UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 110

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Cécile Pasquiet

Née le 03/04/1985 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 21/10/2014

**QUELLES SONT LES LOGIQUES DE PRESCRIPTION ET DE
DEPRESCRIPTION DES STATINES, CHEZ LES PATIENTS AGES DE
PLUS DE 80 ANS, PAR LEUR MEDECIN TRAITANT ?**

Président : Monsieur le Professeur Rémy Sénand

Directrice de thèse : Dr Bénédicte Barbarin

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Rémy Sénand,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Que ce travail soit pour moi l'occasion d'exprimer mon profond respect et de vous remercier pour ces années d'études.

Madame le Professeur Jacqueline Lacaille,

Je vous remercie pour les connaissances que vous m'avez apportées tout au long de l'internat.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bertrand Cariou,

Vous me faites l'honneur d'être juge de mon travail.

Soyez assuré de ma considération.

Madame le Docteur Camille Colliard-Moisan,

Je suis reconnaissante de votre participation en tant que juge.

Veillez croire en ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Bénédicte Barbarin,

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de diriger ce travail.

Je te suis reconnaissante de ta disponibilité sans faille, de ta rigueur et de ta gentillesse.

Merci pour tout ce que tu m'as transmis.

Mes remerciements vont aussi :

Aux 14 médecins qui ont pris le temps de me recevoir, sans qui mon travail ne serait rien.

A mes parents, qui m'ont soutenue et encouragée (supportée ?) depuis le début de cette formidable aventure, qu'est la médecine.

A mes relecteurs préférés Brudi, Doudou, Carole, David et maman.

A mes amis, qui ont leur part de mérite en m'ayant encouragée.

A Gabriel, pour son soutien, son amour et pour le plus beau cadeau qu'il ait pu m'offrir.

A celle qui m'a soutenue de (très) près pendant ces derniers mois !

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODES	12
1 – Type d'étude.....	12
2 – Echantillonnage et collecte.....	12
3 – Retranscription et analyse.....	13
RESULTATS	14
1- Les entretiens.....	14
2- Analyse thématique transversale	16
1) L'influence de l'indication	16
2) Le patient considéré dans son ensemble.....	19
3) La polymédication	22
4) Le médicament	24
5) Les freins à l'arrêt.....	26
3- Profils de prescripteurs	28
DISCUSSION	31
REFERENCES.....	41
ANNEXES	45
Annexe 1 – Le guide d'entretien	45
Annexe 2 – Les verbatims	46
Entretien n° 1.....	46
Entretien n° 2.....	50
Entretien n° 3.....	54
Entretien n° 4.....	58
Entretien n° 5.....	62
Entretien n° 6.....	66
Entretien n° 7.....	69
Entretien n° 8.....	73
Entretien n° 9.....	76
Entretien n° 10.....	79

Entretien n° 11.....	82
Entretien n° 12.....	85
Entretien n° 13.....	88
Entretien n° 14.....	92
RESUME.....	96

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIT	: Accident Ischémique Transitoire
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
CNRS	: Centre National de la Recherche Scientifique
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPK	: Créatine PhosphoKinase
DU	: Diplôme Universitaire
EBM	: Evidence Based Medicine
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FMC	: Formation Médicale Continue
HAS	: Haute Autorité de la Santé
IEC	: Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IDM	: Infarctus Du Myocarde
LDL	: Low Density Lipoprotein
MMS	: Mini Mental State
ORPA	: Observatoire Régional des Personnes Agées
ROSP	: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SNIR	: Système National Inter-Régimes

INTRODUCTION

Les médecins français prescrivent beaucoup de médicaments : 14 lignes par an et par personne en France, versus 12 lignes au Royaume-Uni et 8 au Canada (1). L'ordonnance des patients de plus de 80 ans comporte en moyenne 5 médicaments différents, mais avec de grandes variations. Trente-et-un pour cent des patients ont entre 5 et 8 médicaments, et 16% ont plus de 9 médicaments (2, 3). Quarante-huit pour cent des consultations à destination des personnes âgées donnent lieu à une prescription médicamenteuse (4).

La polymédication n'est pourtant pas sans risque, notamment chez les personnes âgées.

Cinq à dix pour cent des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans ont une cause iatrogène, et 20 % pour les plus de 80 ans (2). Trente à soixante pour cent des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables : on parle de iatrogénie médicamenteuse évitable (5). Avec l'âge, de nouveaux paramètres modifient la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments : réduction de la fonction rénale, hypoprotidémie, perte musculaire et gain adipeux, modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique (6). Les troubles sensoriels (par exemple : baisse d'acuité visuelle), les troubles de la mémoire et de la compréhension peuvent également perturber la prise médicamenteuse.

Les interactions médicamenteuses augmentent avec le nombre de médicaments pris, dans 50% des cas dès 5 médicaments (7). Elles sont considérées comme responsables de 15 à 20% des effets indésirables (5).

Enfin, l'observance, en moyenne de 50% dans les maladies chroniques sans symptômes, chute au-delà de la cinquième ligne, au prix d'une sélection parfois aléatoire des médicaments pris (8, 9). Près de 10% des hospitalisations chez le sujet de plus de 70 ans seraient en rapport avec un défaut d'observance (10).

Trois consultations sur quatre à destination des personnes âgées sont réalisées par les médecins généralistes (4). Ils ont donc un rôle important à jouer dans la prévention de cette iatrogénie.

En France, le volume de prescription des statines est important chez les personnes âgées : 25% des plus de 70 ans sont sous hypolipémiants selon l'étude ORPA en 2003 (2). Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur les données de l'Observatoire de la médecine générale, en Île-De-France. Dans une autre étude réalisée en 2008, on retrouve ce chiffre chez les plus de 80 ans, avec une proportion de 91% de statines (11).

A l'heure actuelle, les statines ont 3 indications reconnues. C'est d'abord le traitement principal des dyslipidémies. Les règles hygiéno-diététiques, qui sont la première étape de prise en charge des dyslipidémies en population générale, ne s'appliquent plus de manière aussi stricte aux personnes âgées, en raison de la nécessité de maintenir un équilibre nutritionnel satisfaisant (12). Certaines statines ont un fort pouvoir hypolipémiant prouvé. Elles agissent en abaissant le niveau de LDL-cholestérol.

Le traitement par statines est surtout l'un des axes principaux de traitement en prévention secondaire dans les pathologies cardio-vasculaires. Les pathologies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité en France (32% des décès) et constituent la troisième cause de décès prématurés (13). Elles sont la conséquence de l'accumulation de facteurs de risque cardio-vasculaires, dont la dyslipidémie (14). Une méta-analyse internationale, parue en 2010, montre qu'en prévention secondaire toute réduction de 1,0 mmol/L du cholestérol LDL est associée à une réduction de 22% d'événements vasculaires majeurs à un an, se traduisant par une réduction de 10% de la mortalité globale (15). Elle a également confirmé que l'abaissement du LDL cholestérol en-dessous de 0,70 g/L est associé à un risque plus faible de récurrences dans les populations en prévention secondaire.

Les statines ont enfin un bénéfice prouvé en prévention primaire chez les patients à haut risque cardio-vasculaire : études WOSCOPS (1995) et HPS (2007) (16, 17).

Indépendamment du résultat biologique de départ, notamment du LDL, on observe une réduction de la morbi-mortalité, comme le montre l'étude HPS (17), chez les personnes à haut risque cardio-vasculaire. Il semble donc exister un effet bénéfique des statines au-delà de la simple baisse du niveau de LDL-cholestérol. C'est ce que l'on peut appeler l'effet pléiotrope des statines. La pléiotropie est la capacité d'une molécule à avoir de multiples rôles. Ainsi, on attribue aux statines des effets anti-inflammatoire, anti-thrombotique, anti-oxydant, d'immuno-modulation, de cyto-protection et des actions sur l'angiogénèse, la stabilité des plaques lipidiques et au niveau de la fonction endothéliale (18).

D'autres études s'intéressent à l'effet des statines dans les démences. Des études observationnelles évoquent un effet neuro-protecteur des statines (19, 20) mais leur hétérogénéité et la présence de nombreux facteurs de confusion limitent la portée de ces études. Des essais cliniques randomisés de phase II ont montré une diminution de l'incidence du marqueur combiné démence/déclin cognitif sans démence, en prévention primaire sous statines (19). Par contre, le bénéfice n'a pu être retrouvé dans deux essais de phase III, randomisés, en double aveugle, contrôlés contre placebo : PROSPER (21) et HPS (17). L'utilisation des statines dans cette indication n'a donc actuellement pas lieu d'être en dehors de protocoles d'étude.

De nombreux travaux ont étudié l'effet des statines dans différentes pathologies, mais, malheureusement, peu d'essais randomisés incluent des personnes âgées. Ainsi, l'étude Stroke Prévention Atrial Study s'intéressait à la prévention des AVC chez les patients en arythmie par fibrillation auriculaire. Alors que la prévalence de la fibrillation auriculaire augmente avec l'âge, seuls 7% des patients inclus dans cette étude avaient plus de 65 ans (22).

Pour l'analyse des statines, parmi les études randomisées, seules les études HPS (17) et PROSPER (21) incluent des patients allant respectivement jusqu'à 80 et 82 ans. Mais, les sujets inclus ne sont ni polypathologiques (les patients inclus dans l'étude PROSPER ont une maladie athéromateuse avérée ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires mais le MMS doit être supérieur à 24), ni polymédiqués. Ils ne sont donc pas représentatifs de la population à laquelle les médicaments seront prescrits. Quelques études se sont intéressées aux personnes au-delà de 80 ans. Elles ont cependant une puissance moindre car elles ne sont pas randomisées. Une étude observationnelle prospective s'est intéressée aux personnes de 60 à 100 ans (n=1410 personnes), avec pour moitié des personnes de plus de 80 ans. Elle retrouve une réduction significative sous statines de nouveaux événements coronariens en prévention secondaire, mais sans étude sur la mortalité (23). Elle met également en évidence une réduction du risque d'AVC chez les patients sous statines, dans les suites d'un IDM (24). Une autre étude observationnelle réalisée chez des patients de 80 à 87 ans, mais avec de nombreux biais, retrouve une baisse de la mortalité cardio-vasculaire et globale, chez les patients traités par statines en post-IDM (25).

Les bénéfices et risques médicamenteux sont donc mal évalués chez les seniors (26), entre autres pour les statines. Il n'est pas possible pour le prescripteur d'extrapoler les résultats des essais cliniques à la pratique médicale courante. Ces éléments ont récemment été mis en

avant dans le livre polémique des Pr Even et Debré (27) mais aussi par le Docteur Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur au CNRS (28, 29).

En 2014, les dernières recommandations sur le traitement des dyslipidémies chez la personne âgée émanent de l'AFSSAPS et datent de 2005. Elles rappellent que les critères justifiant la prolongation du traitement en prévention primaire sont : le cumul de facteurs de risque, l'absence de comorbidité et une bonne tolérance du traitement. L'initiation du traitement en prévention primaire n'est pas recommandée après 80 ans. La prescription de statines en prévention secondaire, après 80 ans, doit se discuter au cas par cas, en fonction de l'importance des comorbidités, du risque iatrogénique ou de l'espérance de vie limitée (inférieure à deux ans) (12). Les recommandations laissent donc une place importante au jugement du médecin concernant la prescription ou non des statines chez les patients âgés, et leur éventuelle déprescription.

La déprescription est un néologisme : selon Patrice Queneau, il signifie l'arrêt volontaire d'une prescription, médicamenteuse ou non (30). La déprescription implique une action du médecin mais aussi du patient. Ces dernières années, de nombreux travaux portant sur la déprescription ont vu le jour (31-34). Elle fait partie de l'enseignement médical initial : module 11, item 170 (Argumenter l'absence de prescription médicamenteuse et l'introduction ou l'arrêt d'un médicament). La revue *Prescrire* a publié en 2013 (et mis à jour en 2014) la liste des médicaments « plus dangereux qu'utiles », qu'elle suggère d'écarter des ordonnances de patients (68 médicaments) (35, 36). Le nombre d'abonnés à la revue médicale *Prescrire*, toujours croissant depuis les années 90 (33 532 fin août 2013 contre 20 000 en 1990), témoigne de l'intérêt des soignants pour cette approche. En 2012-2013, la moitié des abonnés à la revue *Prescrire* étaient des médecins généralistes (37).

L'HAS a publié en 2005 des outils de révision de l'ordonnance, à destination du prescripteur principal de la personne âgée, le médecin généraliste (38).

Concernant la prescription de statines chez les personnes âgées, les médecins généralistes sont donc dans l'incertitude. La prescription des statines chez les patients âgés concerne un quart des patients. Pourtant, les recommandations sont peu claires, et peu d'études de bon niveau de preuve existent. L'indication, seule, n'est pas responsable de la décision thérapeutique. Selon le modèle de l'EBM (*Evidence based medicine* ou médecine fondée sur les preuves), la décision thérapeutique découle de l'intrication entre données de la

science, facteurs propres aux patients et facteurs propres aux médecins. Notre recherche bibliographique n'a pas retrouvé de travaux s'intéressant aux facteurs de prescription, de non-prescription ou de déprescription des statines, chez les personnes âgées de plus de 80 ans. L'objectif de ce travail est donc de décrire les logiques de prescription et de déprescription des statines dans cette population, par les médecins généralistes. Nous essayerons également de dégager différents profils-types de médecins concernant cette prescription.

MATERIEL ET METHODES

1 – Type d'étude

L'objectif de ce travail était de décrire les logiques de prescription, de non-prescription et de déprescription des statines par les médecins généralistes chez les patients de plus de 80 ans. L'objectif n'était pas de chiffrer les prescriptions, ni de les confronter aux recommandations. Nous avons cherché à comprendre comment les médecins généralistes choisissent d'initier, de poursuivre ou d'arrêter une prescription par statine chez leurs patients âgés. Pour cela, nous avons rencontré plusieurs médecins généralistes pour effectuer des entretiens semi-directifs.

Ce type d'étude qualitative permet d'étudier les représentations et comportements des personnes, et d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (39). Il s'agissait plus précisément ici d'une étude phénoménologique, dans le sens où on s'intéresse à la pratique de terrain et non à la pratique générale.

2 – Echantillonnage et collecte

L'étude a été réalisée entre le 29 janvier 2014 et le 22 mai 2014, auprès de médecins généralistes libéraux de Maine-et-Loire (France). Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone, via les pages jaunes. Afin d'avoir la plus grande diversité de réponses possible, la variation des sujets a été recherchée en les sélectionnant par échantillonnage aléatoire simple sur la carte des pages jaunes (recherche : médecin généraliste ; localisation : Maine-et-Loire) en cherchant différentes communes (ville/campagne) et les deux sexes (estimé via le prénom). La variation selon l'âge a également été prise en compte dans un deuxième temps.

La taille de l'échantillon a été déterminée au fil de l'enquête selon deux critères. D'une part, la saturation des données a été recherchée, c'est-à-dire lorsque l'analyse, réalisée au fur et à mesure, montrait une certaine redondance des données. D'autre part, la variation des sujets étant souhaitée, des entretiens supplémentaires ont été réalisés pour inclure un peu plus de femmes dans la population. Des cabinets de groupe ont alors été contactés, toujours au hasard, avec une demande auprès des secrétaires pour s'entretenir plutôt avec des médecins femmes, plus âgées. Chaque entretien s'appuyait sur un guide, rédigé au préalable. Ce guide

d'entretien était composé de questions ouvertes, servant de trame et de relances lorsque le sujet n'était pas abordé spontanément par le médecin (annexe 1). La faisabilité de l'enquête et le guide d'entretien ont été testés dans un premier temps avec deux médecins, avant d'être poursuivis. Une durée de dix/quinze minutes était annoncée au médecin. Les entretiens ont été effectués par l'investigatrice dans les cabinets des médecins volontaires, selon une date et heure de leur convenance.

3 – Retranscription et analyse

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord des participants, puis ont été retranscrits littéralement sous Word®. Le discours, le ton (hésitations, rires...), les interruptions extérieures ont été retranscrites. Les données ont été rendues anonymes en attribuant des numéros aux médecins : de M1 à M14. Les noms de communes ont été enlevés. Le critère choisi pour représenter l'activité gériatrique de chaque médecin était le nombre de personnes suivies en EHPAD. En effet, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 80 ans (fin 2007) et l'âge moyen des résidents est de 83 ans et 5 mois (40).

Une analyse thématique des entretiens a ensuite été réalisée. Après plusieurs lectures minutieuses des *verbatim*, une analyse longitudinale a été effectuée pour chaque entretien. Elle avait pour but de résumer chaque entretien et de sélectionner les points importants. Certaines phrases étaient surlignées dans le texte pour illustrer le concept. Ensuite, une analyse thématique transversale a été effectuée. Chaque concept était illustré par un extrait de l'entretien. Le plan général des thèmes suivait la trame des entretiens, et pour chaque thème et sous-thème on obtenait une liste d'idées et d'opinions de plusieurs médecins sur un même sujet. Les unités thématiques de la grille d'analyse ont émergé au fur et à mesure, permettant de créer des axes.

A l'issue de cette analyse, les médecins ont été classés en fonction de l'importance des arguments pour prescrire ou déprescrire. Quelques médecins se sont nettement détachés des autres et ont été séparés en profils en fonction des différents paramètres : l'influence de l'indication, la polymédication, la connaissance de l'avancée des études, les freins à l'arrêt.

RESULTATS

1- Les entretiens

La saturation des données a été obtenue après le neuvième entretien. Cinq entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer, et pour inclure un peu plus de femmes dans la population.

Dix-neuf médecins ont été contactés en tout, soit directement au téléphone, soit via leur secrétaire. Quatorze ont accepté de participer. Le tableau 1 (page 15) rassemble les caractéristiques des médecins participants. Parmi la population de médecins interrogés, il y avait 9 hommes et 5 femmes, âgés de 32 à 64 ans. Quatre médecins travaillaient en ville et 10 en campagne. Le nombre de patients suivis en EHPAD allait de 0 à 50.

Le corpus de textes est présenté en annexe 2.

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés (n=14)

	Age (années)	Sexe	Lieu d'exercice : Ville (>10 000 habitants), campagne (<10 000 habitants)	Nombre de patients en EHPAD	Formation récente en gériatrie	Durée de l'entretien (min)
M1	33	Homme	Campagne	12	Non	14
M2	36	Homme	Campagne	15	Travail sur les statines en groupe de pairs	9
M3	38	Femme	Campagne	8	Soins palliatifs, douleur, dénutrition	8
M4	44	Homme	Campagne	40	Travail sur les statines en groupe de pairs, prévention cardio-vasculaire chez la personne âgée en 2007, DU de soins palliatifs	12
M5	60	Homme	Campagne	6	Non	13
M6	32	Femme	Ville	0	Non	5,6
M7	52	Homme	Campagne	4	Formation de cardiologie	11,8
M8	58	Homme	Campagne	10	Etat d'agitation	9,8
M9	64	Homme	Campagne	50	Diabète, Alzheimer	9
M10	39	Homme	Campagne	20	Cardiologie (2011)	8,6
M11	37	Homme	Campagne	35	Iatrogénie	9,3
M12	56	Femme	Ville	0	Non	7,5
M13	60	Femme	Ville	10	Non	8,6
M14	59	Femme	Ville	6	Non	6,8

2- Analyse thématique transversale

1) L'influence de l'indication

L'indication est un élément primordial pour décider de prescrire, déprescrire ou de ne pas instaurer une statine chez les personnes âgées. Les médecins généralistes l'évoquent presque tous spontanément (9/14), ou lorsqu'on leur demande les facteurs importants dans cette décision. Seule **M12** n'évoque pas le poids de l'indication : « - *qu'est-ce qui va vous inciter à les poursuivre ? - Pas grand-chose...* », « - *qu'est-ce qui va vous inciter à les arrêter ? - tout !* ». Une statine est facilement poursuivie ou instaurée en cas de prévention secondaire ou de prévention primaire à haut risque cardio-vasculaire. Elle est par contre fréquemment arrêtée en cas d'absence de cumul des facteurs de risque en prévention primaire. Ce sont les 2 médecins ayant la plus grosse activité gériatrique qui vont plus facilement prescrire une statine en cas de haut risque cardio-vasculaire ou de LDL élevé. Enfin, les médecins les plus âgés évoquent plus facilement le faible niveau de preuve des études.

1. Prévention secondaire

Pour la majorité des médecins, la statine trouve sa place en prévention secondaire : 8 médecins en parlent spontanément et 5 autres, suite aux relances :

« en prévention secondaire, de toute façon, les statines elles sont utiles quel que soit l'âge », « prévention secondaire du coup je vais les garder souvent » [M4] ; « quelqu'un qui est en prévention secondaire parce qu'il a un antécédent d'infarctus mais qui a une bonne autonomie, je vois pas pourquoi on lui arrêterait » [M8] ; « pathologie cardio-vasculaire avérée, ou cardiaque ou neurologique, je vais avoir tendance à poursuivre » [M2] ; « un coronarien, qui a déjà fait des événements », « très très instable sur le plan coronarien, avec une insuffisance cardiaque d'origine coronarienne, je ne lui enlèverais pas sa statine. Ou qui serait en bout de course avec une artérite, qui a déjà été ponté, qui a eu des stents, je ne m'amuserais pas à lui enlever sa statine » [M1] ; « s'ils ont fait des AVC, heu... des choses cardio-vasculaires graves » [M6] ; « un risque cardiovasculaire avéré pour eux ; par exemple une coronaropathie » [M7] ; « dans les suites d'un infarctus, d'un syndrome coronarien important, donc, et AVC » [M13] ; « en cas de pathologies vasculaires

importantes, on vient de découvrir une artérite, on vient d'opérer quelqu'un » [M14] ; « *pathologies cardiaques* » [M9]. On retrouve également cette préoccupation chez M10 et M11.

Certains restent plus dans la réserve, notamment M3 « *prévention secondaire éventuellement* » et M5 « *une prévention secondaire avec quelqu'un qui va bien, je pourrais continuer* ».

2. Prévention primaire à haut risque cardio-vasculaire

Même s'ils sont moins unanimes, les médecins prescrivent aussi largement un traitement hypolipémiant en prévention primaire, en cas de risque cardio-vasculaire élevé. M4 et M9 l'évoquent spontanément : « *prévention primaire si le chiffre était quand même effectivement bien augmenté par rapport aux facteurs de risque* » [M4] ; « - *Par contre, si la personne a un traitement, je le maintiens. - Que ça soit en prévention primaire ou secondaire ? – oui* » [M9]. Ce sont les 2 médecins qui ont l'activité gériatrique la plus importante.

Cinq autres en parlent, suite à la discussion : « *une personne qui n'a pas fait d'événements mais qui a de gros facteurs de risque* » [M1] ; « *sur la prévention primaire, si on a quelqu'un qui a beaucoup de facteurs de risque cardio-vasculaires, il y a une indication, pourquoi pas les poursuivre* », « *un patient est diabétique, hypertendu, avec des antécédents familiaux...euh...on essaie de mettre des statines* » [M11] ; « *des gros facteurs de risque cardio-vasculaire* », « *c'est un pack. S'il est diabétique j'y réfléchis quand même* » [M3] ; « *pathologies associées [à la dyslipidémie] que ce soit du diabète, de l'hypertension* », « *les patients diabétiques [...] où finalement le diabète ne pose plus vraiment de problème, même les traitements sont parfois arrêtés, [...] je la laisse quand même* » [M10] ; « *la personne qui est diabétique* » [M14].

3. Prévention primaire modérée

Pour certains médecins, les statines n'ont plus lieu d'être en cas de prévention primaire modérée (absence de cumul de facteurs de risque cardio-vasculaires). Non seulement, ils ne les initient pas, mais ils les arrêtent pour la plupart.

On peut citer notamment **M3** « *mais en prévention primaire, sûrement pas !* » et **M6** « *en prévention primaire, j'ai tendance à essayer de les éliminer* » qui l'évoquent d'emblée, mais aussi pour 2 autres médecins qui en parlent rapidement suite aux relances : **M10** « *pas forcément en prévention primaire* », « *à qui on a pu débiter des statines pour... devant des cholestérols très élevés et qui finalement, l'âge avançant, n'ont jamais posé de problèmes ; finalement, on arrive à 80 ans et là faut se reposer la question* » et **M13** « *Si c'est pour un problème d'hypercholestérolémie, c'est clair qu'après 80 ans je ne m'y intéresse pas. Parce que j'estime normal que le cholestérol monte avec l'âge et que je vais pas embêter des patients qui ont pas eu jusqu'à 80 ans d'accident vasculaire avec des statines* », « *si c'est des gens qui se nourrissent bien, qu'ont pas d'antécédent d'accident cardio-vasculaire, moi, j'en mets pas* ».

Tous les médecins ne sont pas aussi catégoriques mais certains le signalent après relances ; c'est le cas de **M2** « *arrêt si c'est de la prévention primaire* », **M5** « *si on reste dans la prévention pure [...] strictement rien eu comme pathologie, c'est de la prévention primaire encore, bon bah, on va peut-être calmer le jeu* » et **M11** « *Quelqu'un qui...n'a pas de facteurs cardio-vasculaires majeurs...qui... a pas nécessité d'avoir un bilan...très bas, j'ai tendance à pas insister là-dessus* ».

Pour **M7**, il n'y a pas d'indication pour en initier « *ah non, prévention primaire, là...en principe, ils ne devraient plus en avoir, déjà !* » mais il en déprescrit peu « *Mais, je le fais plus rarement, ça, leur enlever* ». Il en est de même pour **M9** : « *si on est dans la prévention des risques, d'accord, je n'instaure pas après 80 ans. Par contre, si la personne a un traitement, je le maintiens* ».

Il n'y a pas de profil particulier de déprescripteur en prévention primaire modérée.

Ce n'est que dans le cadre de la prévention primaire modérée, que certains médecins abordent le critère biologique.

Pour certains, le LDL à l'objectif en prévention primaire est un motif de déprescription : « *en prévention primaire, quand tu vois que leur bilan lipidique est toujours très bien, [...] on diminue* » [**M1**] ; « *si j'ai un taux sanguin inférieur à tant, je me dis bon bah voilà* » [**M12**]. Il n'y a pas non plus de profil particulier de déprescripteur.

Inversement, la dyslipidémie majeure comme motif de prescription, en prévention primaire modérée, est évoquée par **M4** « *en prévention primaire si le chiffre était quand même*

effectivement bien augmenté par rapport aux facteurs de risque » et M9 « sauf vraiment un cholestérol à des 3, 4, 5 grammes ». Ce sont les 2 médecins ayant la plus grosse activité gériatrique.

Un autre médecin, par contre, ne s'y intéresse plus comme motif de prescription : *« je ne lui prescrirai pas de statine. C'est vrai qu'il a déjà beaucoup de médicaments et puis, de toute façon, je ne recherche pas la dyslipidémie chez lui parce que je n'en ferais absolument rien. Je ne lui ai jamais demandé un bilan lipidique » [M1].*

4. Le faible niveau de preuves des études

Le faible niveau de preuves des études actuelles, en ce qui concerne les personnes de plus de 80 ans, est souligné d'emblée par 3 médecins plus âgés : M4 *« en prévention primaire effectivement il y a pas ou peu d'études, surtout après 75 ans », « pas de recommandations claires sur la prévention primaire », « pas d'études qui permettent de conclure clairement », « y'a pas beaucoup d'intérêt », M5 « j'ai rien vu de récent sur la prescription ou pas... au-delà de 80 ans » et M8 « scientifiquement, je crois qu'il y a pas d'études de faites chez les gens au-delà de...alors je sais pas exactement...75-80 ans ».*

M7 l'évoque également mais suite à une relance : *« pas de bénéfice suffisant ».*

2) Le patient considéré dans son ensemble

Plus que l'âge civil, les médecins généralistes prennent en compte l'état général du patient et son espérance de vie supposée dans leur démarche de prescription ou déprescription de statines. Cette évaluation est assez subjective et repose sur la connaissance du patient par le médecin généraliste.

1. Etat général et espérance de vie

Seul un médecin l'évoque spontanément, M8 : *« je prends en compte l'espérance de vie des gens ; plutôt que l'âge réel », « je la jauge [...] en fonction de sa dépendance ou pas »,*

« si cette personne on lui découvre un cancer du pancréas avec une espérance de vie à moyen terme, vraiment pas bonne du tout, je pense qu'il faut essayer de faire un tri dans les médicaments », « [la prescription de statines peut] se justifier si les gens avaient au moins 2 ans d'espérance de vie », « si les gens ont une bonne espérance de vie dans de bonnes conditions, je pense que c'est justifié de leur donner », « qui a une bonne autonomie, qui est chez lui, qui a un état cognitif normal ».

Pour la plupart des autres médecins, la notion d'état général arrive rapidement tout de même lors de la discussion. Ils les arrêtent fréquemment lorsque l'état général se dégrade ou que l'espérance de vie est réduite. On peut observer deux approches différentes.

Pour certains, l'âge civil est un réel facteur de prise de décision : « âge physiologique vraiment avancé, on va pas forcément l'embêter avec ça » [M5] ; « je considère que le risque il est dans 10-15 ans » [M3] ; « plutôt quelque chose de prospectif, c'est-à-dire valable sur les 10 années à venir. Et donc quand on a 80 ans, on a une espérance de vie évidemment mais est-ce que ça joue vraiment » [M12] ; « qui est très très vieux aussi ! Passé un certain âge ! » [M6] ; « l'âge très avancé » [M13].

Pour d'autres, l'arrêt ne se fait qu'en phase terminale, dans les derniers mois de vie ou quand la personne est grabataire : « périmètre de marche de 10 mètres », « à bout de course », « je ne pensais pas qu'il passerait l'hiver dernier » [M1] ; « grabataire », « quelqu'un qui se mobilise très peu » [M2] ; « en douleur/palliatif, arrêter des statines ça peut être bien aussi » [M3] ; « des gens complètement grabataires ou institutionnalisés... avec une vie végétative ou quasiment, enfin une vie de relation réduite à pas grand-chose [...] pas forcément très utile », « qui vont vraiment grever leur degré d'autonomie et les rendre grabataires plus rapidement » [M5] ; « quelqu'un qui est grabataire, en maison de retraite », [M6] ; « alors sauf, après bon, dans les phases terminales », « dans les derniers mois » [M9] ; « j'en ai arrêté chez quelqu'un qui est grabataire, qui a pas besoin de ça...maintenant », « le cancer, oui à un stade très avancé », « elle est vraiment complètement...grabataire », « qui est en fin de vie », « Quelqu'un, on sait qu'au bout d'un an il va...ça vaut pas le coup, je pense » [M14].

A contrario, un bon état général et une espérance de vie de plusieurs années justifient, pour beaucoup de médecins, de poursuivre le traitement : « si la personne est en bon état général, c'est clair que j'aurais tendance à poursuivre », « en consultation (donc c'est des gens qui sont autonomes) je ne me pose même plus la question, je poursuis », « et s'ils ne sont

pas à domicile, je dirais que s'ils peuvent se mouvoir et si on peut communiquer avec eux, ça me semble être justifié » [M2] ; « parfois on n'a pas du tout envie [de les arrêter] parce qu'on a en face de soi quelqu'un de 80 ans mais qui va bien », « -qu'est-ce qui vous incite à les poursuivre ? - l'espérance de vie » [M5] ; « une espérance de vie qui paraît quand même d'un certain nombre d'années » [M4] ; « une personne en bon état général, qui a une qualité de vie satisfaisante » [M11] ; « bon état général » [M12] ; « la personne qui est encore en très bonne santé », « bon état général » [M14] ; « très active et tout ça, bah oui d'accord » [M3].

M7 et **M10** par contre, eux, n'abordent pas du tout ce sujet.

Presque tous les médecins mettent en avant l'état général du patient pour décider de l'instauration, de la poursuite et de l'arrêt des statines. Certains voient une indication sur le long terme et l'arrêtent donc rapidement lorsque l'état général se dégrade, alors que d'autres ne le déprescrivent que dans les phases terminales.

2. Comorbidités

La moitié des médecins évoquent ici, mais non spontanément, la place de la démence pour arrêter un traitement hypolipémiant. Ce critère entre en jeu lors de l'avancée de la maladie, avec des troubles cognitifs majeurs et un retentissement sur la vie quotidienne : «*Ou qui est dément ; quand je parle de démence, je parle d'un patient dément en maison de retraite. Donc, déjà vraiment dépendant avec des MMS déjà bien altérés » [M2] ; «troubles cognitifs ; une démence, une maladie d'Alzheimer notamment au stade modéré ou sévère » [M4] ; «démence dégénérative et évoluée », « quand vraiment la démence est au premier plan », « perte d'autonomie » [M7] ; « un Alzheimer très évolué » [M14] ; « Quelqu'un qui a une démence, qui perd un peu d'autonomie, j'y regarderai à deux fois pour lui mettre une statine », « une personne démente va pas forcément aller consulter parce qu'il y a des douleurs qui apparaissent » [M13] ; « - Est-ce que les autres pathologies vont jouer sur la présence ou pas de statines ? - Je pense aux démences » [M5].*

Seul **M8** arrêterait la statine dès le diagnostic : «*un état démentiel [...] ça n'a pas d'intérêt, on l'arrête », « dès le diagnostic ».*

Deux médecins, par contre, font la distinction selon l'étiologie de la démence et la poursuivent en cas de part vasculaire : **M7** « *si c'est une démence vasculaire, on est bien d'accord que là, peut-être que quand même...* » et **M14** « *Ah non. Non, Pas du tout. Au contraire ! [...] quelqu'un qui a déjà ça à l'avance pour des pathologies...ils ont eu des AVC ou des...d'autres choses, je vais quand même le conserver* ».

Des pathologies rénales ou hépatiques avancées entraînent aussi une déprescription pour quelques médecins : « *s'ils ont une insuffisance hépatique, une insuffisance rénale* » **[M12]**. Il en est de même pour **M2** et **M10**. Pour d'autres, toutes les insuffisances organiques peuvent entraîner un arrêt de traitement : « *toutes !* » **[M1]** ; « *s'il a vraiment des maladies en train d'évoluer ou des choses... je ne vais pas l'embêter avec des statines s'il a d'autres traitements plus importants* » **[M6]**. Ce sont ici plutôt les médecins jeunes qui vont déprescrire.

Enfin, pour 3 médecins, la déprescription est facilitée par des événements intercurrents : « *je profite d'un événement intercurrent ou d'un traitement antibiotique, type macrolides* » **[M3]** ; « *parce que les gens quittent leur maison, passent au foyer logement ou en maison de retraite, qu'on en profite [...] pour arrêter* » **[M5]** ; « *tous ceux qui finalement arrivent chez nous avec des prescriptions de statines et avec un regard neuf, finalement, c'est plus facile de l'arrêter* » **[M10]**.

Pour la moitié des médecins, l'évolution d'une démence grève l'espérance de vie au point d'arrêter les statines. Par contre, la démence renforce l'intérêt de ce traitement pour deux médecins. Les médecins plus jeunes arrêtent les statines en cas d'insuffisance d'organes, essentiellement hépatique et rénale. Quelques médecins profitent d'un événement intercurrent autre pour déprescrire.

3) La polymédication

La polymédication est abordée de façon moins unanime. Si la moitié des médecins fait référence à la longueur de l'ordonnance comme motif de déprescription, les interactions médicamenteuses et l'observance sont peu citées comme facteurs de prescription ou déprescription. Ceux qui en parlent sont ceux qui ont une activité gériatrique faible.

1. Longueur de l'ordonnance

La longueur de l'ordonnance n'est citée rapidement que par un seul médecin, **M12** : « ils ont déjà pas mal de médicaments », « j'essaie de diminuer au maximum les ordonnances », « j'écrème. J'écrème beaucoup même chez les gens qui ont l'habitude d'en prendre beaucoup [...] déjà qu'ils en prennent en plus en parapharmacie et de je ne sais quoi », « j'essaie de les cibler sur ce que je pense utile pour eux ».

Plusieurs autres médecins en parlent à la suite de relances : « s'il a une ordonnance longue comme le bras, j'aurais tendance plus facilement à l'arrêter », « s'il a peu de médicaments, j'aurais tendance à poursuivre la statine » **[M2]** ; « et qu'honnêtement, il a 30 gélules à prendre, la statine... » **[M6]** ; « bah oui, forcément ! Parce que, quand même, l'objectif c'est de donner le moins de médicaments possibles ; enfin, moi c'est mon objectif. Y compris chez les gens plus jeunes. Tout médicament a des effets secondaires potentiels donc moins on en donne mieux c'est ! » **[M8]** ; « qui a une ordonnance de 10 médoc, c'est vrai que je vais regarder à deux fois », « personne âgée, précaire, multi-médicamentée » **[M13]**.

Pour deux médecins, la conviction paraît moins grande : « l'introduction de nouveaux traitements, qui amènent à remettre en question le...qui essaient de ne pas trop alourdir l'ordonnance » « ça pourrait m'arriver » **[M7]**, « et puis là j'allège mes ordonnances assez facilement » « Finalement, les gens chez qui j'ai arrêté les statines, c'était ceux qui avaient le moins de traitements » **[M11]**.

Sept médecins sur 14 évoquent ici la longueur de l'ordonnance comme facteur de déprescription. Ce sont surtout les médecins qui ont une activité gériatrique faible qui en parlent.

2. Interactions médicamenteuses

Peu de médecins évoquent les interactions médicamenteuses comme motif de déprescription, et non spontanément : **M13** « j'estime qu'à partir de 5, 6, 7 médicaments on ne sait plus ce qu'on fait, parce qu'il y a des interactions qui, à mon avis, on ne maîtrise pas », **M3** « je profite d'un événement intercurrent ou d'un traitement antibiotique, type macrolides, pour dire : on va arrêter la statine », « si y'a pas de soucis d'interaction », **M6**

« Après, les interactions avec les autres médicaments etc., oui aussi, oui, oui » et **M14** « Ça dépend s'il y a des interactions mais à part ça ». Pour **M9**, les interactions n'interviennent pas avec la classe des statines : « Non. Honnêtement, non. Sauf si on avait un problème d'association de médicaments, et encore je vois pas, heu... Non ».

Une posologie non maximale est nécessaire pour **M1** : « une posologie raisonnable pour son âge ».

Le médecin **M11** signale avoir suivi une formation sur la iatrogénie et les interactions médicamenteuses, mais n'aborde pas la question des interactions dans l'entretien.

3. Hierarchie des médicaments/observance

Seuls 3 médecins intègrent la notion d'observance des statines et l'intègrent dans leurs critères de prescription ou d'arrêt. Leur but est de supprimer un médicament non pris pour raccourcir l'ordonnance et recentrer sur les médicaments indispensables. Il s'agit de 3 femmes, qui ont une activité gériatrique très faible : « et puis l'observance ! Si on veut qu'ils observent vraiment ce qui est important [...] je préfère enlever les statines pour recentrer sur les médicaments indispensables » [**M6**] ; « sur ce genre de produits, l'observance n'est pas forcément bonne » [**M12**] ; «- qu'est-ce qui pourrait vous inciter à les poursuivre ? - un traitement qui est bien pris » [**M3**].

4) Le médicament

En ce qui concerne le médicament lui-même, les médecins sont quasiment tous sensibles à la tolérance. Par contre, ils sont peu à évoquer les effets pléiotropes. Il n'y a pas de profil-type particulier de médecin qui se dégage ici.

1. La tolérance

La tolérance, en général, est une préoccupation majeure des médecins puisqu'ils arrêtent volontiers les statines en cas d'intolérance : « crampes [...] anomalies hépatiques sur le bilan, moi j'arrête je ne me pose pas de questions » avec un air déterminé [**M3**] ;

« problème de tolérance, quel qu'il soit, ça j'arrête bien sûr ! » [M9]. Ils ne les continuent qu'en cas de bonne tolérance : « surtout qui tolère bien », « jamais eu de soucis » [M1] ; « si c'est très bien toléré » [M3] ; « s'il y a eu un traitement avant 80 ans qui était en place, qui était bien toléré, je le maintiens », « si, au niveau tolérance, je n'ai aucun soucis de tolérance, je maintiens » [M9]. Cette préoccupation est également retrouvée dans les entretiens de M5 et M11.

La tolérance est évaluée avant tout sur des critères cliniques, avec comme objectif de ne pas retentir sur l'autonomie du patient, sur sa mobilité : « la tolérance surtout et puis pas essayer de traiter coûte que coûte si on a une dégradation de la qualité de vie à cause de la statine et de ses effets secondaires » [M11] ; « les myalgies, même non validées par des CPK élevées [...] de douleurs musculaires, d'une gêne à la mobilisation », « j'ai pas envie d'être délétère sur l'autonomie du patient », « si elle est moins tolérée, mal tolérée, c'est plus grave » [M13] ; « effets indésirables qui sont quand même notables », « dès qu'ils me disent les histoires de crampes » [M12] ; « sauf si c'est mal toléré » [M4]. M8 et M10 ont également le même discours.

M4 soulève cependant une problématique importante : la difficulté pour une personne présentant des troubles cognitifs de rapporter des effets secondaires « chez la personne âgée quand ils ont des troubles cognitifs, c'est pas toujours clair si les effets secondaires qui pourraient être liés à la statine en particulier ». C'est d'ailleurs le seul médecin à parler spontanément de la tolérance dès le début de l'entretien. M8 évoque, lui, la difficulté d'attribuer les douleurs à la statine, en particulier lors de polymédication : « quand les gens sont polymédicamentés, c'est pas toujours très facile ; donc on peut être amené à faire des fenêtres thérapeutiques pour voir ce qui se passe ».

L'intolérance est également dépistée par la surveillance biologique : « le bilan hépatique était perturbé [...] on a discuté l'intérêt [...] on l'a arrêtée » [M6].

Pour M1, l'intolérance reste primordiale « des effets secondaires qui font qu'on est obligé de limiter », « dès lors que c'est pas très bien toléré, c'est plus facile à enlever », « quelque chose dont il faut être très vigilant » mais son discours se révèle ambivalent car la peur de l'accident vasculaire au décours de l'arrêt le freine : « [un patient] avec une artérite, qui a déjà été ponté, qui a eu des stents, je ne m'amuserais pas à lui enlever sa statine à bout de course, sauf s'il la tolérerait mal, et encore j'en discuterais avec le cardiologue ».

Il s'agit d'un déterminant plus nuancé pour certains médecins. Pour **M7**, l'intolérance survient surtout à l'instauration, donc en général avant 80 ans : « *plus ça que la tolérance ou les effets indésirables car ils sont survenus avant* ». **M9**, lui, contourne l'intolérance en changeant de molécule au sein de la classe thérapeutique « *souvent quand on change de famille, si on passe d'un Tahor® à un Crestor® ou à un autre produit en restant dans la famille des statines, comme par hasard, souvent on voit les effets secondaires disparaître* ». **M14** pondère son commentaire par « *éventuellement* » : « *- Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous font arrêter les statines ? – Les douleurs musculaires, éventuellement.* »

2. Les bénéfices du traitement

Au-delà du rôle des statines en prévention primaire ou secondaire, certains des médecins leur attribuent des bénéfices importants, qui entrent en jeu dans la balance bénéfice/risque du traitement :

- diminution de la morbi-mortalité : « *on gagne +10% je crois sur l'espérance de vie* » [M1] ; « *ça apportait des choses en terme de qualité de vie ou de durée de vie* » [M2] ; « *c'est un facteur peut-être de bien-être dans les 10 ans à venir, peut-être* » [M12].
- effets pléiotropes : « *efficacité immédiate des statines avec un effet anti-oxydant ou je ne sais pas trop quoi* » [M3] ; « *non pas pour son rôle hypocholestérolémiant mais plus pour son action sur la plaque* » [M13].

Seule **M13**, évoque cet aspect d'emblée. On ne retrouve pas de profil particulier chez les différents médecins.

5) Les freins à l'arrêt

Les médecins abordent aussi des situations dans lesquelles ils aimeraient déprescrire, mais ne le font pas pour différentes raisons.

1. Peur de la part du patient

Deux médecins prennent en compte ce qu'ils perçoivent des représentations du patient concernant son traitement : « *a très peur qu'on lui retire, bah je ne vais pas lui enlever de force non plus* », « *la représentation qu'ils ont par rapport à ça [...] ils ont très peur qu'on leur enlève la statine parce qu'ils ont eu dans leur famille des cas d'infarctus, je ne vais pas leur enlever de force* » [M1] ; « *des gens qui ne vivent pas bien l'arrêt [...] parce qu'ils se disent qu'ils sont fichus* » [M3].

2. Peur de l'accident de la part du médecin

La préoccupation peut aussi venir du médecin : l'arrêt de la statine est considéré comme plus risqué que sa poursuite. Pour M1 et M9, la peur de l'accident vasculaire peut parfois prendre le dessus : « *je crois qu'on s'en voudrait de le retirer et qu'il se passe quelque chose un mois après* » [M1] ; « *on se rassure quelque part en les protégeant en faisant baisser leur cholestérol* », « *pas envie de prendre le risque d'arrêter et d'avoir un pépin* », « *je maintiens pour protéger et pas prendre de risque* » [M9].

3. Avis du spécialiste

Le médecin n'est pas seul décisionnaire et partage parfois la prescription avec d'autres interlocuteurs. Ses confrères spécialistes d'organes sont d'ailleurs souvent les initiateurs des traitements par statines, en particulier en prévention secondaire. En cas d'opinions divergentes, le médecin généraliste éprouve des difficultés à imposer ses pratiques. C'est le cas ici pour 3 médecins : « *Globalement, je pense que je les ai toutes arrêtées... (Rires)... après 80 ans, j'ai pas de...non, après j'ai une patiente qui faisait régulièrement des aller-retours au CHU et qui revenait systématiquement avec son ordonnance de Tahor® 80mg. J'ai arrêté de me battre [...] elle comprenait pas* » [M3] ; « *il en a essayé 6 ou 7...à chaque fois avec une tolérance médiocre et puis surtout une cytolyse hépatique majeure à chaque fois. J'ai eu du mal à les arrêter par rapport aux cardiologues* » [M11] ; « *je ne m'amuserais pas à lui enlever sa statine à bout de course, sauf s'il la tolérerait mal, et encore j'en discuterais avec le cardiologue* » [M1].

4. Difficultés pour justifier l'arrêt

Parfois, la poursuite de la statine tient à des difficultés de transmission de l'information. Le médecin aimerait l'arrêter en théorie, mais la laisse quand même.

Pour deux médecins, l'arrêt de la statine en cas de prévention primaire modérée est une préoccupation importante en théorie mais difficile à appliquer : pour **M2**, c'est le dossier incomplet qui peut faire défaut « *arrêt si c'est de la prévention primaire* », mais « *encore faut-il que je me rappelle bien de l'indication* » et pour **M7** c'est la difficulté à expliquer au patient « *ah non, prévention primaire, là...en principe, ils ne devraient plus en avoir, déjà !* » mais ce médecin nous dit aussi un peu plus loin « *Leur expliquer qu'il faut l'enlever, c'est pas toujours simple, quoi. Mais, je le fais plus rarement, ça, leur enlever* ».

Ce sont deux médecins ayant une faible activité gériatrique qui expriment cette difficulté.

3- Profils de prescripteurs

L'analyse longitudinale et transversale des entretiens permet de mettre en évidence différents profils de prescripteurs.

M5 ne prescrit pas en prévention primaire à haut risque cardio-vasculaire : « *si on reste dans la prévention pure [...] strictement rien eu comme pathologie, c'est de la prévention primaire encore, bon bah, on va peut-être calmer le jeu* ». **M5** et **M8** ne vont pas non plus prescrire en cas de démence, dès le diagnostic pour **M8** « *un état démentiel [...] ça n'a pas d'intérêt, on l'arrête* », « *dès le diagnostic* » ou en cas de démence installée pour **M5** « *- Est-ce que les autres pathologies vont jouer sur la présence ou pas de statines ? - Je pense aux démences* ». **M8** va déprescrire en cas d'ordonnance longue : « *l'objectif c'est de donner le moins de médicaments possibles ; enfin, moi c'est mon objectif* ». **M5** profite d'événements intercurrents pour déprescrire.

Ces deux médecins se renseignent également sur les médicaments et connaissent le faible niveau de preuves des études : « *j'ai rien vu de récent sur la prescription ou pas... au-delà de 80 ans ; j'ai plus lu des choses sur la déprescription et l'intérêt de diminuer... la...*

l'addition chimique... la... l'ordonnance » M5 ; « scientifiquement, je crois qu'il y a pas d'étude de faite chez les gens au-delà de... alors je sais pas exactement... 75-80 ans » M8.

M5 et **M8** sont de petits prescripteurs : leur prescription est modérée et ils se tiennent au courant des dernières études. Ils tiennent compte de la polymédication pour déprescrire ou sinon recherchent une autre occasion pour le faire.

Parmi ceux qui ne parlent pas de polymédication, on retrouve ceux qui ont le plus d'arguments pour prescrire les statines. Tout d'abord, en prévention primaire à haut risque cardio-vasculaire, **M4** et **M9** l'évoquent spontanément : « *prévention primaire si le chiffre était quand même effectivement bien augmenté par rapport aux facteurs de risque* » [**M4**], « - *Par contre, si la personne a un traitement, je le maintiens. - Que ça soit en prévention primaire ou secondaire ? – oui* » [**M9**]. **M1** l'évoque également : « *une personne qui n'a pas fait d'événements mais qui a de gros facteurs de risque* ». **M9** poursuit également les statines en prévention primaire modérée : « *Par contre, si la personne a un traitement, je le maintiens* ». En cas de LDL élevé, **M4** et **M9** peuvent prescrire des statines après 80 ans : **M4** « *en prévention primaire si le chiffre était quand même effectivement bien augmenté par rapport aux facteurs de risque* » et **M9** « *sauf vraiment un cholestérol à des 3, 4, 5 grammes* ». Enfin, l'intolérance peut être contournée pour **M9** : « *souvent quand on change de famille, si on passe d'un Tahor® à un Crestor® ou à un autre produit en restant dans la famille des statines, comme par hasard, souvent on voit les effets secondaires disparaître* ».

C'est pour ces médecins que l'on retrouve la notion de peur de l'accident au décours de l'arrêt, que ce soit de la part du patient (« *a très peur qu'on lui retire, bah je ne vais pas lui enlever de force non plus* », « *la représentation qu'ils ont par rapport à ça [...] ils ont très peur qu'on leur enlève la statine parce qu'ils ont eu dans leur famille des cas d'infarctus, je ne vais pas leur enlever de force* » [**M1**]) ou du médecin lui-même (« *je crois qu'on s'en voudrait de le retirer et qu'il se passe quelque chose un mois après* » [**M1**] ; « *on se rassure quelque part en les protégeant en faisant baisser leur cholestérol* », « *pas envie de prendre le risque d'arrêter et d'avoir un pépin* », « *je maintiens pour protéger et pas prendre de risque* » [**M9**]).

Enfin, ce sont ces médecins qui invoquent l'avis du spécialiste comme déterminant pour poursuivre les statines : « *il en a essayé 6 ou 7...à chaque fois avec une tolérance médiocre et puis surtout une cytolyse hépatique majeure à chaque fois. J'ai eu du mal à les arrêter par rapport aux cardiologues* » [M11] ; « *je ne m'amuserais pas à lui enlever sa statine à bout de course, sauf s'il la tolérerait mal, et encore j'en discuterais avec le cardiologue* » [M1].

M1, M4, M9 et **M11** sont de plus gros prescripteurs : ils ont une vision très positive des médicaments en général et prescrivent largement les statines. Ils suivent facilement l'avis du spécialiste. Ils sont moins attentifs à la pharmacovigilance et ne parlent pas de polymédication. Ce sont ces médecins qui décrivent des freins à la déprescription : peur du patient ou du médecin, relation avec les spécialistes d'organes.

DISCUSSION

Ce travail s'intéresse à décrire, pour la première fois, ce qui est fait en matière de prescription de statines après 80 ans, par les médecins généralistes, principaux acteurs médicaux auprès des personnes âgées. L'utilisation des statines chez la personne âgée fait partie de la pratique médicale courante des médecins généralistes. Il s'agit d'une problématique de soins primaires. Pourtant, peu d'études cliniques valides existent à ce jour dans cette population, notamment concernant l'effet des statines sur la morbi-mortalité après 80 ans. La recherche bibliographique n'a pas retrouvé de précédents travaux portant sur les logiques de prescription et de déprescription des statines.

Le choix d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs a permis de recueillir l'opinion des généralistes et de comprendre leurs logiques de prescription concernant les statines chez les patients de plus de 80 ans. Nous avons également pu dégager deux profils de prescripteurs parmi les médecins interrogés. Comme toute étude qualitative, ce travail brosse un tableau des pratiques, sans aboutir à une généralisation et une classification des arguments d'un point de vue statistique. Le but était de recueillir l'ensemble des stratégies adoptées par les médecins, en recherchant une variation maximale parmi les répondants. Un échantillonnage aléatoire simple des médecins sur les pages jaunes a permis d'obtenir cette diversité. Les médecins étaient tous inconnus de l'investigatrice pour rester le plus neutre possible.

Le recueil des données a pu être influencé par le manque d'expérience de l'investigatrice en matière d'entretiens et de recherche qualitative. L'attitude de l'investigatrice et le cadrage du discours pouvaient légèrement varier d'un entretien à l'autre. Ce biais d'investigation est difficilement maîtrisable. Le fait que les entretiens soient enregistrés a pu modifier le discours des médecins. Il n'y a cependant pas eu de nouvelles données énoncées après arrêt de l'enregistrement. En ce qui concerne le contenu même des entretiens, certains thèmes sont apparus grâce aux relances uniquement. Pour limiter ce biais, les relances ont été les plus ouvertes possibles. Des caractéristiques supplémentaires auraient pu être recherchées lors des entretiens : exercice médical annexe, nature de la formation médicale continue (abonnements à des revues, congrès...), liens avec les laboratoires

pharmaceutiques, surveillance paraclinique du traitement par statine. Les entretiens semi-directifs auraient cependant perdu en spontanéité avec ces questions fermées et précises.

La plupart des résultats de l'étude sont en accord avec les données de la littérature. L'indication, l'évaluation de l'état général et la tolérance sont les préoccupations principales des médecins généralistes, dans l'évaluation du traitement par statines de leurs patients de plus de 80 ans. Ces préoccupations sont en accord avec les recommandations de l'AFSSAPS de 2005 (12) sur le sujet.

Les médecins poursuivent les statines en prévention primaire en cas de cumul de facteurs de risque, si la tolérance est bonne, et lorsque la personne garde un bon état général. Cette attitude est conforme aux recommandations de l'AFSSAPS. Ils ne les initient généralement pas en prévention primaire. Les recommandations sont claires sur ce point, et précisent que « l'initiation n'est pas recommandée après 80 ans, en prévention primaire » (12). Une minorité de médecins peut toutefois instaurer une statine en prévention primaire, en cas de LDL élevé ou d'apparition de nouveaux facteurs de risque, s'éloignant de ces recommandations.

En prévention secondaire, les médecins poursuivent fréquemment les statines déjà initiées. Ils les instaurent en cas de premier accident cardio-vasculaire. Le bon état général reste une condition *sine qua non* pour une prescription de statines chez les patients âgés en prévention secondaire, comme le précisent les recommandations.

L'état général est jugé de façon subjective par les médecins, mais ils ont globalement la même vision de cette évaluation. Ils retiennent comme critère de poursuite des statines l'autonomie, totale pour certains ou avec aides pour d'autres, à domicile en tout cas pour la plupart. La possibilité de communiquer est également décisive. D'autres attendent une vie sociale active et épanouie. En ce qui concerne la déprescription, l'altération de l'état général est un critère important mais on retrouve deux approches différentes. Pour certains, l'âge avancé est un réel facteur de prise de décision, alors que pour d'autres l'arrêt se fait selon l'âge physiologique, quand la personne est grabataire. On rejoint les recommandations qui précisent que l'absence de comorbidités est nécessaire pour poursuivre le traitement et que l'évaluation doit se faire au cas par cas. Le flou des recommandations laisse donc place au libre arbitre du médecin.

L'espérance de vie entre également en compte pour l'utilisation des statines après 80 ans. Certains estiment que le traitement doit être déprescrit uniquement en cas d'espérance de vie inférieure à quelques mois, tandis que pour la plupart des médecins, un certain nombre d'années est nécessaire pour le poursuivre. Les recommandations suggèrent de rediscuter l'indication du traitement par statines en cas d'espérance de vie inférieure à deux ans. Pour la plupart des médecins, ces recommandations sont inconnues ou inexistantes. L'estimation des médecins concernant l'espérance de vie nécessaire pour tirer bénéfice des statines est donc personnelle.

La mauvaise tolérance est un facteur de déprescription pour la plupart des médecins, mais ils la considèrent comme peu fréquente. Dans la littérature, des plaintes musculaires en relation avec la prise de statines sont décrites chez 5 à 10% des patients, causes fréquentes de l'arrêt du traitement (41). Une étude observationnelle de 2005, chez des patients traités par statines à hautes doses, retrouve une limitation des efforts modérés de la vie quotidienne chez 38% des patients. Trente-neuf pour cent des patients ont utilisé des antalgiques en lien avec leurs douleurs musculaires. Quatre pour cent des patients ont même été incapables de travailler et ont dû rester alités (42). Pour les médecins interrogés, l'intolérance n'est pas plus fréquente chez la personne âgée par rapport aux patients plus jeunes. L'âge supérieur à 80 ans est cependant un facteur de risque reconnu d'atteinte musculaire (41). Les généralistes relativisent peut-être plus la douleur chronique chez la personne âgée, afin de prioriser les décompensations aiguës d'organes. De plus, mettre en évidence la mauvaise tolérance du traitement n'est pas toujours aisé. Ainsi, quand les troubles cognitifs prennent le dessus, les difficultés de communication et les troubles mnésiques peuvent faire disparaître la plainte algique. Le retentissement peut, lui, être bien réel avec une atteinte « iatrogène » de l'autonomie qui passe inaperçue. C'est pourquoi certains médecins préfèrent déprescrire lors de troubles cognitifs, même débutants, pour ne pas méconnaître ce risque. Il en est de même lors de la polymédication. Les différents effets indésirables se cumulent et se chevauchent et il est parfois bien difficile d'attribuer tel effet à tel médicament. Affirmer la bonne tolérance de la statine est alors délicat. La réalisation de fenêtres thérapeutiques peut permettre de réévaluer la tolérance des différents médicaments.

Les généralistes interrogés se préoccupent essentiellement de l'intolérance clinique, n'évoquant quasiment pas la perturbation isolée du bilan hépatique ou des CPK. Pourtant, d'après les recommandations (12), une cytolyse asymptomatique doit être recherchée, notamment dans la première année suivant l'instauration, puis une fois par an. Les CPK

doivent être dosées avant l'instauration du traitement chez les personnes âgées puis en cas de situations à risque de rhabdomyolyse (chutes notamment). La vigilance des médecins diminue peut-être du fait de l'instauration souvent ancienne des statines.

Les facteurs de déprescription mis en évidence dans ce travail sont donc l'absence d'indication, l'altération de l'état général, l'espérance de vie réduite et l'intolérance. D'autres travaux, effectués sur la déprescription en général, retrouvent certains de ces déterminants. Sylvain Blesses a réalisé en 2012 une enquête descriptive sur la déprescription, via des questionnaires distribués aux médecins généralistes (33). L'objectif était de décrire les déterminants et freins à la déprescription par les médecins généralistes. Les principaux déterminants de déprescription retrouvés étaient l'intolérance au traitement, la guérison ou modification de la maladie et l'inobservance. Le principal frein était le patient lui-même. Emilie Boisdin a également effectué une enquête descriptive, via des questionnaires, afin d'observer la pratique de déprescription, chez les médecins généralistes, sur 3 jours (31). Dans son travail, les critères de déprescription retrouvés étaient l'indication absente ou disparue, la polymédication et les effets indésirables. Le principal frein était le refus du patient.

Ce sont donc probablement des logiques usuelles en matière de prescription ou de déprescription qui guident les médecins, en ce qui concerne la prescription des statines.

Cependant d'autres notions apparaissent dans ce travail. Dans l'étude de Sylvain Blesses (33), les interactions médicamenteuses étaient à l'origine de déprescription pour 80% des médecins interrogés et l'inobservance l'était à 66%, alors que ces deux thèmes sont peu abordés spontanément par les médecins dans la nôtre.

Peu de médecins parlent des interactions médicamenteuses, que ce soit spontanément ou au fil des relances, et même juste après une formation sur le sujet. Les statines n'en sont pourtant pas exemptes (43). Elles sont, de plus, fréquemment prescrites dans des situations à risque accru d'interactions : polymédication, personnes âgées, insuffisance rénale et hépatique (44). Cette faible prise en compte peut être la conséquence d'une formation initiale et continue faible en pharmacologie et en thérapeutique. La formation est également inégale entre les universités (44), et mériterait sans doute d'être renforcée. Une meilleure

collaboration avec les pharmaciens d'officine permettrait également de réduire ces interactions.

Une minorité de généralistes déprescrit les statines en cas d'ordonnance longue ou lors de l'introduction de nouveaux médicaments. Pour ces médecins, le but est d'éviter les interactions et de recentrer sur les médicaments importants. En effet, l'observance diminue rapidement avec le nombre de médicaments pris (8). Une autre problématique soulevée par quelques médecins, dans notre étude, est l'observance faible des traitements chroniques pour les maladies asymptomatiques. Les statines en font partie. Une étude de cohorte retrouve des taux d'observance bas pour cette classe, chez des patients de 66 ans et plus, avec un suivi de deux ans après l'instauration. Elle était de 40% dans les suites d'un infarctus, de 36% en cas de pathologie coronarienne chronique et de 25% en prévention primaire (45).

Contre toute attente, les médecins qui abordent les interactions médicamenteuses et la polymédication sont ceux qui ont une faible activité gériatrique. Ce sont uniquement des femmes. Il y a parmi eux des médecins jeunes et d'autres plus âgés, des médecins ayant suivi des formations gériatriques et d'autres non. Il peut cependant exister d'autres facteurs de confusion qui interviendraient dans ce résultat.

Les patients de 80 ans achètent environ deux fois plus de boîtes de médicaments par an qu'à 30 ans (3). Les médecins ayant une moindre activité gériatrique ont donc l'expérience d'ordonnances en moyenne plus courtes. Cette habitude les pousse peut-être davantage à la réflexion devant une ordonnance longue, où les interactions apparaissent nécessairement. Sylvain Blesses a décrit un profil de déprescripteur type : le médecin qui exerce depuis plus de 30 ans, en milieu rural et qui effectue moins de 120 actes par semaine. Mais, il n'y avait pas de corrélation faite avec l'activité gériatrique.

Cette hypothèse serait intéressante à explorer par une étude concernant la déprescription chez les patients polymédiqués, en fonction des classes d'âge de patients suivis par le médecin généraliste.

Pour les médecins interrogés, la déprescription est vue comme un acte volontaire, par opposition à la poursuite du traitement par habitude ou par défaut. Ils évoquent la nécessité d'un événement intercurrent pour déprescrire une statine. Plusieurs exemples sont décrits : mauvaise tolérance, interaction médicamenteuse, changement de lieu de vie ou de médecin traitant avec révision de l'ordonnance, nouvelle pathologie... Cette inertie a également été

retrouvée dans le travail de Sylvain Blesses, où 55% des médecins interrogés attendaient une occasion pour déprescrire (33). Cette inertie à la révision de l'ordonnance peut se rapprocher de la notion d'inertie thérapeutique. Celle-ci se définit par un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est correctement posé (46).

En gériatrie, la prescription médicamenteuse inappropriée peut être considérée comme une forme d'inertie thérapeutique. Elle est malheureusement fréquente, puisque 40% des patients de plus de 65 ans, vivant à domicile, ont au moins un traitement potentiellement inapproprié (47). Selon les auteurs d'un article de la Revue Médicale Suisse (48), les causes d'inertie thérapeutique en gériatrie sont, en partie, liées au système de soins : absence d'études randomisées contrôlées sur cette population spécifique et absence de recommandations. Elles sont également liées au médecin : la gestion de la décompensation aiguë est priorisée aux dépens de la révision de l'ordonnance. Les dernières études et recommandations ne sont pas toujours connues des médecins. Enfin, elles peuvent être liées au patient lui-même. Il a sa propre perception de la déprescription et peut être un frein au changement thérapeutique. Pour Marine Guilluy (32), le patient peut craindre avant tout la réapparition de la maladie à l'arrêt d'un traitement, comme une sanction, et les efforts à adopter au niveau du mode de vie. Il peut également appréhender le syndrome de sevrage et la perte de la relation privilégiée qu'il entretient avec son médecin, de façon concomitante à la disparition des médicaments sur l'ordonnance.

Ces concepts sont parfaitement applicables à l'utilisation des statines après 80 ans, étudiée dans notre travail : il n'y a pas d'études randomisées contrôlées sur cette population. Les recommandations sont floues et mal connues des médecins. Enfin, les représentations des patients et des médecins concernant les statines influencent la prescription médicamenteuse.

Ainsi, même lorsque le médecin lutte contre l'inertie thérapeutique et souhaite déprescrire, certains facteurs l'en empêchent. Les médecins prennent en compte ce qu'ils perçoivent des représentations du patient concernant son traitement : ils peuvent penser que le patient ne voudra pas arrêter le traitement, se sentant encore en pleine forme, et ne déprescrivent pas. En effet, les statines sont souvent présentées à leur instauration comme un traitement au long cours, « à vie ». L'AFSSAPS le présente comme tel dans ses recommandations : « Le traitement hypocholestérolémiant est un traitement au long cours. Il ne doit pas être interrompu, même si l'objectif thérapeutique est atteint » (12). La

déprescription pourrait signifier que la mort est proche. Le patient croit que le médicament poursuivi est toujours important et donc à continuer coûte que coûte, et ne veut pas qu'on lui retire. Il peut alors manifester une réelle opposition.

Un autre frein à la déprescription est évoqué dans cette étude : l'avis contraire du spécialiste d'organe. Pour beaucoup de médecins, sa « supériorité hiérarchique » le rend légitime décisionnaire. Une statine pourra ne pas être instaurée chez la personne âgée, par le généraliste lui-même, mais sera plus difficilement déprescrite après l'avis divergent d'un confrère. Ce sentiment d'infériorité, exprimé par les médecins généralistes, a été retrouvé dans le travail de Thibaut Aniel (49).

Quelques médecins soulignent d'autres freins à la déprescription : les statines peuvent être poursuivies par manque d'information dans le dossier médical, malgré une absence d'indication réelle. C'est donc la tenue du dossier qui est ici mise en défaut. La traçabilité des informations du dossier médical est une notion importante en médecine générale. Elle fait partie des obligations formulées dans le Code de déontologie et fait l'objet de recommandations de l'ANAES (50). La difficulté pour justifier l'arrêt de la statine auprès du patient peut également empêcher la déprescription. Un paradoxe est fréquemment observé en médecine : alors que les médecins pensent s'être exprimés clairement et largement, les patients se sentent souvent insuffisamment informés (51). Ce décalage constitue une entrave à la relation et à la déprescription.

Certains médecins, enfin, ont une vision très positive des statines, et n'hésitent pas à mettre en avant leurs effets pléiotropes, au point d'en freiner leur déprescription. Une statine qui aurait pu être déprescrite par manque d'indication va donc être poursuivie pour ses effets pléiotropes. Par exemple, en ce qui concerne la démence, l'attitude des médecins n'est pas unanime. La majorité préfère les arrêter, non pas à cause de la démence en elle-même, mais à cause de l'altération de l'état général du patient. Certains préfèrent continuer les statines en espérant ralentir la part vasculaire fréquemment présente, ou bénéficier d'un éventuel effet pléiotrope de la molécule. Les études sont cependant encore débutantes (52). Des données expérimentales et épidémiologiques récentes suggèrent qu'il pourrait y avoir un lien entre la maladie d'Alzheimer et le métabolisme du cholestérol. Les statines pourraient ralentir la démence en agissant sur la fonction endothéliale et l'inflammation (18). Les recherches sur cette classe médicamenteuse sont nombreuses, abordant des sujets divers, de la réduction du

cancer colo-rectal à l'ostéoporose (18). Ces différents travaux placent ainsi un espoir important dans cette classe thérapeutique.

Même si les logiques de prescription et de déprescription des statines rejoignent les logiques usuelles en matière de thérapeutique, ce travail met donc en évidence certaines particularités. Contrairement au travail de Sylvain Blesses, les interactions médicamenteuses, la longueur de l'ordonnance et l'observance sont peu pris en compte par les médecins. De nombreux freins viennent également perturber la réflexion et la révision de l'ordonnance. Ces différences pourraient être expliquées par la méthodologie : entretiens semi-directifs plutôt que questionnaires à choix multiples pour Sylvain Blesses. Le discours est moins cadré lors d'entretiens semi-directifs, ce qui permet d'obtenir plus justement l'opinion des médecins. La classe thérapeutique elle-même des statines joue peut-être également un rôle, classe pour laquelle des espoirs prometteurs de diminution de la morbi-mortalité sont permis. Il serait intéressant d'effectuer une étude sur la vision des statines par les médecins, à confronter avec leurs représentations globales sur les médicaments et l'industrie pharmaceutique.

Ce travail a, par ailleurs, permis de dégager deux profils de prescripteurs, en ce qui concerne l'utilisation des statines : les petits et gros prescripteurs. On peut rapprocher ce résultat de la description de profils de prescripteurs par Anne Vega en 2012 (53, 54).

Les « petits » prescripteurs, minoritaires, ont connaissance de l'importance des conditions de vie des patients et médicalisent moins les problèmes psycho-sociaux et bénins. Ils ont intégré les limites du réflexe « symptôme/ordonnance ». Leurs prescriptions sont donc plus modérées. Ils ont pris de la distance par rapport aux firmes pharmaceutiques, s'efforcent de chercher des informations indépendantes et récentes et préfèrent utiliser les médicaments plus anciens, mieux connus et moins coûteux. Ils prennent le temps de déprescrire les médicaments inappropriés, y compris lorsqu'ils ont été initiés par leurs confrères, spécialistes d'organes.

Dans notre étude, deux médecins prescrivent moins de statines que les autres. Ils se tiennent au courant des dernières études et prennent en compte la polymédication pour déprescrire. Ils profitent également des événements intercurrents pour réviser l'ordonnance et arrêter les statines.

La majorité des médecins a une vision positive des médicaments, considérant que l'arsenal thérapeutique est en progression constante. Les médecins prescrivent dans le cadre de la prévention et sous-estiment la iatrogénie. Ils ne remettent pas en question la légitimité de la prescription lorsqu'elle vient d'un confrère, *a fortiori* d'un confrère spécialiste d'organe. Dans notre étude, la majorité des médecins prescrit dans le cadre de la prévention. Ils ne tiennent pas souvent compte des interactions médicamenteuses. L'avis divergent du spécialiste d'organe est évoqué comme frein à la déprescription.

Les « gros » prescripteurs, peu nombreux, ont une activité proche du commerce mais sans être forcément conscients qu'ils prescrivent beaucoup. Ils passent beaucoup de temps à jongler avec la iatrogénie et les interactions. Ils surprescrivent pour faire du chiffre mais surtout pour se protéger de la survenue d'accidents, qu'ils ont connus avec certains patients et dont ils gardent une mauvaise expérience. Dans notre travail, quelques médecins évoquent leur inquiétude quant à la survenue d'accidents cardio-vasculaires au décours de l'arrêt des statines, ce qui les incite à les poursuivre.

Cette similitude dans les profils de médecins rencontrés par Anne Véga et dans ceux de notre étude permet de supposer que l'utilisation des statines, après 80 ans, serait largement influencée par le profil du médecin, qui évolue lui-même au fil de sa carrière (55).

Ainsi, la logique de prescription ou déprescription des statines, lors d'une consultation, est déterminée par plusieurs aspects. On peut rapprocher cette réflexion du modèle de décision clinique selon l'EBM. L'*evidence based medicine* correspond à « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient » (56). Certains facteurs décisionnels sont liés au profil du médecin : type de prescripteur, connaissances, représentations propres. D'autres paramètres, que le médecin s'efforce d'intégrer, sont liés au patient : comorbidités, état général, tolérance, souhait du patient. Enfin, on retrouve les données de la science qui ont un poids important dans la démarche décisionnelle du médecin. Pour répondre pleinement au modèle de l'EBM, des données scientifiques de bon niveau de preuve font encore défaut chez les personnes âgées.

Il est crucial que de nouvelles études de morbi-mortalité sur les statines soient entreprises spécifiquement chez les personnes âgées de plus de 80 ans pour enfin trancher sur le rapport bénéfice/risque.

En attendant ces études, il serait intéressant de confronter l'opinion des médecins généralistes à celle des spécialistes directement concernés, gériatres, cardiologues, neurologues, afin de faire une véritable évaluation des pratiques.

REFERENCES

1. Haute Autorité de Santé. Comparaisons européennes. Paris : HAS; 2005.
2. Vionnet Fuasset J. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale [Mémoire de gérontologie]. Paris:Université Paris 6; 2005. 21 p.
3. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Paris : HAS; 2005.
4. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Gerontol Soc. 2002;(103):13-27.
5. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gerontol Soc. 2002;(103):93-93.
6. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Paris : AFSSAPS; 2005.
7. Szadkowska I, Stanczyk A, Aronow W, Kowalski J, Pawlicki L, Ahmed A, et al. Statin therapy in the elderly: A review. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50(1):114-8.
8. Lepoutre B, Cotassou E, Philippe Z. Renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée. Le syndrome de la 5e ligne. Médecine. 2008;4(9):411-5.
9. Imbs JL. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse. Rev Praticien. 2008;58(20):2183-7.
10. Letonturier P. La prise en charge médicale des sujets âgés. Presse Med. 2008;37(1):65-7.
11. Lapierre F. Réalité de la prescription des hypolipémiants chez les personnes âgées de plus de 80 ans [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Nancy:Université de Nancy; 2008.
12. AFSSAPS. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Paris : AFSSAPS; 2005.
13. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Programme National nutrition Santé - Les grandes lignes du rapport. Paris : Haut Comité de Santé Publique; 2010.
14. Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. Paris : HAS; 2010.
15. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010;376(9753):1670-81.
16. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I et al. Prevention of Coronary Heart Disease with Pravastatin in Men with Hypercholesterolemia. N Engl J Med. 1995;333(20):1301-8.

17. Heart Protection Study Collaborative Group. Randomized trial of the effects of cholesterol-lowering with simvastatin on peripheral vascular and other major vascular outcomes in 20,536 people with peripheral arterial disease and other high-risk conditions. *J Vasc Surg.* 2007;45(4):645-54.
18. Scheen AJ, Sadzot B. Quelles indications pour les statines hormis le traitement de l'hypercholestérolémie ? *Rev Med Suisse.* 2005;(30).
19. Cramer C, Haan MN, Galea S, Langa KM, Kalbfleisch JD. Use of statins and incidence of dementia and cognitive impairment without dementia in a cohort study. *Neurology.* 2008;71(5):344-50.
20. Haag MDM, Hofman A, Koudstaal PJ, Stricker BHC, Breteler MMB. Statins are associated with a reduced risk of Alzheimer disease regardless of lipophilicity. The Rotterdam Study. *J Neurol Neurosur Ps.* 2009;80(1):13-7.
21. Kulberthus H, Scheen AJ. L'étude clinique du mois : l'étude PROSPER (PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk). *Rev Med Liège.* 2002;57(12):809-13.
22. Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet.* 1995;346(8966):32-6.
23. Aronow WS, Ahn C. Incidence of new coronary events in older persons with prior myocardial infarction and serum low-density lipoprotein cholesterol ≥ 125 mg/dl treated with statins versus no lipid-lowering drug. *Am J Cardiol.* 2002;89(1):67-9.
24. Aronow WS, Ahn C, Gutstein H. Incidence of new atherothrombotic brain infarction in older persons with prior myocardial infarction and serum low-density lipoprotein cholesterol ≥ 125 mg/dl treated with statins versus no lipid-lowering drug. *J Gerontol.* 2002;57(5):333-5.
25. Gränsbo K, Melander O, Wallentin L, Lindbäck J, Stenestrand U, Carlsson J, et al. Cardiovascular and Cancer Mortality in Very Elderly Post-Myocardial Infarction Patients Receiving Statin Treatment.. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55(13):1362-9.
26. Bouvenot G, Villani P. Apport des essais pré-AMM à la connaissance du risque iatrogène chez la personne âgée. *Thérapie.* 2004;233-6.
27. Even P. Guide des 4000 médicaments, utiles, inutiles ou dangereux, au service des malades et de praticiens. Paris: Recherche midi; 2012;359-82 p.
28. De Lorgeril M. Quelles complications peut-on craindre lors de l'arrêt d'un traitement par statine ? *Médecine.* 2013;9(10):444-8.
29. Pesty F. Statine en prévention ? Réalités ou marketing ? [En ligne]. *Voix médicales,* 2011 [cité le 20/07/2014]. Disponible à l'URL : <http://www.voixmedicales.fr/2011/07/07/statine-en-prevention-realites-ou-marketing/>
30. Queneau P. La thérapeutique est aussi la science et l'art de « dé-prescrire ». *Presse Med.* 2004;33(9-C1):583-5.

31. Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Rouen: Université de Rouen; 2011
32. Guilluy M. La déprescription: les patients sont-ils prêts? [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Paris: Université de Paris Descartes; 2012
33. Blesses S. La dé-prescription en médecine générale: ses freins et déterminants [Thèse de doctorat d'Université, Médecine] Amiens: Université d'Amiens; 2012
34. Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé? In: Cambier J, rédacteur en chef. Bull Acad Natle Med. Paris; 2007;191(2):271-85.
35. Prescrire. Pour mieux soigner: des médicaments à écarter. Prescrire. 2013;33(352):138-42.
36. Prescrire. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter: bilan 2014. Prescrire. 2014;34(364):137-43.
37. Prescrire. Les Finances de l'Association Mieux Prescrire: bilan de l'exercice 2012-2013. Prescrire. 2014;34(365):164-5.
38. Haute autorité de la santé. Les 2 modes de révision du traitement. Paris: HAS; 2005.
39. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine: La revue du praticien; 2011;43-8.
40. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Paris: ministère des affaires sociales et de la santé; 2011.
41. Brosteaux C, Ruiz J, Buclin T, Kuntzer T, Rodondi N. Statines et effets indésirables musculaires. Rev Med Suisse. 2010;(6):510-7.
42. Bruckert E, Hayem G, Dejager S, Yau C, Bégaud B. Mild to moderate muscular symptoms with high-dosage statin therapy in hyperlipidemic patients--the PRIMO study. Cardiovasc Drug Ther. 2005;19(6):403-14.
43. Bongard V. Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase et interactions médicamenteuses [En ligne]. Bulletin d'Information de Pharmacologie, 2000 juillet; (3)5-6 [cité le 08/09/2014]. Disponible à l'URL: <http://www.bip31.fr/bip/BIP2000,N3,5-6.pdf>.
44. Prescrire. Une démarche pour éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Prescrire. 2013;33(363):12-4.
45. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. JAMA. 2002;288(4):462-7.
46. Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale: causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège. 2010;65(5-6):232-8.

47. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch A et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;60(11):813-9.
48. Samalea Suarez A, Gérard X, Petermans J, Van Hees H. Prescription inappropriée chez la personne âgée : une forme d'inertie thérapeutique ? *Rev Med Liège*. 2010;65(5-6):256-60.
49. Aniel T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Lyon: Université de Lyon; 2008.
50. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. Paris : ANAES; 1996.
51. Société Française de Médecine Générale. Eléments de communication. Paris : SFMG; 2013.
52. Rutishauser J. Effets pléiotropes des statines. *Forum Med Suisse*. 2008;(10):187-90.
53. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : paradoxes et propositions. *Médecine*. 2012;8(5):223-6.
54. Cannasse S. Bien soigner : agir vite en prescrivant ? *Revue du Prat*. 2014;28(916):138-9.
55. Véga A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français [mémoire]. Paris: CERMES CNRS-Inserm-EHES; 2011.
56. Société Française de Médecine Générale. Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM. Paris : SFMG; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 – Le guide d’entretien

Utilisation des statines après 80 ans par les médecins généralistes

Mon travail de thèse s’intéresse à décrire ce qui, en pratique, influe sur l’utilisation des statines après 80 ans. Ce qui m’intéresse est ce qui se rapproche le plus de votre propre pratique.

Est-ce que je peux enregistrer ?

1. Quelle idée globale avez-vous des statines chez les personnes âgées ?

Que pensez-vous des recommandations actuelles ?

2. Qu’est-ce qui vous incite à les poursuivre ?

Un exemple en mémoire de réflexion sur une ordonnance et de choix de poursuite ?

3. Qu’est-ce qui vous incite à les arrêter ?

Un exemple en mémoire de réflexion sur une ordonnance et de déprescription de statine ?

4. L’ordonnance du patient influe-t-elle sur l’utilisation des statines ?

Que pensez-vous de la tolérance des statines ?

Comment les comorbidités peuvent-elles jouer sur la prescription des statines ?

- Nombre d’habitants de la commune
Sexe
Age
- Quel est le ratio approximatif de personnes âgées de plus de 80 ans dans votre patientèle ? intervention en EHPAD ?
- Avez-vous eu en FMC, une information sur les statines chez les personnes âgées ? sur d’autres sujets de gériatrie l’année dernière ?

Annexe 2 – Les verbatims

Entretien n° 1

(29/01/2014) : 14 min

Moi : Mon travail s'intéresse aux statines chez les personnes âgées. Du coup, je voulais savoir en pratique ce qui influençait l'utilisation des statines dans cette population. Ce que je veux savoir, c'est ce qui joue, ce qui vous influence en pratique.

M1 : Ok

Moi : Je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M1 : Comme ça ?

Moi : Oui, comme ça, à première vue. Une idée globale.

M1 : Quelle idée globale ? Heu... à la différence avec des personnes plus jeunes, elles sont rarement instaurées d'emblée chez les personnes âgées sauf... accident particulier... En général, on a plus un travail à les retirer, des effets secondaires qui fait qu'on est obligé de limiter. Chez les personnes âgées, on a souvent le problème d'une prescription qu'ils avaient avant. Je pense notamment en maison de retraite parce que je n'ai pas énormément de personnes âgées dans ma patientèle comme ça de consultation, donc plutôt en maison de retraite, c'est des gens qui arrivent qui ont leurs statines et puis là on voit qu'est-ce qu'on fait. Il faut réévaluer les choses.

Moi : Du coup, qu'est-ce qui pourrait vous inciter à les poursuivre ?

M1 : Poursuivre les statines ? Heu... ça serait plutôt quelqu'un... heu... un coronarien... un coronarien important qui a de gros facteurs de risque et qui a déjà fait des événements et puis surtout qui tolère bien. Une personne qui n'a pas fait d'événements mais qui a de gros facteurs de risque, pour qui il n'y a jamais eu de soucis à prendre sa statine et qui n'a pas du Tahor® 80mg heu... Enfin qui a une posologie raisonnable pour son âge, voilà. Si tout se passe bien, je crois qu'on s'en voudrait de le retirer et puis qu'il se passe quelque chose un mois après (Rires). Par contre, chez les personnes âgées, dès lors que c'est pas très bien toléré ou autre chose, c'est plus facile à enlever.

Moi : Il y a d'autres choses qui vous feraient l'arrêter ? Là, vous disiez si ce n'est pas bien toléré...

M1 : Bah... Des bilans biologiques... Alors. Pour ce qui est des bilans biologiques, c'est vrai qu'après 80 ans, on ne contrôle pas souvent les lipides, sauf justement chez les personnes qui sont sous statines. Si on voit qu'ils sont toujours très bien équilibrés... Ça, ça arrive, même

avec des personnes moins âgées, qui n'ont pas fait d'événements et qui sont en prévention primaire, quand tu vois que leur bilan lipidique est toujours très bien..., alors c'est peut-être brutal d'arrêter d'un seul coup, mais des fois on diminue, on met à mi- dose et puis on attend un petit peu, on voit ce qui se passe.

Moi : Donc chez les personnes âgées sous statines, vous contrôlez le bilan lipidique et si vous n'êtes pas si mal, vous essayez de l'arrêter ?

M1 : Voilà, si on est en prévention primaire, voilà. Après, c'est ce que je te dis, quelqu'un qui a eu un triple pontage je ne vais pas m'amuser à lui changer ou si il a une artérite évoluée je ne vais pas lui retirer.

Moi : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous font enlever les statines ?

M1 : Alors j'ai dit quoi...La mauvaise tolérance... Non je vois pas. C'est surtout ne pas les instaurer. Après c'est vrai que je recherche rarement chez les personnes âgées, quand je fais un bilan annuel, je fais rarement de bilan lipidique en fait. C'est plutôt qu'on ne les instaure pas.

Moi : Et les mauvaises tolérances, c'est clinique ? Biologique ?

M1 : Alors clinique oui j'ai eu, mais pas chez des personnes très âgées, plutôt chez des personnes plus jeunes, avec vraiment des myalgies, et puis biologique avec des hépatites. Pas des tonnes de cas parce que je n'ai pas une grosse patientèle sous statines... Là, j'ai un monsieur maintenant il n'en a plus du tout, ça se passe bien, ses contrôles lipidiques en plus ils sont impeccables. (Rires) Je pense qu'il en avait eu un peu à tort.

Moi : Que pensez-vous des recommandations actuelles ?

M1 : Alors... Les recommandations actuelles... heu... Qu'est-ce que j'en pense ? Heu... Je serais plutôt en accord finalement parce qu'il n'y a pas une grosse divergence, je pense, entre ce que je fais et les recommandations actuelles. Heu... Après, je ne suis pas spécialiste non plus, mais quand je vois des gens qui sortent de cardiologie avec un gros Tahor® 80mg moi je trouve ça... Je ne sais pas... à mon niveau je me dis que c'est peut-être beaucoup. Pour des gens de 80 ans, je me dis est-ce que ça ne va pas être un peu lourd. Après, c'est toujours un peu compliqué les gens qui sont pris en charge à la fois par un spécialiste et par nous, parce que nous si, de notre côté, on dit « bah non votre médicament, on vient de vous poser des stents mais non on laisse tomber ça ! » Les gens vont se dire c'est quoi cette histoire? Non, globalement, je pense que je travaille à peu près comme les statines... heu comme les recommandations. Après, c'est aussi un peu du cas par cas. Quelqu'un qui tolère bien son traitement et qui a très très peur qu'on lui retire, bah je ne vais pas lui enlever de force non plus.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient telle qu'il a quand il arrive dans votre cabinet peut jouer sur le fait de poursuivre ou d'arrêter une statine ?

M1 : Oui, c'est ça. L'ordonnance... et puis surtout la raison pour laquelle ça a été instauré. Après si c'est un patient, moi j'en ai quelques-uns qui étaient suivis par un autre médecin qui a pris sa retraite et que je récupère, d'emblée à la première consultation, on se rencontre, je ne lui dis pas "votre ordonnance ça fait des années que vous avez ça, avec moi c'est pas pareil, on change tout". On prend le temps d'en discuter un peu, on fait des bilans, on voit ce qu'on peut en faire et puis on en discute aussi. De toute façon, le fait de prescrire ou de ne pas prescrire c'est souvent une discussion qui se fait avec le patient. Je discute avec eux, je leur dis " voilà l'intérêt ici de votre médicament pour le cholestérol n'est peut-être pas...".

Moi : Donc vous voyez plus en fonction de l'indication ? Primaire/secondaire ?

M1 : Voilà ! Prévention primaire, secondaire et puis déjà la tolérance ; c'est un ensemble et puis les gens... peut-être aussi la représentation qu'ils ont par rapport à ça ; si les gens tolèrent bien et qu'ils ont très peur qu'on leur enlève la statine parce qu'ils ont eu dans leur famille des cas d'infarctus, je ne vais pas leur enlever de force.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance après 80 ans ?

M1 : Je te dis j'ai pas beaucoup de patients de plus de 80 ans sous statines... en maison de retraite je réfléchis...

Moi : Vous n'avez pas forcément eu des cas d'intolérance ?

M1 : Non j'ai des exemples d'intolérance chez des personnes plus jeunes. Après 80 ans, j'ai pas trop souvenir. Mais c'est quelque chose, il faut y être très vigilant. D'autant plus vigilant.

Moi : Comment les autres pathologies, comorbidités peuvent jouer sur la prescription ou non de statines (hormis cardio-vasculaire) ? Est-ce que ça va influencer ou pas votre choix ?

M1 : Heu... Oui. Oui, là je pense à un petit monsieur que je suis, qui a une insuffisance cardiaque très évoluée, qui a une grosse cardiopathie hypertrophique, rythmique et qui est hypertendu. Et puis il est à bout de course ; il est pas en maison de retraite, lui est encore à domicile. Lui, je ne lui prescrirai pas de statine. C'est vrai qu'il a déjà beaucoup de médicaments et puis, de toute façon, je ne recherche pas la dyslipidémie chez lui parce que je n'en ferais absolument rien. Je ne lui ai jamais demandé un bilan lipidique. Dans ce cas-là, c'est son état général.

Moi : Sur quoi vous allez juger, par exemple, son état général ?

M1 : Sur son autonomie. Lui, il doit avoir un périmètre de marche de 10 mètres... (Rires) sans être essoufflé. Bon, là il n'est pas plus mal, avant je le faisais hospitaliser tous les deux mois pour des décompensations cardiaques. Je ne pensais pas qu'il passerait l'hiver

dernier... finalement il est encore là (Rires). Pour l'instant ça se passe pas mal, mais je ne vais pas m'amuser à instaurer chez lui un médicament, même s'il avait un LDL qui était à 2g/L.

Moi : Il y a d'autres pathologies ou insuffisance d'organe qui vous feraient ne pas mettre de statines ou les enlever ?

M1 : Toutes ! Heu... oui... non... toutes ! Après, j'ai pas d'exemple en tête... mais par contre, si c'était quelqu'un qui était très très instable sur le plan coronarien, avec une insuffisance cardiaque d'origine coronarienne, par contre lui, je ne lui enlèverais pas sa statine. Ou qui serait à bout de course avec une artérite, qui a déjà été ponté, qui a eu des stents, je ne m'amuserais pas à lui enlever sa statine à bout de course, sauf s'il la tolérait mal, et encore j'en discuterais avec le cardiologue.

Moi : Au niveau de l'effet des statines après 80 ans, pour vous, est-ce que c'est efficace ?

M1 : Je ne sais pas, j'ai pas trop de recul par rapport à ça. Heu... Je crois que l'effet des statines, on gagne +10%, je crois que c'est le chiffre que j'ai en tête, je ne sais plus, sur l'espérance de vie. (*Le téléphone sonne...*) Non... je pense que chez une personne âgée qui a déjà des pathologies, on ne va pas changer grand-chose.

Moi : Maintenant j'ai des questions plus par rapport à vous.

M1 : C'est plus facile ça.

Moi : Quel est le nombre d'habitants dans la commune ?

M1 : 6000 je crois

Moi : Quel est votre âge ?

M1 : J'ai 33 ans (homme)

Moi : Quelle proportion de votre patientèle a plus de 80 ans ?

M1 : Plus de 80 ans ? Heu... moins de 5 % en tout cas, largement. Mis à part en EHPAD, j'ai pas grand monde !

Moi : Et vous en avez combien en EHPAD du coup ?

M1 : J'en ai une douzaine, je crois. Et peut-être une quinzaine au total que je suis à domicile et encore une autre quinzaine que je vois au cabinet.

Moi : Est-ce que récemment vous avez eu en FMC une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M1 : Non. Juste en lecture. J'ai vu le papier de l'HAS bien sûr, mais je n'ai pas assisté à des formations.

Moi : Avez-vous eu d'autres formations en gériatrie en général l'année dernière par exemple ?

M1 : Non, non (rires). C'est vrai que la gériatrie ça représente une telle petite proportion de mon activité que je ne m'y intéresse pas assez, faudrait que j'en fasse plus... Voilà !

Moi : Merci !

Entretien n° 2

(31/01/2014) : 09 min

Moi : Mon sujet c'est sur l'utilisation des statines, chez les personnes âgées de plus de 80 ans, pour voir ce qui se fait en pratique. Ce qui m'intéresse, c'est ce que vous faites en pratique après 80 ans.

D'abord, quelle idée globale des statines avez-vous chez les personnes âgées ?

M2 : Alors. L'idée globale que je m'en faisais jusqu'à il y a deux ou trois mois, c'était plutôt que passé 80 ans il fallait arrêter ; c'était ridicule de continuer un traitement qui n'était pas justifié. Voilà. Et puis, dans le groupe de pairs dont je fais partie, on a eu un échange sur ce sujet et un des médecins, qui a fait une formation de gériatre, a trouvé un article suisse qui disait qu'il y avait un intérêt à continuer au-delà de 80 ans chez les patients qui avaient déjà ce traitement auparavant et que ça apportait des choses en terme de qualité de vie ou de durée de vie, je ne sais plus exactement. Mais bon. Visiblement, ça remettait en question cet axiome que j'avais, moi, dans ma tête, que ça ne servait à rien.

Moi : Avant, vous aviez plutôt tendance à vouloir les arrêter tout court dès 80 ans ?

M2 : Oui, je proposais, ça m'est arrivé plusieurs fois de proposer au patient, en lui expliquant qu'il y en avait pour les 20 ans à venir, que c'était une prévention pour une longue période... Et que c'était une prévention pour les 20 ans à venir et que ça ne me semblait plus utile de l'embêter avec ça. Voilà comment je présentais les choses.

Moi : Du coup, maintenant c'est plus partagé ?

M2 : Eh bien oui, du coup, j'ai un avis plus nuancé (rires).

Moi : Qu'est ce qui pourrait maintenant vous inciter à les poursuivre ?

M2 : Bah, je pense que si la personne est en bon état général, qu'elle est plutôt en forme, c'est clair que j'aurais tendance à poursuivre ; si c'est... je pense que si c'est une personne qui a aussi une pathologie cardiovasculaire avérée, ou cardiaque ou neurologique, je vais avoir tendance à poursuivre aussi, je pense.

Moi : Comment vous définiriez le "bon état général" ?

M2 : Je pense que je vais définir ça par rapport à sa capacité à se mouvoir, à marcher pour ceux qui sont institutionnalisés, on va dire, et puis si quelqu'un est autonome et vit à son domicile pour moi c'est un bon état général aussi, en fait. De toute façon, s'ils sont à domicile en gros je les considère comme en bon état général et s'ils ne sont pas à domicile, je dirais que s'ils peuvent se mouvoir et si on peut communiquer avec eux, ça me semble être justifié.

Moi : Vous avez un exemple de réflexion sur une ordonnance de statines après 80 ans où vous vous êtes posé la question et que vous avez décidé de poursuivre ?

M2 : Pas encore, en fait, du coup. Quoique... si, je te dis ça mais heu... Si, du coup maintenant, au-delà de 80 ans, quand c'est en consultation (donc c'est des gens qui sont autonomes) je ne me pose même plus la question, je poursuis. Oui, j'ai eu le cas cette semaine en fait.

Moi : Au contraire, qu'est-ce qui va vous inciter à les arrêter ?

M2 : Ce qui va m'inciter à les arrêter... heu... c'est peut-être justement si la personne est grabatisée, si effectivement c'est de la prévention primaire, je pense que je vais avoir plus volontiers tendance à les arrêter, encore faut-il que je me rappelle bien de l'indication (c'est rarement moi qui les ai commencés en fait ces traitements ; je ne suis pas installé encore depuis assez longtemps pour les avoir...) et donc faut que j'arrive à retrouver ça dans le dossier... Là, je n'ai pas, depuis ce changement de vision des choses, je n'ai pas arrêté de nouveaux traitements du coup. C'est dire que je n'ai plus beaucoup de motivations pour les arrêter (Rires).

Moi : D'accord. Est-ce que l'ordonnance que le patient vous amène quand il vient en consultation va influencer sur la place des statines, ou pas ?

M2 : Est-ce que le fait qu'il en ait déjà de prescrites, tu veux dire ?

Moi : Non, le reste de l'ordonnance

M2 : Le reste de l'ordonnance ? Tous les médicaments qu'il a ?

Moi : Oui. Est-ce que ça va jouer un rôle ?

M2 : Eh bien en fait peut-être. C'est à dire que s'il a peu de médicaments, j'aurais tendance à poursuivre la statine ; s'il a une ordonnance longue comme le bras, j'aurais tendance plus facilement à l'arrêter. Voilà. Disons qu'une personne âgée avec pleins de médicaments, je commence par regarder ce que je pourrais arrêter, donc effectivement peut-être les statines.

Moi : Que pensez-vous de la tolérance des statines ?

M2 : J'ai l'impression que globalement c'est relativement bien toléré... heu... il y a quelques personnes qui tolèrent mal... et quand elles commencent à mal tolérer, j'ai l'impression que tu mets la statine que tu veux, ça va être difficile de lui laisser une statine ; et c'est pas forcément les personnes âgées, j'ai l'impression, qui tolèrent mal les statines ; j'ai eu l'impression moi que c'était plutôt des jeunes, chez qui il fallait trouver une alternative parce que quelle que soit la statine qu'on essayait, ils avaient des myalgies ou des choses comme ça. Donc je n'ai pas l'impression que, mais c'est vraiment une impression subjective, je te le dis comme je pense, je n'ai pas l'impression que l'âge induise une moins bonne tolérance des statines.

Moi : Comment les comorbidités de la personne peuvent jouer sur la prescription ou pas de statines ? Autres que cardio-vasculaires.

M2 : Autres... Bah, on va dire que je vais quand même prendre les facteurs de risque cardio-vasculaires, c'est un peu ce que j'aurais en tête... et donc tabagisme éventuellement... diabète... ça va être ça surtout.

Moi : Et hormis le cardio-vasculaire, y a-t-il d'autres pathologies qui vous feraient les laisser ou les enlever ?

M2 : Pfff... est-ce qu'il y a d'autres pathologies... Je pense que s'il y a une insuffisance rénale, c'est clair que je vais avoir tendance à arrêter, s'il y a des problèmes hépatiques aussi... heu... et comme je te disais s'il y a un état général avec une mobilité qui est nettement altérée, c'est vrai que j'aurai peut-être plus tendance à arrêter... j'ai bien conscience que ce n'est pas très scientifique ce que je dis mais... effectivement, quelqu'un qui se mobilise très peu ou qui est dément, j'aurais tendance volontiers à les arrêter. Ça j'ai pas... oui la démence pour moi, je crois que je ne continuerais pas les statines.

Moi : Mais alors à quel moment de la démence vous les arrêteriez ?

M2 : (Rires) Alors c'est vrai que quand je parle de démence, je parle de patient dément en maison de retraite. Donc, déjà vraiment dépendant avec des MMS déjà bien altérés. Effectivement, j'ai des patients, qui ont un Alzheimer mais débutant et qui sont sous statines : s'ils marchent bien et qu'ils sont à domicile, je vais continuer.

Moi : C'est plutôt l'autonomie qui vous guide ?

M2 : Oui c'est l'institutionnalisation... mais finalement c'est que la démence joue sur l'autonomie.

Moi : Je voulais savoir ce que vous pensiez des recommandations actuelles ?

M2 : Est-ce que je les connais bien ? (Rires) Non, je ne connais pas les recommandations actuelles (Rires). Sur les statines chez la personne âgée, c'est ça ?

Moi : Oui

M2 : Je ne sais pas ce qui est recommandé exactement. Voilà...

Moi : Maintenant des questions pour mieux vous connaître à visée statistique. Quel âge avez-vous ?

M2 : J'ai 36 ans. (homme)

Moi : Quel est le nombre d'habitants de la commune ?

M2 : Entre 5 et 10 000 je pense

Moi : Savez-vous quelle proportion vous avez de personnes âgées de plus de 80 ans dans votre patientèle ?

M2 : Heu... je pense que je suis à 10%.heu... Ou entre 5 et 10%, c'est sur mon relevé SNIR, je crois que c'est ça.

Moi : Avez-vous beaucoup de patients en EHPAD ?

M2 : Dans les EHPAD... je dois en avoir une quinzaine

Moi : Avez-vous eu une formation récemment sur les statines chez les personnes âgées ?

M2 : Eh bien oui ! Dans le cadre de notre groupe de pairs. Pour tout te dire, j'étais pas là quand la personne qui a fait la recherche a présenté son cas ; j'étais absent ce jour-là et donc je n'ai eu que la recherche qu'elle devait faire mais je ne sais pas sur quel cas cela s'est appuyé. Donc je pense que j'ai manqué une partie de la discussion. J'ai pas tous les éléments en fait, j'ai juste l'article.

Moi : Avez-vous eu d'autres formations de gériatrie l'année dernière ?

M2 : Non... Enfin, de gériatrie précisément... Non. Je lis des articles, des trucs comme ça mais pas spécifiquement de gériatrie.

Moi : D'accord. Merci !

Entretien n° 3

(27/02/2014) : 08 min

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse à décrire ce qui en pratique influe sur la prescription ou pas de statines après 80 ans. Donc, ce qui m'intéresse, c'est ce qui se rapproche le plus possible de ce que vous faites au quotidien. D'abord, je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées.

M3 : Alors, heu... plus de 80 ans ?

Moi : oui

M3 : Alors, plus de 80 ans pour moi, il n'y a pas d'indication (Rires) sauf prévention secondaire, éventuellement, mais en prévention primaire sûrement pas. Voilà ! Moi, après 80 ans honnêtement, ça m'énerve quand je vois des statines qui sont initiées après 80 ans, voilà.

Moi : Initiées et poursuivies ?

M3 : Poursuivies, on en discute tranquillement. Après, il y a des gens qui ne vivent pas bien l'arrêt de la statine après 80 ans, donc voilà il y a ça aussi...

Moi : Qui vivent pas bien, parce que...

M3 : Parce qu'ils se disent qu'ils sont fichus et moi j'ai entendu ça « je suis fichu donc on arrête tout ? » Voilà. Donc, moi, je profite d'un événement intercurrent ou d'un traitement antibiotique, type macrolides, pour dire « on va arrêter la statine...oh et puis si on ne la reprenait pas ? ». Voilà, après 80 ans pour moi... (Rires)

Moi : Et en prévention secondaire ?

M3 : Après souvent, ils sortent du CHU ou de la clinique avec leur packing et... on diminue la dose ! (Rires)

Moi : D'accord. Vous essayez quand même de diminuer la dose ou de les arrêter ?

M3 : Ouais. Mais je ne sais pas si c'est une bonne chose... mais je le fais quand même.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations ?

M3 : Bah justement... des recommandations après 80 ans, il y en a ? (rires)

Moi : Non pas vraiment

M3 : Voilà ! Moi j'en pense rien (Rires)

Moi : Qu'est ce qui pourrait vous inciter à les poursuivre ?

M3 : Alors...des choses que j'ai entendues dire sur l'efficacité immédiate des statines avec un effet anti-oxydant ou je sais pas trop quoi... voilà, alors éventuellement je me dis que pour certaines personnes qui ont des gros facteurs de risque cardio-vasculaire...voilà. Si c'est très

bien toléré. Si c'est un traitement qui est bien pris, si y'a pas de soucis d'interaction. Bon, voilà. Mais sinon, franchement...

Moi : Vous avez un exemple en tête d'ordonnance où vous vous êtes posé la question et vous avez décidé de le continuer ?

M3 : Moi, je viens de changer ma pratique mais avant je suivais pas mal de personnes âgées. Globalement, je pense que je les ai toutes arrêtées... (Rires)... après 80 ans j'ai pas de... non, après j'ai une patiente qui faisait régulièrement des aller-retours au CHU et qui revenait systématiquement avec son ordonnance de statines Tahor® 80mg. Donc bah voilà, au bout d'un moment, j'ai arrêté de me battre...

Moi : Vous l'avez laissé à cause de l'avis du spécialiste ?

M3 : Oui, voilà et puis elle comprenait pas, elle ; elle comprenait pas pourquoi moi, sans arrêt, je lui disais « oh franchement celui-là on peut l'arrêter » Pourquoi, systématiquement quand elle passait en cardio, on lui disait « ah, non, celui-là faut le prendre ! »

Moi : Qu'est-ce qui va vous inciter à les arrêter ?

M3 : Bah, mauvaise tolérance...heu...ouais, surtout la mauvaise tolérance ; tout ce qui va être crampes, un risque de chutes, par rapport à ...ça va pas me revenir le nom...au risque de...

Moi : La rhabdomyolyse ?

M3 : Oui, voilà, par rapport au risque de rhabdomyolyse ; tout ce qui est anomalies hépatiques sur le bilan, moi j'arrête je ne me pose pas de questions et puis, et puis, s'ils ont 80 ans et qu'ils sont dans un fauteuil roulant c'est pareil, hein, je vois pas l'intérêt...

Moi : Donc c'est la mobilité ?

M3 : Ouais, c'est l'état général. Une personne de 80 ans qui est très active et tout ça, bah oui d'accord si elle tolère bien ok, mais dès qu'il y a des crampes on l'arrête, on fait une fenêtre thérapeutique, on voit.

Moi : Et le bon état général, vous le définissez comment ?

M3 : Le bon état général ? bah c'est une personne active, c'est une personne qui est autonome et active. Enfin, active...qui se gère dans son quotidien, c'est ça pour moi être actif (rires)

Moi : Vous avez un exemple précis en tête de réflexion sur une ordonnance où vous avez arrêté la statine ?

M3 : Ah bah moi je considère, c'est très personnel, je considère que le risque il est dans 10-15 ans donc voilà, je me dis est-ce que dans 10-15 ans cette personne, si elle fait un événement cardiaque, voilà, est-ce que c'est quelque chose qui va changer son quotidien ; si elle est déjà en fauteuil, si elle est grabataire...non ! Donc, je l'arrête.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient telle qu'il a quand il vient en consultation, ça va jouer ou pas sur la prescription de statines ? Le reste de l'ordonnance.

M3 : Ah bah oui ! Si je vois qu'il a le bêtabloquant, l'IEC, le Kardegic® et compagnie, bah oui, je me dis bon, c'est un pack. S'il est diabétique, j'y réfléchis quand même. J'arrête pas tout. Mais, si, quand même. Après, s'il y a des interactions possibles... au long cours, je vois pas mais...

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines ?

M3 : Elle est moins bonne depuis 6 mois, non, depuis 1 an (rires), mais globalement sinon elle était bonne. On a quelques crampes mais non, globalement, elle est bonne.

Moi : Comment les autres comorbidités, autres que cardiovasculaires, peuvent jouer sur l'utilisation ou pas de statines ?

M3 : Diabète vous considérez que c'est cardio-vasculaire ?

Moi : Oui

M3 : Heu....bah non...en ce qui me concerne?...non, je vois pas non. Faut répondre oui, là ?

Moi : (Rires) pas forcément...est ce que vous avez eu en formation continue, une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M3 : Non, jamais.

Moi : Ça ne vous dit rien. Est-ce que vous avez eu d'autres sujets de gériatrie en formation continue ?

M3 : Oui mais soins palliatifs, douleurs, rien à voir avec les statines. Ceci dit, en douleur/palliatif, oui, arrêter des statines ça peut être bien aussi.

Moi : Donc douleur et soins palliatifs.

M3 : Oui, et la dénutrition aussi. Donc les statines, on n'en parle pas trop.

Moi : Mais c'est aussi intéressant ! Est-ce que vous avez beaucoup de personnes âgées dans votre patientèle ?

M3 : Bah non, plus. J'en avais, beaucoup peut-être pas, non mais j'en avais 5, entre et... j'ai pas reçu encore mes supers stats mais ouais 5 à 10% je dirais, ah peut-être pas les plus de 80 ans quand même ; 80 ans, 5% pas plus

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ?

M3 : Oui, j'intervenais. Je le fais plus depuis 1 mois et demi. J'ai arrêté le 15 septembre 2013 ce que je faisais, avant j'étais collaboratrice depuis 8 ans dans un cabinet donc oui j'intervenais en EHPAD.

Moi : Vous aviez combien de patients en EHPAD ?

M3 : J'en avais 8.

Moi : D'accord. Combien il y a d'habitants dans la commune ?

M3 : Alors, bah, l'ancienne commune, je crois que c'était 3..., on va rester sur l'ancienne parce que franchement ça change la pratique là...3000.

Moi : 3000. Et vous avez quel âge ?

M3 : Moi, j'ai 38 ans (femme)

Moi : Super. Merci !

Entretien n° 4

(05/03/2014) : 12 min

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse à décrire ce qui, en pratique, influe sur l'utilisation des statines chez les personnes âgées, après 80 ans. Ce qui m'intéresse c'est ce qui se rapproche le plus de votre pratique au quotidien.

M4 : D'accord

Moi : Je voulais savoir quelle idée globale vous aviez de l'utilisation des statines chez les personnes âgées ?

M4 : Heu...Moi, j'essaie de différencier prévention primaire et prévention secondaire et puis, différencier un petit peu en fonction de l'âge ; généralement, en prévention secondaire, de toute façon, il y a des études qui, je crois, qui montraient que a priori les statines elles sont utiles, quel que soit l'âge, en fait, et puis même apparemment plus on avance en âge de toute façon, plus elles seraient utiles ; enfin c'est ce que j'ai lu dans un article, en prévention secondaire, en tout cas, et en prévention primaire effectivement il y a m... pas ou peu d'études surtout après 75 ans, enfin, en tout cas chez la personne très âgée...heu...du coup...là, moi je raisonne en terme d'espérance de vie...pour voir si une statine du coup est utile ou pas. Enfin, voilà.

Moi : Comment, vous, vous estimez l'espérance de vie ?

M4 : Rires

Moi : Sur quels critères vous allez... ?

M4 : Ça va être les comorbidités, voilà, les pathologies en cours ; ça va être essentiellement ça en fait. Du coup, voilà généralement je raisonne avec ces 2 éléments-là. De toute façon, les gens sont quand même assez au courant, je trouve, en prévention primaire, en tout cas, que effectivement les statines avec les articles ou les livres qui ont été publiés l'année dernière, que c'était remis en cause, que a priori le nombre de personnes à traiter, pour avoir un effet en prévention primaire, est quand même important.

Moi : Donc pour vous les gens sont au courant de ce doute ?

M4 : Il me semble ouais... même, au point justement, où des gens qui sont en prévention secondaire s'interrogent sur leur statine... alors j'essaie de leur dire « bah non justement chez vous c'est intéressant »

Moi : Quelles comorbidités peuvent pencher pour l'arrêt des statines ? Peut jouer en tout cas sur l'utilisation des statines ?

M4 : Euh, généralement... ouais, si si, dès qu'il y a une pathologie un peu sévère ou dès qu'il y a par exemple un trouble cognitif avec notamment des troubles nutritionnels, voilà on a tendance, enfin, moi j'ai tendance, quand même, à supprimer des statines quand on est dans des situations où voilà il y a une pathologie chronique suffisamment importante ou troubles nutritionnels, troubles cognitifs...

Moi : Quelque chose de déjà installé ? Pour les troubles cognitifs, par exemple, au début de démence ou quand il y a... A quel moment vous les enlevez ?

M4 : Oui, dès que effectivement voilà ça va être une démence, une maladie d'Alzheimer notamment au stade modéré ou sévère. Là aussi, est-ce que ça a un intérêt et puis est-ce que ça ne peut pas avoir un retentissement voilà au niveau j'sais pas... douleur, au niveau nutritionnel...

Moi : D'accord. Donc ce qui vous incite à les arrêter, heu..., en résumé, ça serait quoi ?

M4 : A les arrêter ? Donc, chez la personne âgée, heu..., si y'a des signes de mauvaise tolérance quand même, même si des fois chez la personne âgée quand ils ont des troubles cognitifs c'est pas toujours clair si les effets secondaires qui pourraient être liés à la statine en particulier. Puis après, c'est quand on... a priori y'a quand même peu d'intérêt, enfin, si, suivant les niveaux de cholestérol qu'il y avait avant la prescription, quand on les retrouve, et puis suivant les pathologies chroniques effectivement je revois si c'est vraiment intéressant ou pas ; alors c'est du coup du cas par cas.

(Téléphone)

Moi : Est-ce que vous avez en tête un exemple de réflexion sur une ordonnance où vous vous êtes posé la question de continuer ou d'arrêter la statine et où vous avez choisi de l'arrêter ?

M4 : Heu, un exemple... oui, je vois une dame, genre 84 ans, qui avait une prescription depuis très longtemps et puis en reprenant je crois les chiffres j'avais un niveau de LDL qui était pas très élevé, enfin compte tenu de ses facteurs de risque, pas de pathologie chronique importante ; a priori elle les tolérait bien mais je lui ai dit « est-ce que ça vaut le coup de les garder ? ». Voilà !

Moi : Donc un niveau de LDL pas très important ça pourrait vous les faire arrêter aussi ?

M4 : Oui, voilà, c'est ça, suivant les facteurs de risque ; je ne me rappelle plus de ses chiffres exacts mais c'était, elle était, c'est juste sur des valeurs limites par rapport à ses facteurs de risque, donc...

Moi : Même en prévention secondaire ?

M4 : Là c'était de la prévention primaire chez cette dame-là.

Moi : Et en prévention secondaire, si vous êtes à l'objectif des LDL, vous pourriez l'arrêter aussi ?

M4 : Non, généralement prévention secondaire du coup je vais les garder souvent, sauf si c'est mal toléré.

Moi : Qu'est-ce qui au contraire vous incite à les poursuivre ? Donc plutôt prévention secondaire ?

M4 : Voilà, prévention secondaire, bah parfois en prévention primaire si le chiffre était quand même effectivement bien augmenté par rapport aux facteurs de risque et si y'a pas de pathologie chronique lourde, une espérance de vie qui paraît quand même d'un certain nombre d'années...

Moi : D'accord, heu... Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines ?

M4 : Je sais pas, je trouve que globalement c'est quand même, on n'a pas quand même trop de soucis, heu... c'est vrai que, on voit bien qu'il y a aussi des gens qui globalement sont quand même régulièrement intolérants à des molécules et puis voilà, la statine, c'est une des molécules pour lesquelles il y a des symptômes, des effets secondaires... mais globalement, il me semble que c'est pas si mal toléré que ça... J'essaie de faire attention un petit peu au jus de pamplemousse ces derniers temps par rapport à la tolérance, par rapport au risque de rhabdomyolyse parce que j'ai été surpris par des gens qui consommaient du jus de pamplemousse plusieurs fois par jour sous statines... (Rires)

Moi : (Rires) D'accord

M4 : Bon, du coup j'essaie d'alerter un peu les gens par rapport à ça, voilà.

Moi : Au début, vous parliez des recommandations, qu'est-ce que vous en pensez, vous ?

M4 : Heu... du coup... c'est vrai qu'il n'y a pas de recommandations claires sur la prévention primaire chez la personne âgée puisque du coup y'a pas d'études qui permettent de conclure... clairement. Mais, autant en prévention secondaire, là, il y a des études, qui sont à peu près claires, je crois, alors les recommandations, enfin les dernières choses que j'avais relu dernièrement c'était un article de la Revue Médicale Suisse qui me paraissait bien fait que j'avais sorti pour un groupe de pairs, où voilà, ils expliquaient à peu près ce... le canevas que j'ai retenu... et puis, en cours de gériatrie aussi, globalement je crois qu'ils disaient ça, au-delà de 75 ans, en prévention primaire a priori y'a pas beaucoup d'intérêt, voilà. Alors, je suis pas allé regarder les recommandations HAS là-dessus... mais je crois pas qu'ils soient très clairs par rapport aux personnes âgées...

Moi : Non, en effet... les dernières recommandations de l'Afssaps datent de 2005, ne s'appuient pas sur des études réalisées chez la personne âgée et sont de faible niveau (un

accord professionnel). Maintenant, j'ai des questions d'un autre ordre. Est-ce que vous avez beaucoup de personnes âgées dans votre patientèle ?

M4 : Oui, enfin je dois être dans la moyenne départementale, par rapport au SNIR ; je dois avoir peut-être un tout petit peu plus de patients de plus de 80 ans que la moyenne départementale mais pas beaucoup plus...

Moi : Vous intervenez en EHPAD ?

M4 : Oui

Moi : Vous avez beaucoup de patients ?

M4 : Oui, quand même, je pense que ça doit être de l'ordre d'une quarantaine

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez eu en FMC une information sur les statines chez les personnes âgées récemment ?

M4 : Heu... non, récemment non. Après ça a été le cours de gériatrie en 2007, 2006...

Moi : Sur les statines ?

M4 : Oui, c'était sur la prévention cardio-vasculaire en général chez la personne âgée... 2007 quoi !

Moi : Et, est-ce que vous avez eu d'autres sujets de formation de gériatrie récemment ?

M4 : Oui, des formations continues ? Heu... Moi, j'ai fait le DU par exemple de soins palliatifs, c'était 2011-2012, heu... après non... après, moi, je suis en groupe de pairs par rapport à la formation médicale, je vais à quelques FMC du CHU...

Moi : Combien il y a d'habitants dans la commune ?

M4 : Alors 2300

Moi : D'accord. Et quel âge avez-vous ?

M4 : 44. (homme)

Moi : Merci beaucoup !

Entretien n° 5

(05/03/2014) : 13 minutes

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse à l'utilisation des statines chez les personnes âgées, après 80 ans. Ce qui m'intéresse c'est ce qui se rapproche le plus de ce que vous faites, vous, dans votre cabinet. Heu... Donc je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M5 : Bah... la question c'est jusqu'à quand effectivement on doit traiter quelqu'un d'un facteur de risque, alors, qu'à 80 ans, on est la preuve vivante que finalement tout va bien. Donc, intérêt de la prévention, effectivement, à un âge où bah... oui... alors... après on peut toujours argumenter, à 80 ans, c'est pas fini, y'a une espérance de vie qui peut être de 10 ans, 20 ans, voire plus ; est-ce qu'on doit... est-ce qu'il y a une perte de chance si... si on arrête un traitement ? Alors bah voilà, dans l'absolu on aimerait bien arrêter, en pratique parfois on n'a pas du tout envie parce qu'on a en face de soi quelqu'un de 80 ans mais qui va bien, qui a fait éventuellement un accident ou qui a, je sais pas, qui a développé une artérite, enfin bon qu'a des choses qui peuvent l'embêter et donc, heu, bah ouais le traitement dans ce cas-là je le laisse. S'il est bien toléré... Bon c'est vraiment affaire de cas, bien sûr.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations actuelles ?

M5 : Qui sont ?

(Rires)

Moi : Floues !

M5 : Oui, bah heu, je... j'ai rien vu de récent sur la prescription ou pas... au-delà de 80 ans ; j'ai plus lu des choses sur la déprescription et l'intérêt de diminuer... la... l'addition chimique... la... l'ordonnance. Alors, c'est vrai que... mais bon, comme je disais tout à l'heure, y'a pas de réponse toute faite. Forcément, être pris entre deux choix bien difficiles parfois. Mais bon, on fait pas... il y a vraiment des situations où on peut, quand même, bien sûr les arrêter et on le fait, surtout si se pose la question, alors ça, ça revient de manière un peu récurrente puisqu'il y a parfois, les statines font toujours la une des journaux ; de temps en temps, ça revient sur le tapis et, par vague, on va avoir des gens venir nous parler de muscle ou de foie, enfin bon... et puis le riz rouge évidemment ! Et autres moyens de diminuer le cholestérol mais sans danger quoi !

Moi : Qu'est-ce qui vous incite à les poursuivre chez les personnes âgées ?

M5 : Eh beh... ce que je disais... l'espérance de vie, la bonne... et puis... éventuellement la... éventuellement non, sûrement... les ind... si y'a un problème patent... si, si on reste dans la

prévention pure, qu'on a quelqu'un qui n'a... enfin qui se porte parfaitement bien à 80 ans et que, bon, on n'a strictement rien eu comme pathologie... c'est de la prévention primaire encore, bon bah, on va peut-être calmer le jeu ; si c'est une prévention secondaire avec quelqu'un qui va bien je pourrais continuer, ouais ; c'est le choix que je ferais.

Moi : Est-ce que vous avez un exemple en mémoire d'une ordonnance où vous vous êtes posé la question et vous avez choisi de le continuer ?

M5 : Non... non... non, ou alors des histoires particulières, quelqu'un, je te disais, qui voit son état de santé se transformer brutalement, là on en revient au régime minimum, dans ce cas-là, on sucre : calcium, vitamine D, les statines, tout ce qui n'est pas strictement nécessaire, on vire... c'est plutôt le genre de situation que j'ai récemment mais j'ai pas eu à me prendre la tête par rapport à un dossier « qu'est-ce que je fais ?? », non.

Moi : Qu'est-ce qui vous incite à les arrêter ?

M5 : Heu... ça revient... l'impression effectivement qu'on va pas faire grand-chose d'autre que... heu... qu'être préventif, enfin, de mener une action qui doit se projeter dans le temps ; donc c'est justement ça, l'absence de temps ; si j'ai quelqu'un qui a un âge physiologique vraiment avancé, on va pas forcément l'embêter avec ça... si, je sais pas, je pense à des gens complètement grabataires ou institutionnalisés... avec une vie végétative ou quasiment, enfin une vie de relation réduite à pas grand-chose, donc ces gens-là, bon ! On peut s'occuper de leur plomberie, mais c'est pas forcément très utile. Donc, là oui, je pense qu'on simplifie les choses et puis on arrête les traitements ; donc en maison de retraite, ça fait partie des cas où l'on va très vite supprimer tout ce qui n'est pas strictement nécessaire et c'est souvent parce que les gens quittent leur maison, passent au foyer logement ou en maison de retraite, qu'on en profite pour, même parfois avant 80 ans, même souvent avant 80 ans, pour arrêter ces traitements-là.

Moi : L'entrée en maison de retraite, c'est souvent l'occasion de... ?

M5 : Bah là encore ça dépend, y'en a qui sont complètement épanouis, en pleine forme, ceux-là on va pas les changer mais ceux qui sont dépendants, qui ont déjà... ouais je suis allé voir hier une petite dame qui a une vie de relation qu'est quand même pas très... grande... elle communique... pff... très difficilement, donc elle avait pas de statines, hein, mais si elle en avait eu, je crois que je les aurais supprimées (Rires) évidemment ! On va vraiment s'en tenir à l'essentiel.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient telle qu'il a quand il vient vous voir en consultation va jouer sur la place des statines ?

M5 : Oui. Oui, bien sûr ! S'il en a peu... et puis son histoire ! S'il a, je sais pas, un anti-agrégant plaquettaire..., si on est en prévention secondaire, voilà ! En clair. En prévention secondaire, on a quelqu'un qui n'a pas envie de refaire un infarctus ou je sais pas une ischémie aiguë du membre inférieur, bon bah voilà ! C'est difficile de virer la statine, de même qu'il est difficile de virer l'anti-agrégant plaquettaire. Après y'a la survenue de chutes qui nous embêtent et puis qui, parfois, font pencher la décision de l'autre côté, on dit bah ouais, bon ! C'est l'évaluation des risques, je crois que c'est toujours ça, d'évaluer à chaque fois qu'on peut la balance bénéfice-risque. Il y a plein de situations où on va remettre en cause même ça, sûrement.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines ?

M5 : Bah, qu'elle a, qu'elle pose problème à l'institution du traitement, bien sûr ; heu je sais pas, j'évalue ça à peu près à 15 % facile de gens qui vont être intolérants avec des douleurs diffuses ; des problèmes hépatiques, j'en ai pas vu beaucoup ; musculaires, oui régulièrement mais des... mais ce qui est toujours étonnant de remarquer c'est que ceux qui sont en prévention secondaire et qui sortent d'un infarctus avec du Tahor® 80, par exemple, bah eux ils arrêtent pas, c'est étonnant ça, comme si y'avait une tolérance différente, c'est probablement le cas, sous-tendu sûrement par l'anxiété d'attraper des... d'avoir des effets secondaires justement chez certaines personnes... c'est à dire que on fait parfois... il suffit de faire un peu la ronde des statines, de voir que certaines vont bien passer alors que pas d'autres, alors que c'est pas très... disons c'est pas très... vérifié... normalement, objectivement, elles ont à peu près toutes le même profil... même si d'autres argumentent pour en avoir moins que... enfin bon... ce qui est sûr, c'est que la différence se joue à un autre niveau. On a l'impression que dans l'urgence on est capable de tout prendre et l'année à 80 mg de Tahor®, voire les 2 ans, j'ai jamais vu de gens jeter l'éponge et dire « arrêtez-moi ça, ça suffit ! » Ça doit arriver, mais c'est... L'enjeu est tel que les gens acceptent les petits ennuis.

Moi : Est ce que les autres pathologies, autres que cardio-vasculaires, vont jouer sur la présence ou pas de statines ?

M5 : Oui, dans la mesure où ça peut être responsable d'une dégradation ou d'une perte d'autonomie. Je pense aux démences, je pense aux gens qui pourraient avoir des pathologies rhumatologiques évoluées avec une réduction énorme de leur... un Parkinson évolué aussi, les pathologies neurologiques, bien évidemment, autres que les démences, mais heu, des gens qui vont, qui vont voilà... être en difficultés... neurologiques ou motrices qui vont vraiment grever leur degré d'autonomie et les rendre grabataires plus rapidement donc là, on revient à la question première, qu'est-ce que ça, comment on peut se projeter dans le temps comme ça

aussi facilement, est ce qu'on va... tenir quand même cette position, vaille que vaille, en disant « mais si ça peut... y'en a peut-être encore pour 5 ans... c'est peut-être mieux qu'il n'ait pas de... » Je sais pas dans ces cas-là, ça pose question, je me pose la question...

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ?

M5 : Oui

Moi : Vous avez une idée de combien vous avez de patients à peu près ?

M5 : Oui. J'en ai pas beaucoup. Heu... j'en ai 4 et dans 2 établissements différents et puis dans le coin on a une maison pour Alzheimer où là j'en ai plus que 2 maintenant. Mais là, c'est particulier. C'est le cas où justement les statines ont vite dégagé.

Moi : Est-ce que vous savez combien vous avez de personnes âgées de plus de 80 ans dans votre patientèle ?

M5 : Je sais pas... on a ça sur nos relevés SNIR mais je sais pas.

Moi : Est-ce qu'en formation continue vous avez eu une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M5 : Peut-être 15 % je crois, j'en n'ai pas beaucoup... au-delà de 80 ans, c'était ça la question ?

Moi : Oui

M5 : Alors là je sais pas... Sinon, non pas de formation.

Moi : Est-ce que vous avez eu d'autres formations de gériatrie ?

M5 : Hum... non...

Moi : Combien y a-t-il d'habitants dans la commune ?

M5 : Alors on doit être à près de 3000

Moi : Et, dernière question, vous avez quel âge ?

M5 : 60 (homme)

Moi : Très bien merci !

Entretien n° 6

(11/03/2014) : 5min 40

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse à décrire ce qui, en pratique, influe sur l'utilisation des statines chez les personnes âgées. Ce qui m'intéresse, c'est ce qui se rapproche le plus de ce que vous faites au quotidien. Je voulais savoir, du coup, quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M6 : Pas d'idée, à part ce qu'on a lu, ce qu'ont pu lire les patients dans la presse, quoi. J'ai pas d'idée fixe. Voilà. Je sais que, enfin moi, je suis nouvellement installée, donc c'est vrai que des personnes âgées, on n'en a pas tant que ça et ceux qu'on a, à chaque fois, on se pose la question « est-ce que c'est bien de continuer ou pas ». Voilà ! Pour l'instant ouais, c'est assez succinct mais j'ai pas une patientèle de personnes âgées super importante.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations ?

M6 : Les recommandations, je pense que je les maîtrise pas, déjà. Voilà ! Euh... après, il me semble que..., qu'à partir de 80 ans, enfin je sais plus exactement mais je sais que... enfin pour moi, elles sont pas claires en tout cas. Voilà, je les maîtrise pas.

Moi : Qu'est-ce qui vous incite, par exemple, à poursuivre des statines chez des personnes âgées ?

M6 : Ses facteurs de... Moi, en prévention secon... en prévention primaire je sais que, passé un certain âge, spontanément j'ai tendance à essayer de les éliminer. Après s'ils ont fait des AVC, heu... des choses cardiovasculaires, voilà, graves ; et s'ils sont bien, s'ils ont un état général bien.

Moi : Comment vous caractérisez le « bien » ? Qu'est ce qui compte pour vous dans la balance ?

M6 : Heu... bah leur qualité de vie, quoi. C'est des gens actifs, qu'ont une espérance de vie...heu... enfin... après c'est un peu un ressenti aussi, mais... les gens qui sont autonomes chez eux, qu'ont une vie sociale, enfin voilà une qualité de vie.

Moi : Qu'est-ce qui au contraire vous inciterait à les arrêter ?

M6 : Eh ben, inversement quelqu'un qui est grabataire, en maison de retraite...heu... qu'est... qui est très très vieux, aussi ! Passé un certain âge ! Euh... Qui a déjà beaucoup... enfin qui a des effets secondaires, qui est gêné par les effets secondaires... heu... qui... ouais la tolérance, qui tolère mal et ouais oui, l'âge.

Moi : A propos de la tolérance des statines, vous... ?

M6 : Alors moi j'ai pas trop de recul ; après, sur les douleurs musculaires j'en ai déjà vues, voilà, en consultation... Heu... j'ai pas de recul...

Moi : Des douleurs musculaires que les patients expriment ou que vous avez cherchées ?

M6 : Nan, qu'ils expriment. (*Téléphone*). Des douleurs musculaires, des arthralgies... Si, sur les prises de sang aussi, quand il y a, enfin j'en ai une voilà, le bilan hépatique était perturbé, donc du coup on a discuté l'intérêt de la statine etc. Mais heu voilà.

Moi : Et vous l'avez arrêtée ?

M6 : Oui, on l'a arrêtée.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient va influencer sur la prescription de statines ? Le reste de l'ordonnance ?

M6 : Bah... heu... s'il a des médicaments, enfin c'est ses antécédents plus, les médicaments liés à ses antécédents, oui, on va dire, voilà. Après, les interactions avec les autres médicaments etc., oui aussi, oui, oui.

Moi : Comment les autres pathologies du patient, les autres comorbidités peuvent jouer sur la place des statines ? Autres que cardio-vasculaire ?

M6 : Sur les autres comorbidités... heu... je sais pas

Moi : Est-ce que le fait qu'il ait telle ou telle pathologie va vous faire retirer les statines ou les laisser ?

M6 : Oui, s'il a vraiment des maladies en train d'évoluer ou des choses... oui, je vais pas l'embêter avec des statines s'il a déjà d'autres traitements plus importants, on va dire.

Moi : Pas de maladie particulière ?

M6 : C'est en général... pas qui me viennent à l'idée mais après ça sera dans le cas par cas. S'il a d'autres choses plus importantes et qu'honnêtement il a 30 gélules à prendre, la statine...

Moi : La longueur de l'ordonnance aussi ?

M6 : Voilà, ouais, ouais et puis l'observance ! Enfin, si on veut qu'ils observent vraiment ce qui est important, la statine, je... pour moi, c'est pas le truc que je vais leur... sur lequel je vais focaliser quoi.

Moi : Vous pensez que s'ils en ont plus de médicaments, ils ont du mal à... ?

M6 : Ouais ! Il y en a qui ont du mal, ouais. Ça c'est sûr. Bah oui, je vois bien en fonction de la date à laquelle ils reviennent s'il y a eu des oublis ou pas. Quand c'est le cas, je préfère enlever les statines pour recentrer sur les médicaments indispensables.

Moi : Dans votre patientèle est ce que vous avez beaucoup de personnes âgées ?

M6 : Non

Moi : Vous avez une idée du pourcentage ou pas ?

M6 : Non mais je dirais 10% quoi ; c'est vraiment une patientèle jeune, pour l'instant. On va dire 10%.

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ?

M6 : Non

Moi : Est-ce que vous avez eu dernièrement en formation continue une information sur les statines ?

M6 : Non

Moi : Est-ce que vous avez eu d'autres formations de gériatrie ?

M6 : Non, ça me dit rien... à part les trucs Prescrire ou les choses, les revues quoi, mais pas...j'ai pas fait de formation spécifique.

Moi : Savez-vous combien il y a d'habitants dans la commune ?

M6 : 11 000 environ

Moi : Et enfin je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M6 : 32 (femme)

Moi : Merci !

Entretien n° 7

(11/03/2014) : 11 min 50

Moi : Je voulais savoir ce qui influe chez vous sur la prescription de statines après 80 ans. Ce qui m'intéresse c'est ce que vous faites, vous, en pratique chez ces personnes-là.

M7 : J'essaie de pas en donner !

Moi : D'accord

M7 : En tout cas de ne pas en initier. Le bénéfice heu...

Moi : Pour vous c'est quoi l'intérêt des statines ?

M7 : C'est vraiment de la prévention à moyen et long terme. Je pense qu'à 80 ans on en n'est plus là, quoi !

Moi : Pour vous c'...

M7 : Prévention des facteurs, des patho... de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire

Moi : Quand vous dites moyen terme c'est combien d'années ? 5 ans ? 10 ans ?

M7 : Heu... oui, voire 10 ans

Moi : Donc après 80 ans vous en instaurez pas et si elles sont déjà en place ?

M7 : Alors...ouais... heu... là, c'est plus compliqué. Leur expliquer qu'il faut l'enlever, qu'il faut retirer le médicament que je m'étais, que moi ou un autre, avait instauré il y a plusieurs années, avec une argumentation qu'on avait à l'époque, et dire que maintenant c'est plus nécessaire, c'est pas toujours simple, quoi. Mais, je le fais plus rarement, ça, leur enlever.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez des recommandations actuelles ?

M7 : Oh là c'est une question très ouverte (rire) Heu... oui j'y adhère, dans l'ensemble, oui. Il y a toujours le... Après 80 ans ?

Moi : Oui, toujours

M7 : Ah oui, je pensais que c'était pour... d'accord... Heu... quelles sont-elles ?

(Rires)

Moi : Elles sont un peu floues

M7 : Oui, hein ! J'avais pas connaissance de recommandations précises après 80 ans. En principe, quand ils en ont une statine c'est que... quand ils arrivent à 80 ans avec une statine c'est qu'ils avaient une bonne raison d'en avoir une, quoi. Qu'on était en prévention secondaire. Mais ça m'est arrivé, quand même, dans les derniers mois, j'ai dû arrêter une fois ou deux, chez des patients pour lesquels je considérais, je leur expliquais que maintenant c'était, il y avait plus de bénéfice pour eux...

Moi : C'était quoi comme heu... vous vous rappelez ?

M7 : Ben non justement, en le disant j'essaie de me souvenir de quel patient il s'agissait... mais en tout cas, c'est l'objet d'une réflexion à chaque fois ; je le renouvelle pas systématiquement.

Moi : Qu'est-ce qui va vous inciter à les arrêter ?

M7 : Eh bien, est-ce le fait... que je considère que pour eux il n'y a pas de bénéfice suffisant ?

Moi : L'absence de bénéfice ?

M7 : Oui. Après c'est plus ça que la tolérance ou les effets indésirables parce qu'ils sont survenus avant, quoi.

Moi : D'accord

M7 : Ça pourrait être éventuellement l'introduction de nouveaux traitements, qui amènent à remettre en question le... qui essaient de pas trop alourdir l'ordonnance. En pratique, heu... souvent, bah si oui, il peut y avoir des... souvent les jeux sont faits quand ils arrivent à 80 ans, leur traitement... c'est rare... non, pas si rare que ça finalement qu'on soit amené à revoir, à instaurer de nouveaux traitements ; si, ça peut arriver. On peut avoir des cardiopathies qui apparaissent, des troubles du rythme par exemple.

Moi : Dans ces cas-là, pour ne pas alourdir l'ordonnance vous pourriez l'enlever ?

M7 : Ça pourrait m'arriver, ouais

Moi : Qu'est ce qui peut vous inciter à les poursuivre au contraire ?

M7 : Eh bien s'ils ont heu... si y'a vraiment un risque cardio-vasculaire avéré pour eux ; par exemple, une coronaropathie...

Moi : Et en prévention primaire ?

M7 : Ah non, prévention primaire, là... en principe, ils ne devraient plus en avoir ; déjà ! Donc, là franchement... je... je sais pas si j'en ai tant que ça qui sont sous statines en prévention primaire à 80 ans. Si c'est le cas, je me repose la question.

Moi : Est-ce que le reste de l'ordonnance du patient va influencer sur la prescription de statines ?

M7 : Bah oui, c'est un peu ce que je vous disais tout à l'heure, oui

Moi : En fonction du nombre. Et en fonction des médicaments en eux-mêmes ?

M7 : Le type de médicaments ? Euh... pas forcément. On n'a pas trop de soucis d'interaction médicamenteuse avec les statines quand même.

Moi : Est-ce que vous avez eu des exemples d'intolérance ?

M7 : Chez des patients de plus de 80 ans ? Non.

Moi : C'est des choses globalement dont les patients, même de moins de 80 ans, se plaignent ou il faut aller les chercher ? Les intolérances ?

M7 : Ah si, chez les jeunes surtout à la mise en place, ils s'en plaignent !

Moi : Est-ce que les autres pathologies, autres que cardio-vasculaires, peuvent jouer sur la prescription de statines ?

M7 : Ouais ! Oui ! Un patient qui développe une démence par exemple, je considère que la statine, y'a pas d'intérêt pour moi... enfin, sauf si c'est une démence vasculaire ! On est bien d'accord que là, peut-être que quand même faut... le plus important c'est l'anti-agrégant plaquettaire en l'occurrence mais bon, du coup, la statine, la question se pose.

Moi : quand vous parlez de démence, elle ressemble à quoi la personne démente qui n'a plus d'intérêt d'avoir une statine ?

M7 : Heu...

Moi : Dès le début de la maladie ?

M7 : Non, c'est à un stade évolué. Tiens, bah ça me revient c'est ça la patiente à qui j'ai arrêté, qui a une démence, dégénérative et évoluée, et chez laquelle j'ai arrêté sa statine, à laquelle elle était très attachée avant ; mais maintenant ça lui pose plus le même problème, on va dire ça comme ça.

Moi : Et, du coup, démence évoluée... vous avez des critères en tête ? Qu'est-ce qui vous fait dire « j'arrête la statine »

M7 : J'ai pas de critères définis mais c'est quand vraiment la démence est au premier plan et les autres pathologies euh...quand il y a une perte d'autonomie, quand on est en train de mettre en place une..., quand ça devient plus compliqué, la gestion de la démence. Il y a des critères, effectivement, on va dire, indirects psycho-sociaux de son comportement et puis il y a aussi des critères plus objectifs, la dégradation du MMS. Quand on arrive à des scores de MMS qui sont... des MMS dégradés....

Moi : En pratique vous vous fiez plutôt sur des MMS, que vous faites, ou plutôt sur la globalité de la personne

M7 : Non, la globalité. Le MMS, c'est un des arguments. En principe, tout ça, ça concorde quand même.

Moi : Est-ce que vous avez des personnes âgées dans votre patientèle ?

M7 : Bah oui !

Moi : Vous avez une idée de proportion ?

M7 : Pas tant que ça... Il aurait fallu que je vous sorte mon... on le reçoit ça... mais je me rends compte par exemple des plus de 85 ans parce que avec l'histoire du forfait... ça été l'occasion finalement de me rendre compte que j'en ai pas beaucoup... et j'en ai moins de 10. Plus de 80, je sais pas.

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ? Vous en avez beaucoup de patients ?

M7 : Oui, pas beaucoup... 3-4.

Moi : Est-ce que, récemment, vous avez eu à l'occasion d'une formation continue, une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M7 : Non

Moi : Ça ne vous dit rien ; et d'autres sujets de gériatrie ?

M7 : Heu... non... ah ?... non... j'ai un doute là... ah bah si ! La journée de cardio en mai dernier, il y avait des sujets pas forcément dédiés à la personne âgée, quoique... et puis la journée de médecine générale en janvier aussi. C'était plus de la cardiologie que de la gériatrie mais on venait à parler des personnes âgées...

Moi : Et pas des statines ?

M7 : Non. Ça n'avait pas l'air de motiver grand monde... (*Rires*)

Moi : Ensuite, je voulais savoir combien il y avait d'habitants dans la commune, environ ?

M7 : 2500. Mais c'est pas notre bassin de population. Il y a les communes limitrophes qui utilisent les services de la commune, donc on a un bassin de population qui est plus important que ça. On a plutôt un bassin de population de 4000.

Moi : Et je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M7 : 52 (homme)

Moi : Merci !

Entretien n° 8

(13/03/2014) : 9 min 50

Moi : Mon travail de thèse est de voir ce qui en pratique joue sur l'utilisation des statines chez les personnes âgées, après 80 ans. Mon but c'est de savoir ce que vous faites, vous, au quotidien.

M8 : D'accord.

Moi : Tout d'abord, je voulais savoir ce que vous aviez comme idée globale des statines chez les personnes âgées ?

M8 : Alors... moi, ce que j'en pense c'est que, scientifiquement, je crois qu'il y a pas d'études de faites chez les gens au-delà de...alors je sais pas exactement... 75-80 ans... que probablement ça a un effet positif. Voilà. Après... ce que je fais en pratique, c'est que... je prends en compte l'espérance de vie des gens ; plutôt que l'âge réel. Si les gens ont encore une bonne espérance de vie, dans de bonnes conditions, je pense que c'est justifié de leur donner. Après si on se trouve avec quelqu'un qui, par exemple, démarre une démence, je pense que c'est pas légitime. Voilà, comment je procède.

Moi : Comment vous définissez l'espérance de vie ? Comment vous la jugez ?

M8 : Bah je la juge... en fonction de l'état cognitif de la personne, de sa dépendance ou pas... si elle est en maison de retraite, si elle est en foyer logement, si elle est autonome chez elle... Voilà. Et puis son risque cardio-vasculaire, si elle a un cancer évolué ou pas. Voilà. Tous ces paramètres entrent en ligne de compte.

Moi : Qu'est ce qui va, quand vous voyez une ordonnance de quelqu'un de plus de 80 ans, vous faire arrêter la statine ?

M8 : Bah son état cognitif ! Euh... après.... son espérance de vie, si c'est quelqu'un... si je prends un exemple, quelqu'un qui a 80 ans qui a... ses antécédents aussi ! Si on est en prévention primaire ou si on est en prévention secondaire. Quelqu'un qui est en prévention secondaire parce qu'il a un antécédent d'infarctus, par exemple, qui a 80 ans mais qui a une bonne autonomie, qui est chez lui, qui a un état cognitif normal, etc., je vois pas pourquoi on lui arrêterait. Par contre, si cette personne on lui découvre un cancer du pancréas avec une espérance de vie à moyen terme, vraiment pas bonne du tout, je pense qu'il faut essayer de faire un tri dans les médicaments, essayer d'en donner le moins possible.

Moi : Pour vous moyen terme, ça serait... quelques années ?

M8 : Moi, j'avais la notion, mais je sais pas si elle est encore d'actualité, qu'une statine pouvait se justifier si les gens avaient au moins 2 ans d'espérance de vie ; je sais pas si c'est encore valable...

Moi : C'est un peu flou...

M8 : D'ailleurs, je sais pas s'il y a des règles édictées dans ce domaine ?

Moi : Sur l'espérance de vie, non. Il y a d'autres choses qui vous feraient les arrêter ?

M8 : Evidemment les intolérances... heu... voilà, après...

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines ?

M8 : Je pense qu'elle est quand même relativement bonne. Faut aussi quand même penser quand les gens se retrouvent avec des plaintes pas bien définies type douleurs musculaires, des crampes, etc., quand les gens sont poly médicamenteux, c'est pas toujours très facile ; donc on peut être amené à faire des fenêtres thérapeutiques pour voir ce qui se passe, quoi.

Moi : Vous en avez eu, vous ?

M8 : Oui, oui, oui et puis il y a aussi toute l'influence des médias. Parce que ça ne touche pas forcément des gens plus jeunes, ça touche aussi des gens âgés qui pour des raisons ou pour une autre, ils ont entendu que... voilà... donc ils ne veulent plus de leur statine.

Moi : Est-ce que le reste de l'ordonnance du patient va jouer sur la place des statines ou pas ?

M8 : Bah oui, forcément ! Parce que, quand même, l'objectif c'est de donner le moins de médicaments possibles ; enfin, moi c'est mon objectif. Y compris chez les gens plus jeunes. Tout médicament a des effets secondaires potentiels donc moins on en donne mieux c'est !

Moi : Vous avez un exemple en tête de statine que vous avez arrêtée ?

M8 : Ah moi je les... enfin... de molécule particulière ?

Moi : Non, un exemple de patient où vous avez arrêté la statine ?

M8 : Bah...oui j'ai quelques patients qui sont en maison de retraite, des gens qui avaient des statines et qui ont un état démentiel et quand on regarde leur ordonnance, on se dit, voilà ça n'a pas d'intérêt, on l'arrête.

Moi : Vous l'arrêtez à quel moment dans l'évolution de la maladie ?

M8 : Dès que... par exemple, moi je pense qu'une personne qui a vraiment un état démentiel diagnostiqué, je pense qu'à ce moment-là les statines n'ont plus lieu d'être.

Moi : A partir du diagnostic établi ?

M8 : Oui ! Dès le diagnostic...

Moi : Pas forcément au moment où ils deviennent grabataires ? Même avant ?

M8 : Ah oui oui, bien sûr !

Moi : Est-ce que récemment, en formation continue, vous avez eu une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M8 : Non

Moi : Et est-ce que vous avez eu d'autres formations de gériatrie ?

M8 : Spécifiques ? Non. Enfin, moi j'en ai par les formations continues que je fais...

Moi : Vous en avez eu de gériatrie ?

M8 : Oui, oui, bah y'a pas très longtemps... sur l'état d'agitation chez les gens âgés. On invite un conférencier une fois par mois, qui vient traiter d'un sujet ; on fait un programme à l'année donc là c'était les états d'agitation chez la personne âgée.

Moi : Vous intervenez en EHPAD ? Vous avez beaucoup de patients ?

M8 : Oui, j'en ai 10.

Moi : Et dans votre patientèle, est ce que vous savez combien vous avez de personnes de plus de 80 ans ?

M8 : Heu...je sais pas... je dirais des bêtises... mais moi j'avance dans ma carrière et j'ai plutôt un creux chez les gens d'âge moyen. J'en ai un peu moins que la moyenne dans les âges moyens et un peu plus chez les enfants et les personnes âgées.

Moi : Je voulais savoir combien il y avait d'habitants dans la commune ?

M8 : On doit être dans les 7000

Moi : Et, dernière question, quel âge avez-vous ?

M8 : J'ai 58 ans (homme)

Moi : Merci

Entretien n° 9

(14/03/2014) : 9 min

Moi : Ce qui m'intéresse, c'est de décrire ce qui joue sur l'utilisation des statines après 80 ans, donc ce qui va influencer sur votre pratique. Je veux savoir ce que vous faites, vous, en pratique.

M9 : Sur des sujets de plus de 80 ans.

Moi : Voilà.

M9 : Alors, de façon très simple, s'il y a eu un traitement avant 80 ans qui était en place, qui était bien toléré, qui était efficace, qui était suffisant, je le maintiens. D'accord ? Mais à partir de 80 ans, pratiquement, je n'instaure pas de traitement, sauf vraiment un cholestérol à des 3, 4, 5 grammes etc. et des pathologies autres, pathologies cardiaques etc. ; mais sinon, si on est dans la prévention des risques, d'accord, je n'instaure pas après 80 ans. Par contre, si la personne a un traitement, je le maintiens.

Moi : Que ça soit en prévention primaire ou secondaire ?

M9 : Oui

Moi : Je voulais savoir ce que vous pensiez des recommandations actuelles ?

M9 : Sur les statines ? On nous enquiquine ! Moi, j'ai des pratiques... je suis quand même un vieux médecin donc j'ai des pratiques... et puis j'en prends des statines personnellement, d'accord, heu... je trouve qu'au niveau tolérance, il y a aucun soucis, au niveau efficacité, avec les molécules qu'on a en ce moment on est quand même... on se rassure quelque part en les protégeant en faisant baisser leur cholestérol et quand on voit que les cardio, dès qu'il y a un problème, style infarct' etc. font sortir les patients avec 80mg de Tahor®, on se dit que quand on est avec 10 ou 20mg ou 5mg de Crestor®, on n'est pas très agressif. Moi, je reste très très fidèle à ces produits-là, de façon régulière et longue.

Moi : Qu'est ce qui va vous inciter à les poursuivre ?

M9 : Je n'ai pas envie de prendre le risque d'arrêter et d'avoir un pépin, voilà, au niveau cardio-vasculaire, artériel etc. Donc, je répète un peu, mais si, au niveau tolérance, avec des doses faibles – on est sur des 10mg de Tahor® ou 5 de Crestor® - je n'ai aucun soucis de tolérance etc., pas de CPK qui augmente, pas de douleurs musculaires, je maintiens ; je maintiens pour protéger et pas prendre de risque. Après effectivement, si on voit l'aspect financier etc., on peut discuter à perte de vue et dire « bah si faut payer un traitement etc. encore pendant 10-20 ans parce que les gens ils vont maintenant jusqu'à 100 ans, voilà, ou

est-ce qu'on prend le risque d'avoir une pathologie qui va hospitaliser ces patients, et avoir un coût de revient nettement plus élevé que la statine qu'on maintient au long cours. D'accord ?

Moi : Qu'est-ce qui au contraire pourrait vous inciter à les arrêter ?

M9 : Si on a un veto au niveau financier, au niveau caisses ou au niveau je sais pas quoi... mais bon ! Alors ! En cas de tolérance correcte, je n'arrête pas ; mais si effectivement, tout d'un coup, il y a un problème de tolérance quel qu'il soit, ça j'arrête bien sûr ! Ou il faudrait qu'on nous impose l'aspect financier du coût des statines pour dire « voilà, le prix ne vaut pas le jeu, etc., et on nous interdit de prescrire ». Voilà. Sinon, non.

Moi : Vous avez en tête un exemple de statines que vous avez arrêtées ?

M9 : Non. Bah, non.

Moi : Pour vous les statines sont plutôt bien tolérées ?

M9 : Ah globalement, oui. On a très très peu d'ennuis et en plus souvent quand on change de famille, si on passe d'un Tahor® à un Crestor® ou à un autre produit en restant dans la famille des statines, comme par hasard, souvent on voit les effets secondaires disparaître. Alors, c'est pas la règle à 100% mais souvent en changeant, je ne sais pas l'expliquer, est-ce que le métabolisme est différent etc., mais on voit les troubles qu'on a, quand il y en a c'est des problèmes musculaires, c'est essentiellement ça, ça disparaît en général. Je n'ai aucune explication, mais souvent ça rentre dans l'ordre, quoi.

Moi : Donc vous arrivez à contourner l'intolérance finalement

M9 : Assez facilement, oui. Et je suis très, alors c'est peut-être pas votre truc, je suis très association avec des... style Inegy®, ces produits d'association quand on a des doses importantes, en restant à des doses plutôt faibles de 2 produits que de monter sur un 40, 60, 80mg de Tahor® qui là des fois... bon c'est vrai qu'on a quelques soucis des fois, mais sur des associations que, moi, j'utilise assez souvent Inegy®, on n'a aucun soucis avec ce produit-là. Je ne suis pas payé par MSD, hein !

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient, le reste de son ordonnance, va jouer sur la place des statines ?

M9 : C'est-à-dire ?

Moi : Est-ce que l'ordonnance qu'il a en renouvellement va jouer ?

M9 : Ah, si on a une ordonnance à rallonge ?

Moi : Oui par exemple

M9 : Non. Honnêtement, non. Sauf si on avait un problème d'association de médicaments, et encore je vois pas, heu... Non, il y a pas de situation sur une ordonnance particulière qui va me faire arrêter la statine.

Moi : Est-ce que les autres pathologies, autres que cardio-vasculaires, vont jouer sur la place de la statine ?

M9 : Oui, ça peut, mais... honnêtement je vois pas quelle autre pathologie m'inciterait ou me ferait arrêter cette statine. Alors sauf, après bon, dans les phases terminales etc., ou d'autres pathologies majeures font que l'intérêt de protéger tout ce qui est cardio-vasculaire avec la statine, n'a plus d'intérêt ; dans ces cas extrêmes, oui effectivement...

Moi : Dans les cas extrêmes ? En toute fin de vie ?

M9 : Oui, y'a plus d'intérêt parce qu'on est sur une fin de vie ou des pathologies autres tellement importantes que la statine n'a plus d'intérêt au niveau du soin. Mais sinon, non.

Moi : Pour vous, elle aurait plus d'intérêt à partir de quelle limite d'espérance de vie ?

M9 : Bah si on est dans les derniers mois de quelque chose dont on sait que ça va mal se terminer, style cancer, style je sais pas quoi, évidemment la priorité n'est plus la protection...

Moi : Quand on est sûr de l'issue à court terme?

M9 : Voilà !

Moi : Est-ce que vous avez eu en formation continue, d'une manière ou d'une autre, une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M9 : Chez les personnes âgées spécifiquement, non

Moi : Et avez-vous eu d'autres sujets de gériatrie en formation continue ?

M9 : Bah oui ! Forcément le diabète, récemment, on en a parlé beaucoup depuis les nouvelles recommandations. Et puis, Alzheimer, quoi ! On est, nous... autre sujet où on est très embêté sur les traitements...

Moi : Vous intervenez en EHPAD ? Vous avez beaucoup de patients ?

M9 : Bah oui ! Ah bah sûrement une cinquantaine ! On est entouré de maisons de retraite ! Je suis un vieux médecin avec pleins de vieux patients en maison de retraite... j'interviens dans pratiquement toutes les maisons de retraite du secteur, ça fait 6 ou 7, de mémoire.

Moi : Dans votre patientèle, vous savez combien vous avez de patients de plus de 80 ans ?

M9 : Heu...je dirais sûrement 20% maintenant... oui, parce que ça suit un petit peu l'âge du médecin...

Moi : Je voulais savoir combien il y avait d'habitants dans la commune, à peu près ?

M9 : 4000 habitants

Moi : D'accord. Et, enfin, quel âge vous avez ?

M9 : Eh bien, j'ai 64 ans ; voilà ! Et je n'ai pas envie de m'arrêter !

Entretien n° 10

(25/03/2014) 8 min 40

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse aux statines chez les personnes âgées, pour voir ce qui est fait en pratique par les médecins généralistes. Ce qui m'intéresse, c'est ce que vous faites, vous, au quotidien.

M10 : D'accord.

Moi : Je voulais savoir d'abord ce que vous aviez comme idée globale des statines chez les personnes âgées, après 80 ans ?

M10 : Ça peut être utile si l'indication est bien posée, voilà. Après... heu... je vois ça plus comme une indication dans la prévention secondaire... pas forcément en prévention primaire.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez des recommandations ?

M10 : C'est intéressant (rire). Nan, après je pense que c'est fait pour cadrer les prescriptions et dans ce sens-là, c'est intéressant ; ça aide à la prescription. Après... on peut ne pas en tenir compte, mais avec de bonnes raisons.

Moi : Qu'est-ce qui pourrait globalement vous inciter à les poursuivre après 80 ans ?

M10 : S'il y a des pathologies...des pathologies associées que ce soit du diabète, de l'hypertension ou... ouais, ça va être des pathologies associées. Le fait de traiter ne serait-ce qu'une hypercholestérolémie après 80 ans, pour moi, ne relève pas d'une prescription par statines, en tout cas.

Moi : Est-ce que vous avez en tête une ordonnance où vous vous êtes posé la question de l'arrêter ou de le poursuivre et vous avez décidé de le poursuivre ?

M10 : Ah ! (Rire) Oui, régulièrement ! Régulièrement, avec les patients diabétiques, notamment, qui sont plutôt très âgés, où finalement le diabète ne pose plus vraiment de problème même les traitements sont parfois arrêtés à l'occasion d'une hospitalisation, et du coup ils se retrouvent avec une statine seulement. Or, on sait qu'ils sont foncièrement diabétiques et du coup... voilà, je me pose toujours la question d'arrêter la statine dans ces cas-là. Et, bien souvent, je la laisse quand même.

Moi : Qu'est-ce qui au contraire pourrait vous les faire arrêter après 80 ans ?

M10 : Bah toutes les prescriptions finalement... euh... qui nous ont échappé en quelque sorte. Des patients à qui on a pu débiter des statines pour... devant des cholestérols très élevés et qui finalement, l'âge avançant, n'ont jamais posé de problème ; finalement, on arrive à 80 ans et là faut se reposer la question... Euh, mais aussi, avec tous ceux qui finalement arrivent chez nous avec des prescriptions de statines et avec un regard neuf, finalement, c'est plus facile de l'arrêter.

Moi : D'autres choses qui vous incitent à les enlever ?

M10 : Bah, les effets secondaires. Eventuellement, les altérations de l'état finalement, aussi les complications, les gens qui ont des insuffisances rénales, des insuffisances hépatiques, des choses comme ça, chez qui on va essayer de faire le ménage dans les thérapeutiques ; minimiser au maximum. Voilà !

Moi : L'altération de l'état, c'est-à-dire ?

M10 : Bah finalement l'apparition de ces insuffisances rénale et hépatique ; dans ce sens-là.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines, en général ?

M10 : Moyenne. Comme dans la population générale. C'est... moi je dirais que c'est un peu quitte ou double ; c'est... peut-être pas du 50% mais... pas loin de 60-40 en tout cas ! Hein ? 60 qui tolèrent bien et 40% qui finalement vont... en fait c'est plus une galère qu'autre chose.

Moi : Est-ce que vous avez en tête un exemple de patient pour qui vous avez arrêté la statine récemment ?

M10 : Alors un exemple récent... alors, oui mais j'ai réintroduit une statine... alors, non, mais en fait... j'utilise surtout des anciennes statines. Donc c'est vrai que le Crestor® je ne l'utilise pas ; je considère qu'il n'apporte aucune amélioration par rapport aux autres statines. Du coup, je fais des switch régulièrement avec... sur cette statine-là que je considère pas...

Moi : D'accord. Vous arrêtez le Crestor® pour repasser à des anciennes ?

M10 : Voilà. Mais, un arrêt de statine ? Si, euh... alors dernièrement, si pour des douleurs musculaires chez un patient qui... est par ailleurs... hypertendu... il est hypertendu et il a... il a plus de 65 ans, ce monsieur-là. Je lui avais mis une statine parce qu'il avait un LDL-cholestérol qui était autour de 1,9 je crois, et finalement il tolère pas donc je lui ai arrêté et... alors bon... je sais pas si c'est une intolérance à la classe des statines ou finalement seulement à la statine que j'avais prescrite... euh... en attendant, je lui ai proposé de prendre de la levure de riz rouge, pour... voilà... pour essayer de voir un petit peu, voir déjà s'il refait le même effet secondaire... s'il a toujours des crampes. Puis, à voir quoi !

Moi : D'accord. Est-ce que l'ordonnance du patient telle qu'il a quand il vient pour son renouvellement va jouer ou pas sur la prescription de statines ?

M10 : C'est-à-dire ?

Moi : Le reste de son traitement

M10 : Alors, c'est vrai que... en fonction des antécédents, bien sûr ; après, en fonction de ce qu'ils prennent, si y'a beaucoup de médicaments ou pas... heu... je pense pas... j'en ai pas conscience en tout cas.

Moi : D'accord. C'est plus en fonction de l'indication ou pas ?

M10 : Oui

Moi : Est-ce que les pathologies du patient, autres que cardio-vasculaires, vont jouer ou pas sur la prescription ou pas de statines ? Vous parliez tout à l'heure d'insuffisances rénale et hépatique ?

M10 : Oui.

Moi : Est-ce qu'il y a d'autres pathologies qui vont jouer ?

M10 : Non, pas spécialement, je fais pas forcément attention. Non, pas particulièrement.

Moi : Est-ce que vous avez eu en formation continue une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M10 : Alors, oui, parce que j'ai fait un... j'ai eu l'occasion d'aller en formation au CHU, du moins à la fac, en cardiologie chez la personne âgée où j'ai eu cette formation-là...

Moi : C'était quand ?

M10 : Ça doit faire au moins 3 ans

Moi : Ils parlaient des statines ?

M10 : Oui, oui. Ils avaient dit que, de toute façon, elles gardaient leur place comme chez tout patient et que à partir du moment où il y avait l'indication, il valait mieux les maintenir ; donc on revient à l'idée de la prévention secondaire.

Moi : Est-ce que vous avez eu d'autres formations de gériatrie récemment ?

M10 : Non, ça remonte à loin.

Moi : Est-ce que vous savez quel pourcentage de personnes âgées vous avez dans votre patientèle ?

M10 : Oui, parce qu'on a eu notre relevé récemment et du coup en plus de 70 ans, je dois être à plus de 24%

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ? Vous avez combien de patients ?

M10 : Oui... euh... plus de 80 ans ? Je dois avoir 20 patients en EHPAD à peu près, et du coup, plus de 80 ans, je dirais bien au moins 15.

Moi : D'accord. Combien y a-t-il d'habitants dans la commune ?

M10 : (Rires) Plus de 5000, moins de 10 000...

Moi : Et, enfin, je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M10 : 39 ! (homme)

Moi : Merci

Entretien n° 11

(25/03/2014) 9 min20

Moi : Mon travail de thèse porte sur les statines chez les personnes âgées, après 80 ans. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir ce que font les médecins généralistes en pratique.

M11 : D'accord.

Moi : Je voulais savoir d'abord quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M11 : C'est vrai que moi je privilégie plutôt les fibrates jusqu'à maintenant chez les personnes âgées. Les statines je trouve que c'est très puissant mais qu'il y a des effets secondaires non négligeables et qu'on ressent plus chez les personnes âgées. Après, je leur prescris maintenant chez les personnes âgées. Ça dépend du contexte, ça dépend de leurs facteurs de risque, de leur contexte familial dans l'historique, de tout ça.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez justement de la tolérance des statines ?

M11 : Eh bien, c'est très variable. Il y a des gens qui tolèrent très bien, je trouve même à des doses importantes de statines puissantes, et d'autres qui, tout de suite, n'importe quelle statine, ne tolèrent pas bien et on est dans l'échec thérapeutique. En particulier, chez des patients en post-infarctus, des fois, on est un peu embêté. Donc c'est vraiment dose-dépendant chez certains ou vraiment molécule-dépendant chez d'autres. Ça, j'ai l'impression qu'on ne peut pas savoir avant de l'avoir essayé

Moi : Du coup, les fibrates sont mieux tolérés que les statines ?

M11 : eh bien, en général, oui. Mais c'est vrai qu'on n'est pas forcément dans les recommandations sur certaines pathologies, quoi ! On est hors AMM sur pleins de choses...

Moi : qu'est-ce qui va vous inciter à poursuivre les statines chez les personnes âgées après 80 ans ?

M11 : L'indication... cibler la bonne indication... la tolérance, bien sûr, et puis ce qu'on en attend : l'espérance... le bénéfice... la prévention secondaire, si elle se justifie ou pas. Après si c'est bien toléré, que c'est une personne en bon état général, qui a une qualité de vie satisfaisante avec une tolérance correcte, ça m'incite à poursuivre.

Moi : Et, au contraire, qu'est-ce qui pourrait vous inciter à les arrêter ?

M11 : Eh bien, revoir l'indication déjà de la mise en place de la statine, savoir s'il y a un intérêt ou pas à être drastique dans les bilans biologiques et puis la tolérance surtout et puis pas essayer de traiter coûte que coûte si on a une dégradation de la qualité de vie à cause de la statine et de ses effets secondaires.

Moi : Le bon état général, vous le définiriez comment ?

M11 : C'est un ensemble entre le côté intellectuel et le côté physique...quelqu'un qui se sent bien dans son autonomie et son indépendance, on va dire ça comme ça, au quotidien. Quelqu'un qui arrive à être satisfait de son quotidien, qui arrive à faire les gestes du quotidien, que ce soit...qu'il puisse se débrouiller tout seul ou avec aides, mais de façon satisfaisante pour lui, en tout cas. Après, il y a des gens qui vont être en meilleur état physique que d'autres, mais qui vont pas être satisfaits de leur état. Du coup, moralement ça va les desservir. Donc quelqu'un qui est globalement satisfait de son état physique et intellectuel !

Moi : Par rapport aux indications, vous les arrêtez quand ? Si c'est en prévention primaire ?

M11 : Voilà ! Sur la prévention primaire, si on a quelqu'un qui a beaucoup de facteurs de risque cardio-vasculaire, qui est en bon état général, il y a une indication, pourquoi pas les poursuivre. S'il les tolère bien. Quelqu'un qui...n'a pas de facteurs cardio-vasculaires majeurs...qui... a pas nécessité d'avoir un bilan... très bas, j'ai tendance à pas insister là-dessus.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez un exemple en tête de réflexion sur une ordonnance où vous avez décidé d'arrêter les statines ?

M11 : Euh...bah là, j'ai un patient qui a fait un infarctus, insuffisance coronarienne aigüe, qui a été mis sous statine puissante (atorvastatine 80) par le CHU... euh... qui n'a pas toléré donc moi j'avais arrêté... j'avais essayé de voir sur le bilan biologique pour mettre des fibrates et de l'ézétimibe. Les cardiologues ont remis une autre statine, qui n'a pas été toléré, il en a essayé 6 ou 7... à chaque fois avec une tolérance médiocre et puis surtout une cytolysse hépatique majeure à chaque fois. J'ai eu du mal à les arrêter par rapport aux cardiologues, mais...ils disaient « faut absolument des statines, on n'est pas dans les recommandations si on n'a pas de statine ; les fibrates sont pas du tout dans les recommandations du post-infarctus, l'ézétimibe, pourquoi pas mais pas les fibrates »

Moi : Et au final ?

M11 : Au final, de toute façon, il tolérait pas donc... au bout de quelques jours il avait les transa à 400 et avait mal partout... de toute façon il les a arrêté de lui-même... et moi, je l'ai plutôt encouragé à les arrêter. Mais, par contre, on essaye de contrôler tous les autres facteurs de risque cardio-vasculaires et les cardiologues ont accepté qu'il ait ézétimibe et fibrates en prévention secondaire.

Moi : Est-ce que les autres pathologies, autres que cardio-vasculaires, vont jouer sur l'utilisation des statines ?

M11 : Euh... bah... oui et non... c'est-à-dire que plus on a de pathologies, plus on a de médicaments et plus il y a de risque de iatrogénie médicamenteuse mais en même temps plus on a de pathologies cardio-vasculaires et plus on essaie d'avoir un bilan biologique contrôlé. Finalement, les gens chez qui j'ai arrêté les statines, c'était ceux qui avaient le moins de traitements et pas forcément beaucoup de pathologies. Donc ça dépend vraiment du contexte.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient va jouer sur la place des statines ?

M11 : Ouais... ouais...pour tout ça...c'est-à-dire que si...un patient est diabétique, hypertendu, avec des antécédents familiaux... euh... on essaie de mettre des statines mais ça dépend un peu des interférences, des interactions et puis de son état général aussi.

Moi : Et le reste de son ordonnance, autre que le « pack » ?

M11 : Sur les interactions médicamenteuses ? Oui, faut jongler. Il faut rester prudent. Plus j'avance dans mon activité et moins je mets de médicaments, moins j'essaie de multiplier les classes. J'en mettais au début plutôt pas mal et puis là j'allège mes ordonnances assez facilement.

Moi : Est-ce que récemment vous avez eu une information sur les statines chez les personnes âgées en formation continue ?

M11 : Euh...non... j'ai pas dû en avoir.

Moi : Et est-ce que vous avez assisté à des formations de gériatrie ?

M11 : C'était il y a un an...sur toutes les interactions médicamenteuses, notamment la iatrogénie chez la personne âgée. Pas sur les statines.

Moi : Est-ce que vous intervenez en EHPAD ?

M11 : Ouais...ouais

Moi : Vous savez combien vous avez de patients, à peu près ?

M11 : 25...30...32... je dois en avoir entre 30 et 35, quoi !

Moi : D'accord. Et est-ce que vous savez quelle proportion de plus de 80 ans vous avez dans votre patientèle ?

M11 : Euh... non... je sais pas... je regarde... 15%

Moi : Vous savez combien il y a d'habitants dans la commune ?

M11 : 4200 ! 4224 je crois au dernier recensement (rire)

Moi : Parfait ! Et, dernière question, quel âge vous avez ?

M11 : J'ai 37 ans (homme)

Moi : Merci

Entretien n° 12

(25/04/2014) 7 min 30

Moi : Je travaille sur les statines. Ce qui m'intéresse c'est de savoir ce que font les médecins généralistes chez les personnes âgées, après 80 ans, au quotidien. Je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M12 : Heu... si je peux ne pas en donner, j'en donne pas... (Rires). Mais bon, j'ai pas fait de formation récente par rapport à ça, donc les conférences de consensus, tout ça, récemment je sais pas. Ils ont déjà pas mal de médicaments ; après, j'avais une notion que c'était plutôt quelque chose de prospectif, c'est-à-dire valable sur les 10 années suivantes. Et donc quand on a 80 ans, on a une espérance de vie évidemment mais est-ce que ça joue vraiment sur les risques d'AVC, les choses comme ça, ça j'ai pas d'études récentes. Donc parfois il y a des effets indésirables, qui sont quand même notables et donc s'ils ont ces effets indésirables là, j'enlève assez facilement les statines. Plus que chez des gens qui ont 45 ans et qu'ont fait un infarct' bien évidemment. Après, voilà.

Moi : Qu'est-ce qui va vous inciter à les poursuivre chez les personnes âgées ?

M12 : Pas grand-chose... (Rires). Si, si, bah le bon état général, évidemment si les gens n'ont que ça, qu'ils n'ont jamais fait de problème etc., je me dis que c'est un facteur peut-être de bien-être dans les dix ans à venir, peut-être. Peut-être, parce que je mets en doute, comment dire, les études vont évoluer et peut-être qu'on se dira que finalement c'était pas forcément bénéfique ou on a gagné que 1% etc. et finalement les gens ont eu des problèmes de foie, ont eu des effets indésirables. Voilà. Alors, il y a aussi l'observance. Les gens quand ils voient pas quelque chose, si vous voulez, quand ils ont pas de signe, de symptomatologie, leur dire qu'ils prennent un médicament tous les jours et que eux ils voient simplement un petit résultat sur une prise de sang, c'est pas évident non plus que l'observance soit bonne. Ça, je sais pas si vous faites des études là-dessus, mais je pense que sur ce genre de produits, l'observance n'est pas forcément bonne. Voilà.

Moi : Comment vous qualifiez le bon état général chez la personne âgée ?

M12 : Alors, là, je... le bon état général, c'est quelqu'un qui reste, qui est autonome physiquement, qui peut rester chez lui, enfin habiter chez lui, en tout cas, sans aide à domicile ; quand je lui pose des questions, qu'il me réponde correctement, qui sait gérer ses médicaments tout seul, qui a une vie sociale, enfin bon voilà, des choses comme ça, quoi. Enfin, des... parfois c'est vrai que faut poser des questions vraiment bêtes, du genre « quel jour on était hier ? », un truc comme ça, pour voir si les gens n'ont pas de soucis mémoriel.

Parce que parfois c'est pas évident à l'œil nu comme ça. Et puis il y a aussi les problèmes de risque de chutes. Donc, le logement qui n'est pas plein d'escaliers, etc., c'est important aussi de vérifier ça, dans le bien être de la personne âgée.

Moi : Qu'est-ce qui va vous inciter à les arrêter ?

M12 : Tout ! (rires) Tout ! Mais je suis pas un bon exemple... Non, non, enfin bon, dès que, dès qu'ils me disent les histoires de crampes, etc., les trucs comme ça ; les histoires d'observance ; il y a déjà le taux sanguin, si j'ai un taux sanguin inférieur à tant, je me dis « bon bah voilà, je vais pas recommencer à leur donner des traitements pour rien » Mais je suis pas une fana, honnêtement je suis pas une fana, chez les personnes âgées.

Moi : Vous avez un exemple d'ordonnance où vous vous êtes posé la question et vous l'avez arrêté ?

M12 : Bah d'ordonnance non, mais... quand ils commencent à me dire « j'ai mal tout le temps aux jambes etc., j'ai mal tout le temps », je leur arrête pendant 3 mois et puis ils me disent qu'ils ont plus mal, je leur dit « bon bah oui, vous arrêtez ! » Voilà, c'est tout ! Surtout s'ils ont 80 ans. Je suis pas... enfin, j'ai peut-être tort, mais j'essaie de diminuer au maximum les ordonnances, moi, donc si je peux, parce que je fais comme pour moi et moi j'ai pas envie tellement de prendre de médicaments. Donc, voilà, c'est un peu ça.

Moi : Est-ce que le reste de l'ordonnance du patient va jouer sur la place des statines ?

M12 : Ah bien sûr ! Oui, oui. Il y a des priorités, mais j'écèrème. J'écèrème beaucoup même chez les gens qui ont l'habitude d'en prendre beaucoup, qui sont venus avec des ordonnances comme ça, c'est vraiment... déjà qu'ils en prennent en plus, en parapharmacie et de je ne sais quoi qu'ils vont lire sur les bouquins... Donc je pense que c'est pas forcément utile. Après, j'essaie de les cibler sur ce que je pense utile pour eux. C'est vrai que les gens qui ont de l'ostéoporose, qui risquent de casser à tout bout de champ, je leur dit prenez plutôt le médicament pour l'ostéoporose, des trucs comme ça. Parce que les régimes alimentaires, à 80 ans, ça m'étonnerait qu'il change, quoi. Donc, s'ils ont tenu jusque-là, déjà... Après, c'est sûr, c'est toujours le problème des AVC. C'est sûr que l'AVC après, c'est très invalidant. Ça entraîne pleins de choses et c'est vrai que si on peut... mais est-ce que le risque d'AVC est vraiment diminué, en fonction de quoi, à partir de quand il faut prendre les hypocholestérolémians et tout ça... j'en sais rien...

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines ?

M12 : On connaît... bah je trouve que quand même... est-ce que c'est ça qui entraîne des douleurs... il y a le biais évidemment : quand t'es âgé, t'as des douleurs, alors qui viennent de droite, de gauche, tu bois pas assez... enfin pleins de trucs... Mais, je pense que quand même,

les effets indésirables sont notables et encore on vérifie pas tout par rapport au niveau hépatique et tout...

Moi : Je voulais savoir comment les autres comorbidités, autres que cardio-vasculaires, du patient vont jouer sur la place des statines ?

M12 : Dans quel sens ? Le diabète, etc. ?

Moi : Autres que cardio-vasculaires ?

M12 : Bah s'ils ont des pathologies rhumatismales, par exemple, des trucs comme ça, je pense notamment aux effets indésirables, au niveau de la tolérance, mais sinon, autres que cardio-vasculaire, non ça jouera pas des tonnes. Bah s'ils ont une insuffisance hépatique, une insuffisance rénale, voilà, mais c'est plus par rapport à la tolérance directement du médicament.

Moi : D'accord. Les autres antécédents vont pas jouer spécialement ?

M12 : Autres que cardio-vasculaires, non.

Moi : Très bien. Vous me disiez que vous n'aviez pas eu d'information sur les statines récemment ?

M12 : Récemment, non.

Moi : Est-ce que vous avez eu d'autres sujets de gériatrie ?

M12 : Non. (Rires) J'aime pas la gériatrie...c'est pas bien mais...

Moi : Est-ce que vous connaissez à peu près le pourcentage de personnes âgées que vous avez ?

M12 : 15% peut-être ? Je dirais ça...

Moi : Vous intervenez en EHPAD ?

M12 : Jamais ! Ni en maison de retraite. Donc, je suis pas un bon exemple...mais j'ai des personnes âgées qui sont valides, qui viennent au cabinet ! Mais j'en ai pas à domicile, par exemple.

Moi : Enfin, je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M12 : Moi, 56. Voilà. (femme – 397 000 habitants)

Moi : Merci !

Entretien n° 13

(22/05/2014) 8 min 40

Moi : Mon travail de thèse s'intéresse à décrire ce qui influe en pratique sur la prescription des statines après 80 ans. Ce qui m'intéresse, c'est ce que vous faites, vous, au quotidien. Je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées, après 80 ans ?

M13 : Bah ça dépend... ça dépend... heu... le niveau de l'indication. Si c'est pour un problème d'hypercholestérolémie, c'est clair qu'après 80 ans je ne m'y intéresse pas. Parce que j'estime normal que le cholestérol monte avec l'âge et que je vais pas embêter des patients qui ont pas eu jusqu'à 80 ans d'accident vasculaire avec des statines qui ont un risque de donner des douleurs musculaires ou autre effet secondaire. Voilà. En revanche, là où je suis plus dans le doute, c'est quand effectivement c'est plus à visée un petit peu conventionnelle post accident vasculaire, comme d'une manière un peu systématique il est préconisé de mettre une statine, non pas pour son rôle hypocholestérolémiant mais plus pour son action sur la plaque. Donc, c'est vrai que souvent quand il y a un accident vasculaire, les patients, quel que soit leur âge, sortent de l'hôpital avec une statine, je suis toujours embêtée ; j'ai tendance à la laisser mais ça m'est arrivé de la supprimer. Bon, des patients âgés qui avaient plus de mal à se mobiliser, à bouger, bon je dis on arrête, quoi. Voilà. Mon point de vue il est là. J'ai pas envie d'être délétère sur l'autonomie du patient.

Moi : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez des recommandations chez les personnes âgées ?

M13 : Je les connais pas les recommandations chez les personnes âgées au niveau des statines. Aucune idée.

Moi : Qu'est-ce qui va vous inciter à poursuivre les statines ? Donc le post-accident ?

M13 : J'aurais tendance à oser laisser la statine dans les suites d'un infarctus, d'un syndrome coronarien important donc, et AVC. Sinon, je remets dans la balance.

Moi : Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à les arrêter ?

M13 : J'arrête... alors AIT par exemple, je me pose la question des personnes qui ont fait des AIT mais sans plus. Je sais pas si à 85, 90 ans il est judicieux ou pertinent de mettre une statine, parce que je vois pas... il y a pas d'étude là-dessus... sur effectivement le niveau de mortalité en plus ou en moins par rapport à des personnes très âgées qu'on met sous statines. Voilà donc je me pose des questions. J'en suis que là. Mais je pense pas qu'il y ait d'études de sorties là-dessus. Il serait intéressant qu'on le fasse....

Moi : L'âge avancé du coup...

M13 : L'âge très avancé, moi je mets des.... moi, je suis de plus en plus vigilante et je me suis vue arrêter des statines chez des personnes très âgées.

Moi : Tout à l'heure vous parliez des douleurs aussi ?

M13 : Musculaires, oui. Les myalgies, même non validées par des CPK élevées... heu, moi, j'ai des patients effectivement qui se sont plaint de douleurs musculaires, d'une gêne à la mobilisation, heu... sous statines et qui ont régressées à l'arrêt de la statine.

Moi : heu... d'accord. Est-ce que vous avez un exemple en tête de statine que vous avez arrêtée ?

M13 : Non... non parce que j'ai du mal à mémoriser le nom des gens... donc non ; je sais que j'ai arrêté des statines chez des personnes âgées mais, là, je n'ai pas de nom comme ça, j'aurai dû préparer...

Moi : Non, non... Est-ce que l'ordonnance du patient, en elle-même, va influencer sur l'utilisation des statines ? Le reste de son traitement ?

M13 : Ah bah oui ! Si c'est un patient ou une patiente qui est traité pour cœur, poumons, d'autres problèmes, etc., et qui a une ordonnance de 10 médoc, c'est vrai que je vais regarder à deux fois avant d'intégrer des statines, surtout chez quelqu'un très âgé...

Moi : Très bien. Globalement, que pensez-vous de la tolérance des statines chez les personnes âgées ?

M13 : Je... j'en sais rien... je suis pas sûre qu'elle soit moins bien tolérée que chez des gens plus jeunes mais chez eux c'est plus...si elle est moins tolérée, mal tolérée, c'est plus grave. Voilà, parce que c'est des personnes précaires, qui ont de multiples pathologies, de multiples médicaments. Moi, j'estime qu'à partir de 5, 6, 7 médicaments on ne sait plus ce qu'on fait, parce qu'il y a des interactions qui, à mon avis, on ne maîtrise pas, qu'il y a souvent des fonctions rénales déficitaires, des fonctions hépatiques qui sont pas géniales donc je trouve qu'on joue trop à l'apprenti sorcier et...heu...voilà ! En revanche, je suis pas sûre qu'ils aient plus d'effets secondaires que des plus jeunes...mais le contexte est pas le même... donc c'est plus délicat.

Moi : d'accord. Est-ce que les pathologies, autres que cardio-vasculaires, vont jouer sur l'utilisation des statines ? Les autres antécédents ?

M13 : Bah c'est le diabète... les recommandations nous disent qu'il faut protéger les diabétiques un peu plus que les autres [rires], donc faut leur mettre ceci, cela...alors moi j'adhère pas à ça...on est noté là-dessus, diabétiques... je me demande si ça rentre pas, ce que vous dites, statines chez le diabétique, si ça rentre pas dans les ROSP, les recommandations... là, si on n'est pas... « pénalisé » ou non là-dessus dans le retour qu'on a de la CPAM, je

crois... heu... je suis pas bien notée...je mets pas de statine systématiquement chez les gens qui ont par exemple un diabète... si c'est des gens qui se nourrissent bien, qu'ont pas d'antécédent d'accident cardio-vasculaire, moi, j'en mets pas.

Moi : D'accord, c'est pas systématique.

M13 : Non.

Moi : Les autres pathologies, est-ce que ça va jouer sur l'utilisation des statines ?

M13 : J'sais pas, quelle autre pathologie ?

Moi : Les autres antécédents que peut avoir une personne âgée ?

M13 : Non, j'ai pas de...non... chez des gens qui ont des maladies neuromusculaires, je vais pas le mettre, c'est sûr... heu... sinon, non, j'ai pas d'autres...

Moi : Par exemple les démences...les choses comme ça...

M13 : Ah ! Les démences, démence d'Alzheimer ?

Moi : Oui, ou autres.

M13 : Bah... je suis pas sûre qu'en gériatrie ils soient systématiques et qu'ils mettent... ils mettent pas de statines s'il y a pas besoin ! En gériatrie, je pense pas !

Moi : Après, si vous avez un patient qui débute une démence, est-ce que ça va changer votre prescription de statines ?

M13 : Ça peut. Quelqu'un qui a une démence, qui perd un peu d'autonomie, j'y regarderai à deux fois pour lui mettre une statine, mais là on est dans le même cadre que la réponse de tout à l'heure : personne âgée, précaire, multi-médicamentée, à qui je vais pas forcément rajouter une statine, qui risque effectivement de la perturber. En plus de ça, une personne démente va pas forcément aller consulter parce qu'il y a des douleurs qui apparaissent ou quelque chose comme ça.

Moi : D'accord. Donc c'est au moment de la perte d'autonomie et de la précarité que vous vous reprenez la question ?

M13 : Oui.

Moi : Quelle que soit la pathologie, en fait ?

M13 : Oui, voilà ! En gros, c'est ça.

Moi : Je voulais savoir si vous interveniez en EHPAD ?

M13 : J'ai des patients en EHPAD mais je ne suis pas coordinatrice. J'en ai une petite dizaine.

Moi : Et dans votre patientèle, est-ce que vous avez une idée de la proportion de patients de plus de 80 ans ?

M13 : Ah ! Non j'en sais rien...mon logiciel pourrait le dire mais je suis nulle en informatique...

Moi : C'est pas grave ; est-ce que dernièrement vous avez eu des informations, en formation continue, sur les statines chez les personnes âgées ?

M13 : Sur les personnes âgées, non.

Moi : Et des formations de gériatrie ?

M13 : Non

Moi : Très bien. Et je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M13 : 60 (femme – 397 000 habitants)

Moi : Très bien, merci.

Entretien n° 14

(22/05/2014) 6 min 50

Moi : Mon but est de savoir un peu ce que font les médecins généralistes avec les statines chez les personnes âgées après 80 ans. Donc, ce qui m'intéresse, c'est ce que vous faites, vous, au quotidien. Je voulais savoir quelle idée globale vous aviez des statines chez les personnes âgées ?

M14 : J'ai pas d'idée particulière. Moi, je pense qu'on peut le donner, quand même, à tout le monde. En respectant quand même certaines règles, mais bon. Si j'en ai vraiment besoin, je le mets.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations ?

M14 : C'est-à-dire... je sais pas... heu... y'en a pas ?

Moi : Oui, c'est ça.

M14 : Moi, je les donne en cas de pathologies vasculaires importantes, on vient de découvrir une artérite, on vient d'opérer quelqu'un... bah, de toute façon, c'est souvent les cardio d'ailleurs qui nous disent [rires] « mettez-en ! ». Voilà. Mais, il y a pas vraiment de recommandations, c'est pour ça que je tiquais un peu... c'est vraiment fonction du cas...

Moi : Donc, vous, qu'est-ce qui va vous inciter à les poursuivre ? Le problème vasculaire ?

M14 : Problème vasculaire, voilà, la personne qui est diabétique, la personne qui est encore en très bonne santé, qui n'a pas besoin... là, j'en ai arrêté chez quelqu'un qui est grabataire, qui est en fin de vie, qui a pas besoin de ça... maintenant... voilà. Que si vraiment quelqu'un à qui on peut... pour qui, on attend, quand même, un résultat, hein, pas une aggravation de pathologie ou un truc comme ça. Quelqu'un qu'on a opéré, qui a une artérite, un truc comme ça, je pense que ça vaut le coup.

Moi : Qui a une espérance de vie... ?

M14 : Oui, voilà. Quand même en bon état général.

Moi : On parle en mois, années ?

M14 : 5, 10 ans ! Quelqu'un, on sait qu'au bout d'un an il va... ça vaut pas le coup, je pense...

Moi : D'accord. Donc, une pathologie intercurrente avec une espérance de vie de un an, deux ans, autres que cardio-vasculaires, vous l'arrêteriez ?

M14 : Je l'arrête ! Enfin, je l'arrête pas systématiquement au tout début mais, voilà, là j'ai un patient qu'est en stade... pff... qui a une maladie d'Alzheimer déjà, et en plus un cancer de la prostate avec des métastases partout, il est grabataire chez lui... on a... pff... on a arrêté, alors

qu'il avait eu une sténose qui avait été opérée, etc.... mais bon j'ai arrêté, ça sert à rien enfin, quoi... Qu'est-ce qu'on en attend ? Enfin, à mon avis...

Moi : Donc c'est plus en fonction de l'espérance de vie et du bénéfice attendu ?

M14 : Voilà ! Voilà.

Moi : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous font arrêter les statines ?

M14 : Les douleurs musculaires, éventuellement. Voilà. A part ça... heu... non, bah non je vois pas.

Moi : Qu'est-ce que vous pensez de la tolérance des statines chez les personnes âgées ?

M14 : C'est pas pire que chez les autres... enfin, vous allez pouvoir me répondre (rires) ; enfin moi, je trouve que c'est pas pire que chez les autres... Enfin, je n'ai pas énormément de personnes au-dessus de 80 ans non plus... mais... je sais pas si y'en a beaucoup qui en ont... bon, moi, les personnes qui en ont ou qui en ont eu, elles les toléraient aussi bien que les autres.

Moi : Est-ce que l'ordonnance du patient, telle qu'il vous l'amène pour le renouvellement, va changer sur la place des statines ou pas ? Est-ce que ça va influencer votre prescription ou pas ?

M14 : Si c'est une ordonnance que je renouvelle et que tous les produits sont logiques, je vois pas pourquoi je changerais ! Ca dépend s'il y a des interactions mais à part ça... Non il n'y a pas de raison. Si c'est justifié, je vois pas pourquoi je l'arrêtera.

Moi : D'accord. Et donc les autres comorbidités du patient, tout à l'heure vous disiez le cancer ?

M14 : Oui, à un stade avancé, voilà, on sait que ça va pas servir à grand-chose, on a plus... l'espérance de vie étant... raccourcie... je crois que ça vaut pas le coup de l'enquiquiner à prendre en plus des médicaments qu'il aura du mal en plus à avaler, je vois pas le bénéfice...

Moi : Vous parliez aussi de la démence. C'est lorsque l'état général est très altéré, c'est au moment du diagnostic ?

M14 : Bah, là, je vois j'ai une dame, on a arrêté ça aussi, elle a un Alzheimer très avancé... je l'ai arrêté... enfin, on a aussi arrêté les médicaments Alzheimer, elle en avait aussi.

Moi : Donc c'est plus quand la maladie est déjà avancée ?

M14 : Ah oui, très évoluée ! Oui, oui.

Moi : Pas dès le début du diagnostic ?

M14 : Ah non. Non, pas du tout. Au contraire ! Enfin, je veux pas dire que j'en mettrais, mais voilà, si c'est quelqu'un qui a déjà ça à l'avance pour des pathologies... ils ont eu des AVC ou

des...d'autres choses, je vais quand même le conserver tant qu'ils sont relativement bien. Mais quand ça se dégrade, j'essaie d'alléger l'ordonnance.

Moi : Et, à quel moment vous considérez qu'ils se dégradent ? Pour le cancer ou la démence ?

M14 : Bah là, cette dame à laquelle je pense, elle est vraiment complètement...elle reconnaît plus personne, elle est vraiment...là, elle est grabataire...on vient de lui découvrir un cancer du sein en plus... (Rires). Donc, je vois pas l'intérêt de lui laisser ça...

Moi : Donc c'est sur la communication ? L'état physique ?

M14 : Voilà. Oui, parce que les statines ça apporte quoi, en fait ? En dehors du vasculaire, je vois pas ce que ça amène...

Moi : Très bien. Je voulais savoir, dans votre patientèle, est-ce que vous avez une idée de combien vous avez de personnes âgées de plus de 80 ans ?

M14 : De plus de 80 ans ? Je sais pas... j'en ai pas beaucoup, non. Mais je vieillis et j'ai vieillis avec ma patientèle... (Rires)

Moi : Vous intervenez en EHPAD ?

M14 : J'ai quelques patients, oui...j'en ai 4, 5, 6 à peu près.

Moi : D'accord. Est-ce que dernièrement vous avez eu en formation continue une information sur les statines chez les personnes âgées ?

M14 : Non. Non, je crois pas. Je vais à toutes les formations, les FMC qu'on nous propose mais pas sur ça...

Moi : Et en gériatrie, vous en avez eu ?

M14 : Je me souviens pas...

Moi : Et, dernière question, je voulais savoir quel âge vous aviez ?

M14 : (Rires) 59 ! Voilà ! (femme – 397 000 habitants)

Moi : D'accord. Merci !

QUELLES SONT LES LOGIQUES DE PRESCRIPTION ET DE DEPRESCRIPTION DES
STATINES, CHEZ LES PATIENTS AGES DE PLUS DE 80 ANS, PAR LEUR MEDECIN
TRAITANT ?

RESUME

La prescription des statines concerne un quart des personnes âgées en France. Chez ces patients, la polymédication est fréquente, cause de iatrogénie parfois grave. La déprescription de médicaments peu utiles permet de limiter ces risques. Malheureusement, peu d'études de morbi-mortalité sont menées au sujet des statines, après 80 ans. Face au flou des recommandations, l'objectif de l'étude était de décrire les logiques de prescription et de déprescription des statines, chez les personnes âgées de plus de 80 ans, par les médecins généralistes.

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-directifs, auprès de 14 médecins généralistes de Maine-et-Loire.

Les médecins poursuivaient les statines en prévention primaire, en cas de cumul de facteurs de risque cardio-vasculaires, mais ils ne les initiaient pas. La prescription en prévention secondaire était répandue, mais se faisait au cas par cas, pondérée par l'état général du patient et la tolérance du traitement. Les médecins connaissaient peu les recommandations de l'AFSSAPS sur la prescription des statines après 80 ans, mais leurs pratiques y étaient assez conformes.

Les interactions médicamenteuses et la polymédication étaient peu prises en compte. La déprescription des statines était freinée par l'inertie thérapeutique et par les représentations du patient et du médecin sur les statines. L'avis divergent du spécialiste d'organe, les difficultés de communication avec le patient, et la tenue du dossier médical étaient également évoqués. Deux profils de prescripteurs se dégagent des entretiens, semblables à ceux décrits en thérapeutique en général.

Les logiques de prescription des statines chez les plus de 80 ans sont influencées par différents facteurs : profil du médecin, contexte, préférences du patient, représentations concernant les statines. Des données scientifiques de bon niveau de preuve sur l'efficacité des statines chez les personnes âgées manquent encore pour faciliter une prise de décision solide dans la démarche EBM.

MOTS-CLES

Médecine générale, statines, personnes âgées, prescription inappropriée, prise de décision