prescription d'ASPIRINE en prévention primaire ?

- Oui
- Non

2. Selon vous, l'ASPIRINE a l'Autorisation de Mise sur le Marché en prévention cardiovasculaire primaire chez :

(Une ou plusieurs réponses possibles)

- Le patient diabétique quel que soit le risque cardiovasculaire
- Le patient diabétique à haut risque cardiovasculaire
- Tous les patients ayant un facteur de risque quel que soit le Risque cardiovasculaire
- Tous les patients à haut risque cardiovasculaire
- Aucun patient

➤ Si vous prescrivez hors Autorisation de Mise sur le marché (donc non remboursable), le spécifiez-vous sur l'ordonnance ?

- Oui
- Non

3. En prévention cardiovasculaire primaire, vous prescrivez de l'ASPIRINE chez :

(Une ou plusieurs réponses possibles)

- Le patient non diabétique ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire
- Le patient non diabétique ayant un risque cardiovasculaire élevé
- Le patient diabétique ayant un "risque cardiovasculaire élevé"
- Tout patient diabétique
- Autre :

EVALUATION DES PRATIQUES

1. Pour évaluer le risque cardiovasculaire, utilisez-vous un outil d'évaluation du risque ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, lequel ?

2. Selon vous, un risque cardiovasculaire élevé correspond à :

- Un Risque cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 2,5%
- Un Risque cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 5%
- Un Risque cardiovasculaire fatal à 10 ans > à 10%

3. Quelle dose d'ASPIRINE prescrivez-vous en prévention cardiovasculaire primaire ?

(Une ou plusieurs réponses possibles)

- 75 mg
- 160 mg
- 300 mg
- Plus de 300 mg
- Un autre anti agrégant plaquettaire : si oui, citez-le.
- La dose dépend du niveau de risque cardiovasculaire du patient
- La dose dépend du niveau de risque iatrogène de l'aspirine chez le patient

4. Vous arrive t'il de ne pas prescrire d'ASPIRINE en prévention cardiovasculaire primaire à un patient qui en aurait besoin, selon vous, à cause de son risque hémorragique ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, le faites-vous :

- Fréquemment
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

5. Vous arrive t'il d'adresser vos patients à un cardiologue pour évaluer la nécessité d'un tel traitement avant de l'initier ?

- Oui
- Non

➤ Si oui, dans quelle situation ?

(Une ou Plusieurs réponses possibles)

- Chez tous les patients qui devraient en bénéficier selon vous
- Chez un patient diabétique
- Chez un patient à haut risque cardiovasculaire mais également à haut risque hémorragique
- Chez tout patient à haut risque hémorragique
- Autre :

6. Il existe une ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) reposant sur un indicateur de qualité de la pratique médicale concernant le suivi du diabète :

Cette ROSP a-t'elle changé votre attitude ?

○ Oui

➤ Si oui, en quoi

- Prescription par conviction de l'utilité de ce traitement pour le patient
- Prescription pour ne pas être pénalisé financièrement
- Prescription à des patients pour lesquels vous ne le feriez pas s'il n'y avait pas la ROSP

- Non

➤ Si non, pourquoi ?

- Vous n'utilisez pas les ROSP
- Vous suiviez déjà les recommandations de bonne pratique de l'HAS et de l'ANSM
- Vous n'êtes pas d'accord avec l'intitulé de cette ROSP
- Autre :

7. Savez vous que la Société Française de Cardiologie et la Haute Autorité de Santé ont des recommandations divergentes concernant l'indication de l'aspirine en prévention primaire ?

- Oui
- Non

8. D'où proviennent vos connaissances sur le sujet ?

- De vos études médicales
- De votre Formation Médicale Continue
- De Revues médicales
- De Visiteurs médicaux, de rencontres organisées par des laboratoires...
- D'Internet
- D'avis de cardiologues
- Autre : précisez

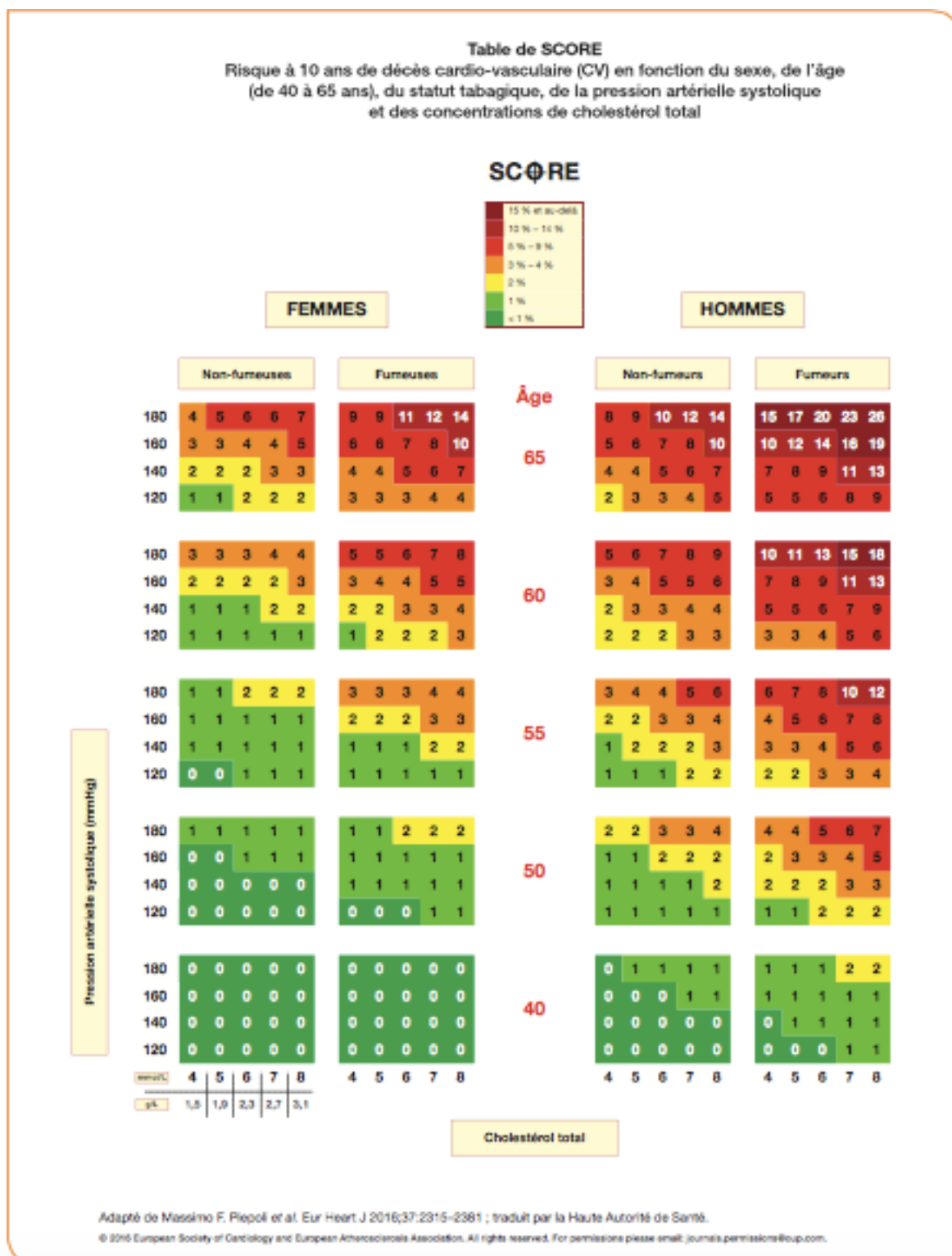
POINTS DE VUE ET ATTENTES

1. Considérez-vous que les recommandations actuelles sont suffisantes pour vous guider dans vos prescriptions ?

- Oui
- Non

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

2. TABLE DE SCORE



Etude des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prescription d'aspirine en prévention primaire des évènements cardiovasculaires en 2017

Introduction : Bien qu'il ne soit plus à prouver en prévention secondaire des évènements cardiovasculaires (CV), le bénéfice de l'aspirine en prévention primaire reste controversé. L'objectif de notre travail était d'observer les habitudes de prescription des médecins généralistes (MG) picards concernant l'aspirine dans cette indication.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive observationnelle par l'envoi d'un questionnaire par email auprès de 528 MG picards entre octobre et décembre 2017.

Résultats : 114 questionnaires ont été inclus. Les MG avaient moins de 40 ans pour 60,5% d'entre eux, 53,5% exerçaient en milieu urbain et 35,9% étaient installés en cabinet de groupe. Seuls 5,3% d'entre eux savaient que l'aspirine n'avait pas d'Autorisation de Mise sur le Marché en prévention primaire. L'aspirine était prescrite aux patients diabétiques à haut risque CV par 79,8% des médecins, et aux patients non diabétiques à haut risque CV par 64,9% d'entre eux. La définition du risque CV élevé était connue par 51,8% des MG, et 67,5% d'entre eux n'utilisaient pas d'outil d'évaluation de ce risque. Le risque hémorragique du patient était un facteur de non prescription de l'aspirine pour 40,4% des MG.

Conclusion : Cette étude montre que la majorité des MG de l'étude prescrit de l'aspirine en prévention primaire suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé alors que le rapport bénéfice risque favorable de cette molécule dans cette indication n'a encore jamais été prouvé. Plusieurs grands essais thérapeutiques randomisés sont en cours afin de répondre à cette problématique.

Mots clés : médecins généralistes, prévention primaire, pratiques professionnelles, aspirine, épidémiologie

Attitude and practices of general practitioners in Picardy regarding aspirin prescription for primary prevention of cardiovascular events in 2017

Objectives: Although its benefits are scientifically proven for secondary prevention of cardiovascular (CV) events, using aspirin in primary prevention is still debated. The objective of the study consisted of observing prescribing behaviour of general practitioners (GPs) in Picardy concerning aspirin for primary prevention.

Methods: This observational and descriptive study was done by sending a questionnaire by email to 528 GPs between October and December 2017.

Results: 114 questionnaires were included. Among the GPs of this study, 60.5% were under 40 years old, 53.5% worked in an urban setting, and 35.9% were practicing within a group practice. Only 5.3% of them knew that aspirin didn't have marketing authorisation in primary prevention. Aspirin was prescribed to diabetic patients at high risk of CV disease by 79.8% of GPs, and to non diabetics at high risk of CV disease by 64.9% of them. The definition of high CV risk was known by 51.8% of GPs, and 67.5% of them didn't use a CV risk assessment tool. The patient bleeding risk was an argument in favour of not prescribing aspirin for 40.4% of GPs.

Conclusion: This study shows that a majority of GPs prescribe aspirin in primary prevention following HAS guidelines whereas a favourable risk/benefits ratio is not proven. Several randomized controlled trials are ongoing to try to find an answer to that problematic.

Key words: General practitioner, primary prevention, professional practice, aspirin, epidemiology