

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N°

2018.199

**THESE**

pour le

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

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

CHARBONNET Claire  
Née le 28/10/1987 à Rennes (35)

Présentée et soutenue publiquement le 06/11/2018

**Moteurs et freins à l'utilisation de l'échelle SCORE d'évaluation du risque  
cardiovasculaire : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Françoise OHEIX

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,**

Vous m'avez fait l'honneur et le plaisir d'accepter la présidence de cette thèse,  
Recevez l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Jean-Noël TROCHU,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et de juger ce travail,  
Soyez assuré de ma gratitude.

**A Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et de juger ce travail,  
Recevez mes remerciements respectueux.

**A Madame le Docteur Françoise OHEIX,**

Merci pour ton soutien, tes relectures et ta bonne humeur !

Aux médecins qui ont accepté de participer aux entretiens et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

# SOMMAIRE

<b>Abréviations</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
I. Généralités.....	6
II. Le risque cardiovasculaire global .....	7
III. L'échelle SCORE .....	8
IV. Objectif de l'étude.....	10
<b>Matériel et Méthodes</b> .....	<b>11</b>
I. Le type d'étude.....	11
II. Population de l'étude .....	11
A) Critères d'inclusion .....	11
B) Modalités de recrutement .....	11
III. Les entretiens.....	12
A) Recueil des données .....	12
B) Guide d'entretien .....	13
C) Analyse des entretiens .....	13
<b>Résultats</b> .....	<b>14</b>
I. Caractéristiques de l'échantillonnage .....	14
II. Moteurs .....	14
A) Mieux dépister .....	14
1. Une évaluation plus précise du risque cardiovasculaire .....	14
2. Une évaluation plus objective du risque cardiovasculaire .....	15
3. Un complément de l'expertise du médecin.....	15
4. Un acte de prévention.....	16
5. Un outil validé .....	16
B) Guider la prise en charge .....	17
1. Outil de suivi .....	17
2. Rationnaliser la prescription de statines.....	17
3. Parler le même langage.....	18
4. Justifier ses décisions .....	19
C) Support de communication .....	20
1. Outil pédagogique.....	20
2. Outil motivationnel .....	21
3. Support à la décision médicale partagée .....	22

III.	Freins .....	24
	A) Liés au médecin .....	24
	1. Méconnaissance de l'outil .....	24
	2. Outil jugé inutile .....	25
	3. Manque de temps .....	26
	4. Peur de trop simplifier la médecine .....	27
	5. Manque d'intérêt pour la prévention cardiovasculaire .....	27
	B) Liés à l'outil.....	28
	1. Manque de praticité .....	28
	2. Doute sur la fiabilité de l'estimation du risque .....	29
	3. Pas une bonne aide à la décision médicale .....	31
	4. Problème des patients exclus .....	32
	C) Liés au patient .....	32
	1. Altération de la relation de confiance .....	32
	2. Dépersonnalisation du patient.....	32
	3. Difficultés à communiquer autour du risque .....	33
	<b>Discussion .....</b>	<b>35</b>
I.	Rappel des résultats.....	35
II.	Discussion de la méthode .....	36
	A) Limites de l'étude.....	36
	1. Biais liés au recueil de données.....	36
	2. Biais d'analyse et d'interprétation.....	38
	B) Forces de l'étude .....	38
III.	Discussion des résultats.....	39
	A) Echelles et médecine générale .....	39
	1. La question de la formation.....	39
	2. Les aspects pratiques .....	40
	3. Un intérêt surtout théorique.....	41
	4. Quelle place accorder aux échelles ? .....	43
	5. Echelles et relation médecin-patient .....	44
	B) Pertinence de l'utilisation de SCORE.....	45
	1. Les limites de l'évaluation intuitive du risque cardiovasculaire .....	45
	2. La justesse de SCORE .....	45
	3. SCORE comme guide à la décision thérapeutique .....	47
	4. SCORE comme support de communication .....	48
	<b>Conclusion.....</b>	<b>51</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>52</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>60</b>

## **ABREVIATIONS**

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

ESC : European Society of Cardiology

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL/LDL Cholestérol : High Density/Low Density Lipoprotein Cholesterol

PROCAM : Prospective Cardiovascular Münster

ROSP : Rémunération Objectifs de Santé Publique

SCORE : Systematic COronary Risk Evaluation

# INTRODUCTION

## I Généralités

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde (1) et la deuxième en France, juste après les cancers, où elles sont responsables de 140 000 décès par an (2). Leur prise en charge représente donc une priorité pour le médecin de premier recours.

En 1951, l'étude de Framingham (3) a permis de définir la notion de facteurs de risque cardiovasculaire et de mettre en évidence le caractère synergique de leur action, le cumul de ses différents facteurs de risque augmentant considérablement le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire. De par l'existence de facteurs de risques modifiables, les pathologies cardiovasculaires restent largement accessibles à la prévention. L'étude Interheart (4) s'est intéressé au profil des patients victimes d'infarctus du myocarde dans 52 pays et a permis de déterminer 9 facteurs de risque modifiables susceptibles d'expliquer à eux seuls 90 % du risque coronarien chez les hommes et 94% chez les femmes : les anomalies lipidiques, l'hypertension artérielle, le tabagisme, le diabète, les facteurs psychosociaux, l'obésité abdominale, l'absence de consommation régulière de fruits et légumes, la consommation modérée d'alcool et l'absence d'activité physique.

Le clivage traditionnel entre prévention primaire et prévention secondaire tend désormais à disparaître au profit d'une conception d'un continuum de risque. A la suite de l'étude HPS (5), la tendance est plutôt de parler de patients à bas risque cardiovasculaire et à haut risque et de fonder la décision d'intervention thérapeutique sur le calcul du risque cardiovasculaire global et non plus sur une approche facteur de risque par facteur de risque. On ne prend pas en charge une hypercholestérolémie mais bien un patient à risque cardiovasculaire.

Il s'agit donc pour le médecin généraliste d'identifier les patients à plus haut risque cardiovasculaire, c'est-à-dire ceux qui tireront le plus de bénéfice d'une intervention médicale, qu'il s'agisse de modifications du mode de vie ou de l'instauration d'un traitement médicamenteux. L'intérêt de l'évaluation du risque global est donc d'optimiser l'impact des traitements de prévention, avec un rapport coût-efficacité favorable, et ainsi d'éviter le surtraitement de patients présentant un seul facteur de risque mais un risque global faible et au contraire de faire bénéficier d'une prise en charge préventive les patients à haut risque. La principale difficulté pour le clinicien est alors d'être capable de mesurer le risque absolu individuel d'un patient.

## II Le risque cardiovasculaire global

Jusqu'alors, les recommandations françaises préconisaient de faire la sommation des différents facteurs de risque pour estimer le risque cardiovasculaire d'un patient en prévention primaire (6). Chaque facteur de risque était considéré comme absent ou présent et avait un poids identique. Ce risque était faible, modéré ou élevé selon le nombre de facteurs de risque présents. Peu d'études ont évalué la performance de ce type d'estimation pour classer les patients et distinguer ceux qui auront un événement cardio-vasculaire de ceux qui n'en auront pas. Dès 2004, l'ANAES, dans son rapport sur l'évaluation du risque cardiovasculaire (7), soulignait l'imprécision de cette méthode, et le contraste avec des recommandations étrangères qui préconisaient déjà l'utilisation d'échelles de risque cardiovasculaire.

L'autre méthode d'évaluation du risque cardiovasculaire consiste ainsi à avoir recours à un outil de modélisation mathématique qui intègre l'ensemble des facteurs de risque, prend en compte la valeur effective de chaque paramètre et le caractère synergique des facteurs de risque entre eux. Le risque calculé est exprimé en pourcentage, qui correspond à la probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire dans un horizon de temps fixé.

Le plus ancien et le plus connu, Framingham (8), a été établi en 1991 à partir d'une cohorte de sujets de classe moyenne du Massachussetts. Il surestime le risque

cardiovasculaire des populations européennes (9,10). En 1994, une tentative de calibration à la population française a été effectuée par Laurier (11), mais elle présentait des biais limitant sa validité externe, n'ayant pas été établie sur un échantillon représentatif.

De nombreux autres outils ont été créés et mis à la disposition des médecins pour évaluer le risque cardiovasculaire de leurs patients (12) comme QRISK (13), ASSIGN (14), PROCAM (15), SCORE (16), Reynold (17), ou encore The Pooled Cohort Equations (18). Ces échelles de risque diffèrent tant par la population à partir de laquelle elles ont été établies, que par les facteurs de risque pris en compte ou encore par ce qu'elles prédisent (événements cardiovasculaires ou uniquement cardiaques, morbi-mortalité ou mortalité seule).

Depuis Février 2017, l'HAS recommande d'utiliser l'échelle SCORE pour évaluer le risque cardiovasculaire chez les patients de 40 à 65 ans en prévention primaire (19), à l'exception des patients hypertendus sévères ( $TA \geq 180/110$  mm Hg), diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale. 4 niveaux de risque ont ainsi été établis. (Annexe 1) Le calcul du risque cardiovasculaire selon SCORE a été intégré dans les nouvelles recommandations de prise en charge des dyslipidémies (20).

### III l'échelle SCORE

L'échelle de risque SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) a été établie par la Société Européenne de Cardiologie (ESC) en 2003 (16), à partir de cohortes de sujets issus de 12 Pays européens, entre 1972 et 1991, comportant au total 205 178 patients (88 020 femmes et 117 098 hommes) âgés de 24 à 80 ans, représentant 2,7 millions années-patients de suivi. 7934 morts d'origine cardio-vasculaire et 5652 d'origine coronarienne ont été observées.



SCORE est une échelle prédictive qui évalue le risque de mortalité cardiovasculaire (coronarienne, cérébro-vasculaire et vasculaire) à 10 ans chez les patients de 40 à 65 ans en prévention primaire. Seule la mortalité cardiovasculaire a été prise en compte en raison des différences de critères diagnostiques des évènements cardiovasculaires non mortels selon les pays, le suivi des différentes populations n'ayant pu être standardisé d'une cohorte à l'autre. Ainsi, afin d'évaluer le risque cardiovasculaire total, c'est-à-dire la morbidité et la mortalité cardiovasculaire, SCORE préconise de multiplier ce risque par 3 chez l'homme et par 4 chez la femme. Deux échelles de risque ont été établies : une pour les pays à bas risque cardiovasculaire, dont la France fait partie, et une pour les pays à haut risque.

Les différents facteurs de risque pris en compte dans SCORE sont le sexe, la pression artérielle systolique, le tabagisme, la cholestérolémie totale. Une deuxième version de l'échelle prend en compte en plus le ratio cholestérol total/HDL cholestérol. L'âge est utilisé comme une mesure de la durée d'exposition au risque plutôt que comme un facteur de risque en tant que tel. Certains facteurs de risque comme les antécédents familiaux cardiovasculaires ou encore le diabète, n'ont pas pu être recueillis dans toutes les cohortes. Ils ne sont donc pas intégrés dans l'échelle. Concernant le diabète, SCORE propose de multiplier le risque par 2 chez les hommes et par 4 chez les femmes.

L'échelle SCORE est utilisable sous forme d'une grille (Annexe 2). Une version électronique est disponible sur le site HeartScore (21), après inscription. Depuis, plusieurs sites internet permettant d'évaluer le risque cardiovasculaire selon SCORE ont vu le jour (22, 23).

Chez les sujets jeunes avec plusieurs facteurs de risque, le risque cardio-vasculaire absolu restant faible, il est possible d'utiliser des tables spécifiques permettant d'estimer le risque relatif (ou surrisque) par rapport à un sujet du même âge sans facteurs de risque. (Annexe 3) De même, il est possible en utilisant la grille SCORE de déterminer l'âge des artères d'un patient : l'âge des artères d'un patient ayant

plusieurs facteurs de risque est l'âge d'une personne ayant le même niveau de risque sans facteurs de risque. (24) (Annexe 4). Un modèle a aussi été développé pour les sujets de plus de 65 ans (25), issus des cohortes italiennes, belges et danoises de SCORE.

#### IV Objectif de l'étude

Les échelles de risque cardiovasculaires, quelle qu'elles soient, restent globalement peu utilisées par les médecins (26-29). Une étude a été menée par la Société Européenne de Cardiologie en 2006 (30), dans laquelle 62% des 220 médecins interrogés évaluaient le risque cardiovasculaire de façon intuitive. Ce taux s'élevait à 88% parmi les 50 médecins français interrogés (35 médecins généralistes et 15 cardiologues). Seuls 6% des praticiens français déclaraient alors avoir recours à une équation de risque.

L'utilisation d'une échelle de modélisation statistique constitue un changement notable dans l'identification des patients à risque cardiovasculaire. L'acceptabilité et la faisabilité de l'usage de SCORE par les médecins français ont été peu explorées, les facteurs déterminants son utilisation restent ainsi mal connus.

**L'objectif de cette étude est de déterminer les moteurs et les freins à l'utilisation de l'échelle SCORE par les médecins généralistes.**

## MATERIEL ET METHODES

La méthode de l'étude est détaillée dans cette section en référence aux critères COREQ (31).

### I le type d'étude

Afin de déterminer le plus grand nombre de facteurs intervenant dans l'utilisation ou non de SCORE, nous avons fait le choix d'une étude qualitative. En effet, en visant la saturation des données relatives à notre sujet, cette méthode permettait de générer un grand nombre d'idées, en recueillant les opinions, besoins, attentes et pratiques des médecins interrogés (32).

Ce choix nous a paru le meilleur moyen d'analyser en profondeur ce qui fait qu'un médecin a recours ou non à un outil comme SCORE, car elle permet d'évaluer des facteurs subjectifs, difficiles à mesurer.

### II Population de l'étude

#### A) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé ou remplaçant, d'exercer en Loire Atlantique, et d'avoir une activité libérale.

#### B) Modalités de recrutement

L'échantillon devait être le plus diversifié possible, sans chercher à être représentatif. Au contraire il était intéressant d'avoir des profils les plus variés possible.

Les premiers entretiens ont été menés auprès de connaissances de l'investigatrice, essentiellement via des remplacements puis d'autres médecins ont été recrutés par effet boule de neige. Aucun des praticiens contactés n'a refusé de participer à l'étude.

Le contact s'est fait initialement par mail puis par téléphone pour convenir d'une date de rendez-vous. Les médecins étaient prévenus par avance de la durée approximative des entretiens et de la thématique de la thèse.

Le nombre de médecins à interroger n'était pas décidé à l'avance. Il a été déterminé par l'obtention de la saturation des données, définie comme le moment où il n'y a plus de nouvelles idées majeures qui ressortent des entretiens.

### III Les entretiens

#### A) Recueil des données

Le recueil des données a été fait par entretiens individuel semi directifs. La méthode du focus group n'a pas été choisie pour éviter un effet de leader d'opinion qui pourrait influencer les réponses ou entraîner un mimétisme des autres participants.

Les entretiens ont été menés par l'investigatrice seule, médecin généraliste remplaçante, qui n'avait aucune expérience en matière de recherche qualitative. Ils ont eu lieu lors d'un temps dédié choisi par les médecins à leur cabinet ou à leur domicile.

Ils étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après obtention du consentement oral et garantie de l'anonymisation, puis intégralement retranscrits sur Word. Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants.

Aucune note écrite n'a été prise au cours des entretiens de façon à ne pas perturber l'échange. Des notes de terrains ont été prises après les entretiens. Les entretiens n'ont pas été répétés.

Les entretiens ont eu lieu du 20/06/2018 au 17/08/2018. La durée moyenne des entretiens était de 21 minutes. Le plus court a duré 13 minutes et le plus long a duré

38 minutes. La durée des entretiens dépendait de la disponibilité des médecins, leur intérêt et leurs connaissances sur le sujet.

## B) Guide d'entretien

Le guide d'entretien contenait la liste des questions que l'investigatrice souhaitait poser au médecin interrogé. La première partie de ce guide d'entretien était composée de questions fermées afin d'évaluer le profil du médecin et la deuxième partie, de questions ouvertes visant à recueillir les données qui allaient ensuite être analysées. Les questions ouvertes formaient la trame de l'entretien et permettaient au participant de s'exprimer librement tout en étant guidé sur les thèmes à aborder.

Le guide d'entretien n'était pas figé, des questions de relance pouvaient être intercalées si l'investigatrice jugeait que la réponse n'était pas en lien avec la question ou si la réponse était trop vague et peu informative. L'ordre des questions était aussi susceptible d'évoluer en fonction du déroulement de l'entretien.

La trame du guide d'entretien a été élaborée à partir d'une revue de la littérature. Elle n'a pas été modifiée au cours de l'étude. Le canevas d'entretien est présenté en annexe. (Annexe 5)

## C) Analyse des entretiens

Chaque entretien était intégralement retranscrit mot pour mot, sans modifier la construction originale des phrases prononcées. La retranscription a eu lieu dans la foulée de chaque entretien. Nous avons procédé à l'anonymisation des participants, en les nommant M1 à M12.

Les données ont été codées par l'investigatrice seule, sans utilisation de logiciel de codage. L'analyse s'est faite par la méthode décrite par Pierre Paillé, la théorisation ancrée (33), qui permet de dégager des points de vue pertinents, des opinions, des idées et de les regrouper en thèmes puis en catégories.

# RESULTATS

## I Caractéristiques de l'échantillonnage

L'échantillon est composé de 12 médecins généralistes, 7 femmes et 5 hommes.

Leur mode d'exercice différait : 1 était remplaçant depuis 3 ans, 1 était collaborateur depuis 3 ans et les 10 restant étaient installés. Parmi les médecins installés, 2 l'étaient depuis moins de 10 ans, 4 depuis 10 à 20 ans, 3 depuis 20 à 30 ans et 1 depuis plus de 30 ans, tous en cabinet de groupe.

Un médecin était maître de stage universitaire auprès d'internes, 4 médecins accueillaient des externes.

La saturation des données a été atteinte au 11<sup>ème</sup> entretien.

## II Moteurs

### A) Mieux dépister

#### 1) Une évaluation plus précise du risque cardiovasculaire

Le principe d'utiliser une échelle pour évaluer le risque cardiovasculaire d'un patient est globalement bien accepté : « *Sur le principe, moi, je suis tout à fait d'accord* » (M3), « *C'est toujours une aide, les échelles c'est toujours une aide, c'est sûr* » (M8), « *sur le fait d'utiliser une échelle, je trouve ça très bien* » (M1).

L'échelle SCORE est perçue comme permettant une estimation plus précise du risque cardiovasculaire : « *Au vu du tableau je pense que c'est quand même plus fin que ce qu'on faisait avant, c'est certain, par rapport au nombre de facteurs de risque* » (M11), « *C'est plus cartésien, plus rigoureux. Ce qu'on faisait avant, ça avait l'air moins fin qu'un tableau comme ça, c'est sûr* » (M1).

## 2) Une évaluation plus objective du risque cardiovasculaire

Plusieurs médecins soulignent le caractère approximatif d'une évaluation subjective du risque cardiovasculaire et la possibilité de mal identifier des patients à risque : « *Il y a peut-être des gens qu'on sous évalue en risque cardiovasculaire, et ça peut peut-être permettre d'être plus dans la prévention pour certaines personnes* » (M3), « *Il y en a sûrement qui peuvent être mieux dépistés* » (M9), « *ça permet d'être plus attentif aux risques encourus. C'est vrai que là c'est un petit peu à la louche, quoi* » (M8), « *Enfin on ne se rend pas forcément compte que les gens malgré les facteurs de risque qu'ils ont ne rentrent pas dans le surrisque et inversement* » (M7).

Et notamment en ce qui concerne les femmes : « *ça peut aider en consultation à cibler mieux les patients. Je pense qu'on peut passer à côté de patients à risque, typiquement par exemple, les femmes, chez qui je pense qu'on ne fait pas assez de dépistage* » (M12).

Ainsi, le fait d'utiliser une échelle permet une évaluation plus objective du risque cardiovasculaire : « *je suis a priori plutôt pour les échelles de risque, parce que je me dis c'est un abord assez hiérarchisé, scientifique. Je me dis qu'en théorie, il y a eu des études, qui ont essayé de codifier un petit peu des pratiques, plutôt que de se contenter du ressenti, du bon sens. S'il y a moyen de faire mieux et plus scientifique, tant mieux. Ça permet vraiment d'objectiver les choses, d'être plus systématique, rationnel* » (M4), « *C'est un petit support qui me déplaît pas. C'est rationnel* » (M2).

Plusieurs médecins rapportent avoir été surpris du calcul du risque cardiovasculaire global de leurs patients : « *On peut être étonné* » (M5), « *j'ai été surprise de voir que des gens qui étaient traités, finalement, n'avaient pas de risque important comme on le croyait auparavant. Ils auraient éventuellement pu ne pas être traités* » (M7).

## 3) Un complément de l'expertise du médecin

L'intérêt d'utiliser une échelle serait d'autant plus pertinente pour les patients dont l'estimation du risque cardiovasculaire ne paraît pas évidente de façon intuitive : « *Après ce serait plutôt pour les patients pour lesquels ce n'est pas très clair pour nous. Par exemple le patient diabétique hypertendu, je pense que là-dessus on n'a pas*

*besoin d'échelle, on sait qu'il est à haut risque cardiovasculaire. C'est plus les patients, effectivement, qui sont fumeur, par exemple et qui ont juste ce facteur de risque là. Qu'est-ce qu'on fait de leur chiffre de cholestérol par exemple ? C'est plus pour des patients qui ne sont pas extrêmes par exemple, quand c'est pas évident » (M3), « Alors il y en a, je n'ai pas marqué dans mon dossier, SCORE à 0 parce que ça me paraît évident. Une femme, un LDL à 0,8, elle est jeune, aucun facteur de risque, je sais qu'elle est dans les clous. C'est juste quand il y a une indication » (M1).*

L'échelle SCORE aurait donc un intérêt comme complément de l'expertise du médecin : *« ça complète une évaluation intuitive, c'est à partir de là qu'on va réfléchir. Ça permet une réflexion autour du patient » (M7).*

#### 4) Un acte de prévention

Pour certains médecins, le calcul du risque cardiovasculaire serait à effectuer de façon systématique : *« je pense qu'il faudrait qu'on le fasse pour tous les patients » (M12).* Un médecin considère ainsi que l'utilisation d'une échelle pour évaluer le risque cardiovasculaire *« fait partie d'un acte de prévention. C'est à généraliser. Ça devrait faire partie de l'examen cardiovasculaire » (M7).*

#### 5) Un outil validé

L'outil est perçu pour la plupart des médecins comme fiable : *« J'ai tout de suite eu assez confiance dans l'outil. Je me dis que, enfin, c'est peut-être un peu bête, mais comme c'est dans les nouvelles recommandations, je me dis que c'est quand même fait par des experts, tout ça » (M12), « C'est quelque chose dans lequel j'aurai confiance » (M11), « c'est issu d'une autorité de santé qui l'a validé, avec un gros échantillon. Quand le SCORE m'a été présenté, il m'a été présenté avec les explications, je les ai oubliées, mais si je l'ai validé, dans ma tête, ça devait être bien » (M10), « Voilà, on calcule le risque, de temps en temps, retourner sur l'EBM, avec des choses qui ont été vues dans des études, c'est bien » (M1).*

Un médecin souligne l'absence d'autres méthodes recommandées pour évaluer le risque cardiovasculaire des patients : *« En me disant, pour le moment je n'ai pas mieux pour m'aider à trancher » (M3).*



## B) Guider la prise en charge

### 1) Outil de suivi

L'utilisation d'un outil comme SCORE permet de garder « *une trace dans le dossier médical. Ça va étoffer le dossier* » (M7), « *Ça va surtout avoir un intérêt si le score est élevé, si on a un indice de sévérité, je vais me le noter en évidence dans mon dossier. C'est pour pas m'endormir, quoi, ça me permet de rester vigilant, en me disant, là pour ce patient-là, on a pas le droit à l'erreur. A chaque fois, bien reprendre à chaque consult ses facteurs de risque* » (M10), « *Après je le note SCORE risque à tant, comme ça, ça permet à chaque fois quand je revois les patients pour des renouvellements, ah j'avais noté, je note* » (M12).

Le caractère reproductible est souligné, ce qui permet de l'intégrer dans le suivi du patient : « *Pour voir au fil des ans comment évolue le score* » (M9) et ainsi de réévaluer régulièrement le risque cardiovasculaire : « *Si je vois quelqu'un qui vient, qui est déjà sous statine depuis longtemps, je pourrais réévaluer les choses avec cette échelle-là* » (M3), « *Je pense qu'on peut le réévaluer, le refaire une fois qu'ils ont corrigé leurs facteurs de risque pour qu'on ait un taux global* » (M7).

### 2) Rationnaliser la prescription de statine

L'intérêt de prescrire une statine en prévention primaire fait débat : « *Avec toute la polémique sur les statines, c'est un peu difficile de s'y retrouver* » (M9).

Et certains médecins voient en SCORE une façon de trancher : « *Je suis un peu aller là (l'échelle SCORE) chercher. Je suis allé chercher ça à cause des statines et de toute la remise en question vis-à-vis des statines, de savoir, la prescription, si elle est pertinente ou pas, est ce que ça a un intérêt de doser le cholestérol chez des gens qui n'ont pas de facteurs de risque cardiovasculaire. Et du coup, je trouve que ça permet quand même d'avoir quelques repères* » (M3), « *Moi je la prends quand j'hésite à mettre un traitement* » (M5).

Le recours à une échelle de risque pour guider la prescription de statine apparaît comme pertinent pour la plupart des médecins : « *Des fois on est un peu perdu et ça*

*permettrait d'être plus logique dans sa prescription et d'harmoniser un petit peu les pratiques, pour prendre des décisions pour le cholestérol, ça permet de mettre des barrières et de dire, non on va pas traiter, on va attendre un peu. Ça aide » (M8), « du coup ce sera plus pertinent pour pouvoir instaurer des traitements » (M7), « c'est bien parce que sinon on est dans le flou. C'est important de savoir un petit peu où on va, les objectifs, pour adapter le traitement » (M6).*

L'utilisation de SCORE permettrait d'avoir une attitude plus rationnelle : *« C'est une preuve scientifique et pas juste le maintien de certains traitements par habitudes en médecine générale » (M10).*

Ainsi, certains médecins adoptent une attitude pragmatique : *« En prévention primaire, on fait ça on calcule le risque. Et les objectifs de traitement c'est ça, c'est ça, c'est ça. Et après tu traites où tu traites pas. C'est pour m'aider à interpréter un bilan lipidique et pour adapter derrière le traitement. Pour moi, l'intérêt c'est d'avoir l'objectif de LDL » (M1), « pour moi l'objectif de SCORE c'est de savoir si je prescris une statine. Je ne l'utilise vraiment que pour ça » (M12), fondée sur la confiance dans les recommandations qui en découlent : « Je fais confiance. Parce que de toute façon si on ne peut pas faire confiance à des gens qui sont censés faire, ..., on peut pas y arriver. Je ne peux pas aller vérifier toutes les recommandations, j'ose espérer que si on me fait des recommandations c'est quand même pour les suivre. Mais si moi je ne suis pas les recommandations, je ne sais pas qui va les suivre » (M1).*

Pour ce médecin, SCORE permettrait d'éviter la sur prescription de statine : *« ça a été revu pour alléger beaucoup les indications de statines. Je pense que SCORE ferait plutôt prescrire moins de statines » (M1).*

### 3) Parler le même langage

L'utilisation d'un outil standardisé permettrait une amélioration des échanges interprofessionnels : *« parler le même langage avec tout le monde (...) Au moins tout le monde sait que ça existe » (M1), « Je sais que les angiologues des (...) utilisent SCORE, énormément. Je le vois dans les courriers » (M3).*

D'autres médecins regrettent ainsi une faible utilisation de l'échelle par leurs correspondants : *« j'aimerais bien que les cardiologues nous mettent SCORE à tant et*

*qu'ils nous disent pour ce patient l'objectif de LDL est de tant. Qu'on ait dans le compte rendu quelque chose de précis » (M12).*

L'utilisation de SCORE permettrait d'argumenter des explorations complémentaires chez des spécialistes : *« Est-ce que ça pourrait avoir un intérêt en dépistage chez un cardiologue ou vers un angiologue ? Même si c'est hors reco, tu vois, se dire bah tiens, sur cette échelle vous êtes plus à risque donc on va faire plus de prévention et on va aller voir si vous n'avez pas des plaques » (M3), « si c'est un patient à risque élevé ou pas, ça te donne quand même une vision, quand je revois les consultations si c'est marqué risque élevé dans ma tête ça va faire tilt. Ah cardiologue écho doppler je vais avoir des mots clés qui vont revenir. Risque élevé, je vais être plus vigilante sur des consultations régulières chez les spécialistes » (M12).* Un médecin fait le parallèle avec le MMS (Mini Mental State): *« ça peut être une façon de justifier certaines investigations derrière. Le MMS ça permet quand même d'expliquer pourquoi on fait un courrier pour un neurologue » (M10).*

#### 4) Justifier ses décisions

Plusieurs médecins soulignent le caractère *« hyper rassurant » (M12)* des échelles, qui permettent de justifier ou de se conforter dans ses décisions : *« En plus on s'appuie sur des choses concrètes pour dire pourquoi on traite ou on traite pas. Ça permet de se justifier où d'appuyer une démarche thérapeutique, c'est vraiment ça. Sinon comment justifier une conduite unilatérale de ce qu'on fait ? Quand on te demande de rendre des compte, euh, pouvoir expliquer pourquoi.. les choses quoi. C'est comme quelqu'un qui a un mal de tête aigu, et au final il fallait lui faire un scanner et t'en fait pas. Va falloir quand même expliquer pourquoi t'en a pas fait » (M1), « c'est un peu anxiolytique parce qu'on se dit on a quelque chose de concret, les gens ont pensé à ça pour nous, ils ont travaillé » (M4).*

Un médecin a ainsi l'impression de faire valider ses décisions : *« C'est-à-dire en faisant ça, j'ai l'impression que la communauté médicale me donne aussi un élément supplémentaire. J'utilise une échelle, j'ai un résultat, voilà, c'est pas que mon impression, j'ai aussi une échelle objective » (M10).*

## C) Support de communication avec patient

### 1) Outil pédagogique

Un médecin a souligné la mauvaise perception de leur risque cardiovasculaire qu'ont les patients : « *Les gens se rendent encore moins compte que nous de leurs facteurs de risque et de leur risque* » (M5).

Et donc la nécessité de les informer d'une façon la plus objective possible : « *Nous on peut en tout cas donner les informations. C'est eux qui décident en fonction de ça* » (M4), « *leur expliquer où ils se situent avec le risque qu'ils ont à 10 ans, qu'ils sachent un petit peu de quoi il retourne sur leur risque* » (M11).

Pour certains médecins l'échelle peut être utilisée « *comme un argument scientifique, comme un argument supplémentaire* » (M10), « *c'est pas juste de la discussion en consultation ... c'est voilà pourquoi. Ma parole, il ne faut pas qu'elle soit trop vague, trop subjective, quoi. Là au moins on a quelque chose d'objectif* » (M10), « *pour avoir quelque chose de concret à proposer aux gens. Après, comme ça les gens prennent ou ne prennent pas. Au moins ils auront quelque chose, le plus objectif possible, vu les données qu'on a et vu les outils* » (M3).

C'est un complément à la parole du médecin qui pourrait renforcer l'impact sur le patient : « *C'est un complément scientifique, on sort du relationnel, de la relation de confiance, du petit consensus qu'on a en consultation, leur dire il faut faire attention à ça, vous allez manger moins de ça, fumer moins ou arrêter, etc. donc on est un peu moins sur cette relation. On est plus sur : voyez ce que la communauté médicale dit... comme impact c'est important* » (M10), « *pour les gens, c'est une prise de conscience. Un peu plus que celle de ma propre parole, quoi. Parce qu'après, ils nous croient pas forcément sur parole, les gens. Quand tu les mets devant un score et tout, les études, c'est carré* » (M11). Ainsi pour un médecin : « *ça renforce peut-être la confiance* » (M10).

Le fait d'utiliser une échelle pour communiquer au patient son risque peut être plus parlant : « *je pense qu'il y en a que ça peut aussi les rassurer, parce que du coup on les met dans une petite case. C'est parlant* » (M4), « *je pense que ça leur parle de*

*dire, par exemple, vous êtes dans le rouge. Ça, c'est un ensemble de risque et il faut leur montrer qu'ils sont quand même à risque et qu'il ne faut pas laisser les choses s'envenimer » (M5).*

Deux médecins ont précisé préférer un support écrit, qu'ils consultent avec le patient : *« en fait ça permet d'expliquer mieux aux patients. Moi, celle que j'utilise, j'imprime le compte rendu avec la zone de surrisque et je trouve que ça permet d'en discuter plus facilement avec le patient » (M7), « je prends la grille, comme ça je cherche avec le patient, il voit ce que je cherche, je lui explique. Ça revient à faire le tour des facteurs de risque en même temps » (M10).*

La communication au patient de son risque s'intègre dans une relation suivie : *« Les patients, ils sont réceptifs à condition de leur en reparler après, régulièrement. Alors là ce monsieur, je le connais bien, je le voie souvent, il me parle très souvent de sa statine » (M7).*

## 2) Outil motivationnel

Pour certains médecins, l'utilisation d'une échelle est aussi un moyen d'aborder avec le patient la question des facteurs de risque : *« c'est bien d'évaluer, d'avoir un truc un peu carré, de l'utiliser pour ouvrir la discussion sur ça en consultation, de reparler du tabac de ce que c'est que le diabète, HTA, sur quoi on peut jouer tout ça. C'est pas juste j'évalue mes patients » (M12), « je lui ai montré les risques sur lesquels il pouvait jouer, le tabac notamment, en lui disant, si vous arrêtez vous allez vous retrouver là, ce sera mieux. Ça permet de donner des éléments supplémentaires aux gens pour qu'ils arrêtent de fumer, après... Pour moi, mon rôle c'est de donner des éléments pour arrêter de fumer, leur expliquer les risques qu'ils courent. Je lui ai dit si vous arrêtez (de fumer) vous allez vous retrouver plutôt dans cette zone-là » (M7).*

L'échelle peut ainsi être un moyen de motiver le patient à des changements de comportement : *« Ça peut être des arguments qui les aident du coup à se prendre en main » (M3), « ça pourrait permettre de dire aux gens, à partir d'un certain âge, avec les mêmes facteurs de risque, vous allez passer du vert au rouge, donc d'anticiper un petit peu et de préparer les gens à arrêter le tabac ou faire un régime » (M6).*

Plusieurs médecins présentent SCORE comme un complément à un entretien motivationnel : « *si je me dis qu'effectivement quelqu'un cumule les facteurs de risque et que on arrive pas, mettons, malgré des entretiens motivationnels à modifier l'équilibre de vie, les règles hygiéno-diététiques etc. c'est vrai que de monter qu'il est dans le rouge et que il a au moins 10% de risque d'y passer dans les 5 ou 10 ans qui viennent, ça peut peut-être, euh.. appuyer un petit peu et souligner la nécessité de changement de comportement* » (M4), « *En espérant que ça ait un impact. Ce qui est difficile à mesurer c'est l'impact grâce à SCORE mais il n'y a pas que ça. C'est un complément* » (M10).

Pour deux médecins, de « *dire les choses un peu de façon cash, par rapport au risque cardiovasculaire, des fois, ça fait réagir quand même quoi* » (M9), « *avec l'expérience, j'ai changé ma façon de voir les choses et je suis un peu plus choc qu'avant. Je me rends compte que d'être trop prévenant, pas assez insistant, fait que les gens ne font pas aussi attention et au fur et à mesure des années je me suis aperçu que si, il faut être choc* » (M10).

Ainsi le recours à SCORE serait d'autant plus pertinent lorsqu'on redoute une inobservance : « *Je l'utilise pour faire une prise de conscience, je l'utilise pour montrer au patient où il se situe, notamment quand je sens que le patient va être assez peu attentif aux consignes ou au traitement, quand j'ai peur que l'observance soit moyenne, au niveau du régime, des règles hygiéno-diététiques. Voilà pour moi c'est un outil pour renforcer l'impact d'une consultation de facteurs de risques* » (M10).

### 3) Support à la décision médicale partagée

Pour certains médecins, l'utilisation d'une échelle de risque cardiovasculaire permet d'argumenter une décision thérapeutique au patient : « *A la dame, je lui ai dit j'ai calculé votre score qui calcul votre risque cardiovasculaire à 10 ans, ça intègre différentes choses. Ça m'a permis de justifier le fait, de lui dire, voilà, sur les recommandations, pour vous, il y a une indication de prendre une statine* » (M1), « *je pourrais effectivement être neutre, entre guillemet, et dire que voilà, il a tel âge, telle tension, il est dans cette case-là. Ça pourrait être un argument utile pour les gens qui sont très réticents à se faire traiter contre le cholestérol. Ça permet d'être impartial. C'est pas juste moi qui le dis* » (M8).

Un médecin souligne l'importance d'expliciter ses décisions : « *Je pense que c'est important, maintenant pour, les patients, de pouvoir toujours justifier, d'expliquer nos prescriptions, et aussi d'expliquer pourquoi on ne prescrirait pas. Il y a des gens a contrario qui peuvent être hyper flippés de leur chiffre de cholestérol. Mais s'ils ont pas de facteurs de risque cardiovasculaires derrière, je pense que finalement l'échelle est rassurante. Donc on peut temporiser et leur permettre de ne pas prendre un médicament et d'être rassuré* » (M3).

Enfin, l'utilisation de SCORE permet de partager la décision thérapeutique avec le patient : « *Je pense qu'il y a des situations où on peut être convaincu de l'utilité du traitement et le patient ne l'est pas. Donc de partager un peu la décision thérapeutique avec lui en disant, là vous voyez vous êtes là, votre risque, il est de tant, statistiquement, si on ne fait rien, bah, ça va devenir embêtant, alors que si on fait, vous pouvez redescendre dans cette couleur-là* » (M3), « *je lui ai montré, je lui ai expliqué, à 5 ans à 10 ans. Du coup bah... ça l'a intéressé beaucoup. Ça lui a donné une raison supplémentaire de continuer son traitement par statine* » (M7).

Et ce, d'autant que les patients sont devenus plus réticents à prendre une statine : « *Surtout que les patients sont devenus très anti statines, du coup si tu peux leur opposer un SCORE en leur disant, bah non là regardez, en leur expliquant bien que ça évalue leur risque de mortalité sur 10 ans. Peut-être que ça pourrait leur faire accepter plus facilement un traitement* » (M3), « *je l'utilise peut-être depuis qq années, depuis qu'il y a une défiance envers les statines. Et donc, ça permet de faire sortir un SCORE qui n'est pas issu d'un laboratoire, une étude qui n'est pas issue d'un laboratoire, c'est issu d'une autorité de santé qui l'a validée, avec un gros échantillon. Donc ça permet quand même de donner une note un peu plus indépendante* » (M10), « *peut-être effectivement, prendre le temps avec ce genre d'échelle de faire quelque chose de carré, de montrer effectivement, pour les gens qui n'ont pas envie de se faire traiter. Qui vraiment... les statines c'est pas bien, machin truc ... leur montrer que .... Peut-être que ça les déciderait, peut-être, ça pourrait. Peut-être que je tenterai comme ça* » (M8).

### III Freins à l'utilisation de SCORE

#### A) Liés au médecin

##### 1) Méconnaissance de l'outil

Pour certains médecins, l'échelle SCORE reste mal connue : « *Maintenant ce SCORE, je sais pas combien d'item il y a. Alors du coup ça s'utilise comment ?* » (M9), « *je ne sais pas comment l'utiliser* » (M8).

Certains médecins rapportent avoir reçu une information très succincte de l'outil notamment via des visiteurs médicaux : « *J'ai appris que ça existait par les labos qui présentent les médicaments contre le cholestérol* » (M6), via des résultats de biologies : « *moi c'est parce qu'il y avait le laboratoire qui avait mis les scores par rapport au cholestérol que j'ai connu cette grille là* » (M12), voire pas de formation du tout : « *Alors on ne m'en a pas forcément trop parlé. Après l'utilisation des outils, si tu l'as pas expérimenté en formation, en général ça te parle pas tant que ça et après t'a pas les réflexes* » (M9).

L'information semble avoir été mal diffusée : « *Elle a été peu expliquée* (M7), *Elle n'a pas été vraiment présentée* » (M6).

Plusieurs médecins soulignent la nécessité d'une démarche volontaire pour se former à son utilisation : « *L'info n'a pas forcément été beaucoup diffusée. Après, c'est le problème de toutes les nouvelles reco HAS, si tu ne vas pas les chercher, tu ne les as pas, en fait, elle te sont pas délivrées forcément. Je suis du coup allée chercher un peu sur Internet* » (M3), « *Je suis allé voir sur Internet ce que c'était* » (M12).

La multiplicité des outils en médecine apparaît comme un frein supplémentaire à l'utilisation de SCORE. Pour certains médecins, il est difficile de faire le tri entre les nombreuses échelles existantes : « *Après il peut y avoir des intérêts mais bon on a des outils partout... le problème c'est qu'il faut les retrouver !* » (M5) « *ça doit quand même être un outil intéressant, mais c'est-à-dire qu'il y en a tellement* » (M9).



## 2) Outil jugé inutile

Pour certains médecins l'utilisation d'une échelle pour évaluer le risque cardiovasculaire des patients ne répond pas à un besoin dans leur pratique.

### a) Approche par facteurs de risque

A l'approche en fonction du risque cardiovasculaire global est parfois préférée une approche facteur de risque par facteur de risque : « Voilà, en fait, je m'attache surtout à lutter contre les facteurs de risques, en particulier le tabac. *Dans la mesure où le tabac si tu veux il y a pas... quelque part c'est pas comme le cholestérol où tu te dis il faut que j'atteigne le 1g, là l'objectif c'est d'arrêter de fumer. Le fait qu'il y ait une échelle, je ne sais pas comment ça va changer grand-chose* » (M9).

### b) Satisfaction avec la méthode par sommation des facteurs de risque

La méthode qui consiste à faire la sommation des facteurs de risque est encore largement ancrée dans les habitudes : « *j'étais habituée à faire l'addition des facteurs de risque* » (M2), « *J'ai encore de vieux instincts à vouloir faire ça (la sommation des facteurs de risque). Avant, c'était plus simple parce que j'avais l'habitude* » (M10), « *moi je m'étais par contre bien accoutumé aux anciennes recommandations, très facilement* » (M4).

L'utilisation d'une modélisation statistique constitue un changement notable dans la façon d'évaluer le risque cardiovasculaire des patients : « *Et donc pour le SCORE ce serait de tout façon une habitude à prendre. Au début, je me disais, il va falloir que je regarde ça, bon, ça change, ça m'a perturbé* » (M4), « *l'intégrer, ça prend le temps que ça prend* » (M10).

Et certains médecins ne voient pas de quelconque intérêt à utiliser une échelle : « *D'additionner les facteurs de risque, ça me convient bien pour l'instant* » (M11), « *je compte sur mes doigts. Et je trouve que comme ça c'est bien* » (M8),

### c) Mise en avant de l'expérience

Plusieurs médecins mettent en avant leur expérience pour évaluer le risque cardiovasculaire des patients et la juge suffisante : « *Peut-être qu'on passe à côté de personnes à risque, après je pense que c'est minimisé avec ce qu'on a intuitivement quand même tout ce qui est tabac, bilan biologique perturbé, âge. Alors c'est vrai que*

*c'est des choses qu'on a intégré au fur et à mesure de nos études, de nos pratiques de façon un peu intuitive, sans avoir d'abaque précis » (M8), « mais j'ai l'impression que de toute façon tous mes patients diabétiques ou qui ont un facteur de risque, je suis quand même assez attentive de manière générale et donc je ne fais pas de spécificités. Moi quand je fais un premier entretien, je mets toujours dans les antécédents, c'est systématique, quoi. Donc j'ai l'impression déjà là de faire un peu ça, une évaluation » (M9).*

Ainsi, pour un médecin, les échelles de risque sont surtout intéressantes pour les jeunes praticiens : *« c'est bien pour les jeunes mais pas pour nous. La bouteille, l'expérience... je pense qu'on a du flair, on sent ce genre de chose et puis après on la médecine qu'on applique depuis 30 ans » (M5).*

### 3) Manque de temps

Le manque de temps est un obstacle fréquemment rapporté par les médecins à l'utilisation de SCORE : *« ça prend quand même du temps, je ne dirais pas que ça ne prend pas de temps, je trouve, un peu plus de temps quand même. Du coup il faut un peu s'imposer de le faire » (M1), « je l'ai utilisé un certain nombre de fois, pas tout le tout le temps parce qu'effectivement, c'est trop long » (M7), « on n'a pas le temps pour ça » (M11).*

La multiplicité des motifs de consultation rend son utilisation difficile : *« c'est quand même une contrainte, ça prend du temps. On sait qu'il y a toujours pleins de chose à voir dans une consultation » (M5).*

Est jugée particulièrement chronophage la communication au patient de son risque cardiovasculaire : *« ça peut prendre un peu de temps, parce qu'il faut l'accompagner, quand même » (M10), « par contre ça prend beaucoup de temps. Parce que du coup les gens se penchent sur les questions, on leur explique, ils posent des questions et on passe un long moment dans la consultation à faire ça. En pratique, ça complique les choses » (M7), allant jusqu'à suggérer l'existence d'une consultation dédiée : « je pense qu'il faut peut-être réserver une consultation plus spécifique à ça » (M7).*

#### 4) Peur de trop simplifier la médecine

Pour plusieurs médecins, c'est l'utilisation même d'outils qui pose problème. Est perçu négativement le fait de « mettre les patients dans des cases » (M11). « Moi je trouve ça un peu chiant. *Ça paraît scientifique mais c'est pas... moi j'aime pas trop tout ça* » (M11), « *la médecine, c'est de plus en plus faire rentrer les gens dans des cases. Parce que ça nous rassure sur le côté thérapeutique, voilà, il lui faut 1g de LDL bon bah là il est à 1,2 bon bah on lui met une statine et puis moi, si il fait un accident vasculaire, j'ai fait ce qu'il fallait faire selon les recommandations, je lui ai mis sa statine parce que il avait pas le bon LDL. On devient un peu bête avec tous ces scores et ces machins. Ça rassure pas mal, de dire, bon j'ai fait ce qu'il fallait faire* » (M12).

Un médecin souligne l'importance « *d'essayer de rester médecin et de ne pas rester tout le temps attaché à des chiffres* » (M12).

Ainsi la multitude d'outils et échelles en médecine est critiquée : « *j'aime pas trop les scores par ce qu'il y en a tellement. Il y a plein de score. Trop. Maintenant dans toutes les pathologies, il y a 1 score. Et ça, ça m'embête* » (M11).

Le caractère réducteur des échelles est souligné : « *le cadre peut être trop rigide et évidemment, il y a toujours des cas qui sortent des petites cases. Dans la vraie vie on est parfois entre 2 cases* » (M4), « *ça me paraissant trop académique, trop cadré. Après, c'est vrai que c'est le problème des scores, les scores qui sont très normés* » (M8).

#### 5) Manque d'intérêt pour la prévention cardiovasculaire

Un médecin a souligné l'appartenance de la France dans les pays à faible risque cardiovasculaire, ne jugeant donc pas la prévention cardiovasculaire primordiale : « *j'ai vu qu'en France, contrairement à ce que l'on pense, on ne fait pas partie des pays à plus haut risque cardiovasculaire, donc euh, voilà. Il y a les Etats unis et les pays du nord de l'Europe, nous on est presque considérés comme le sud, donc dans le sud, on est moins à risque. Donc je me suis dit, on va pas non plus s'énerver sur les gens* » (M2).

## B) Liés à l'outil

### 1) Manque de praticité

#### a) Grille jugée peu intuitive

L'échelle est considérée complexe au premier abord pour la plupart des médecins : *« ça m'a paru assez confus, c'était pas si évident que ça. Le premier ressenti que j'ai eu sur le SCORE, c'est que c'était flou, pas clair, encore plus compliqué qu'avant, quoi. Que ça n'allait pas m'aider » (M1)*, *« je me disais, c'est un outil qui va rendre service mais j'ai l'impression que ça devient de plus en plus compliqué. Au début, ça fait quand même usine à gaz » (M4)*, *« l'image de l'échelle telle qu'elle est, pour moi c'est pas.. ça me saute pas aux yeux, l'évidence. Tous ces chiffres-là.. ça me brouille un peu, je sais pas » (M2)*, *« là, c'est vrai que le tableau, je trouve qu'il est pas très clair » (M6)*, *« ça (montre la grille), je l'ai regardé une fois, j'ai rien compris. J'ai essayé de comprendre et au bout de 5 minutes j'ai dit non vraiment j'y comprend rien avec les couleurs, les machins. Il y avait des chiffres partout » (M12)*.

La comparaison est faite avec la méthode qui consiste à additionner les facteurs de risque, jugée moins complexe : *« je compte sur mes doigts. C'est beaucoup plus simple » (M8)*.

Ainsi, certains médecins ont renoncé à l'utiliser : *« je ne me suis pas forcément approprié l'outil » (M2)*, *« quand j'ai vu ça, je l'ai mis de côté vite fait » (M8)*.

#### b) Besoin d'entraînement

Pour d'autres, du temps est nécessaire pour l'appivoiser : *« là je ne la maîtrise pas encore forcément à 100% » (M6)*, *« après effectivement si on a l'habitude d'utiliser cette échelle, ça peut aller vite mais il faudra certainement un long temps d'adaptation avant de maîtriser l'outil » (M9)*, *« je l'utilise relativement rarement parce qu'il faut être quand même habitué » (M4)*, *« j'ai mis du temps à le faire parce qu'au début je trouvais ça compliqué » (M1)*.

#### c) Echelle non intégrée dans les logiciels médicaux

Le format papier est jugé peu pratique : *« je n'arrête pas de la chercher mais je n'arrive pas à la trouver ! » (M3)*, *« je sais même plus où elle est » (M5)*.

Plusieurs médecins déplorent ainsi que SCORE ne soit pas intégré dans leur logiciel : « *elle est peu utilisée parce qu'elle n'est pas intégrée dans nos logiciels médicaux. Donc on est obligé d'avoir une application à côté, de réaliser le test à côté et ensuite il faut faire certaines manœuvres pour l'intégrer dans le logiciel. Pour moi c'est le facteur principal* » (M7), « *là, du coup je me dis, ça pourrait être bien qu'on puisse avoir ça, dans le logiciel, dans les ATCD, le risque vasculaire est à tant* » (M3).

d) *Nécessité de conversion des unités*

Dans l'échelle SCORE la cholestérolémie est exprimée en mmol. La nécessité de devoir faire la conversion des mg en mmol est un frein pour deux médecins : « *déjà ce qui me dérange par rapport à ça, c'est peut-être mon grand âge, c'est que je raisonne pas en millimoles pour le cholestérol, je fais toujours en milligrammes. J'ai jamais fait l'effort de mettre en millimoles* » (M8), « *le cholestérol, on est pas habitué en millimoles. Ça c'est un problème, j'aime pas du tout ça* » (M9).

2) *Doute sur la fiabilité de l'estimation du risque*

On note chez certains médecins une grande méfiance quant à la justesse de l'estimation du risque cardiovasculaire par SCORE : « *je suis en pleine interrogation sur cette échelle. Je reste critique. Je pense que je vais quand même essayer de l'utiliser pour voir si ça m'aide. Mais en restant vigilante et en lisant des choses pour voir ce que les revues en pensent* » (M3), « *ça nous facilite le travail. Oui c'est possible mais peut-être qu'il faut garder quand même un certain recul. J'ai un peu des doutes sur la fiabilité du SCORE. Maintenant, comme je suis, même plus qu'au début suspicieux sur la fiabilité du test, euh, je suis dans une phase où je me pose des questions, quoi* » (M4).

a) *Des modalités d'élaborations mal connues*

Les modalités d'élaboration de SCORE restent floues pour la plupart des médecins : « *à un moment, le souvenir que j'ai c'est que c'était plutôt fait pour les Américains, enfin pas pour chez nous. Donc après ça a été adapté à la France, enfin bon* » (M2), « *après le seul inconvénient c'est de voir comment elle a été construite. Et ça me pose problème de se dire d'où ça sort ? Comment ça a été établi ? Et pourquoi ?* » (M3).

Ainsi, certains médecins sont suspicieux, craignant notamment des conflits d'intérêts : « encore faut-il que, l'outil soit bien évidemment élaboré par des personnes qui soient complètement indépendantes des grands groupes pharmaceutiques, qui commercialisent et qui vendent les statines. Et j'ai des gros doutes là-dessus » (M4), « je ne sais pas si le but c'est d'aller faire prescrire des statines, ça peut être le but non avoué. Vu ce qu'on sait du débat sur les statines, c'est une hypothèse » (M9).

b) Critique du contenu

Dans SCORE, l'âge est utilisé comme une mesure de la durée d'exposition au risque plutôt que comme un facteur de risque en tant que tel, ce qui fait craindre une sous-estimation du risque chez les patients jeunes : « pour une femme de 40 ans avec 18 de tension et une cholestérolémie élevée, il n'y a pas de risque du tout ? Moi je l'aurai envoyé voir le cardio à 18 de systolique et, oui j'aurais peut-être surévalué, mais ça paraît plus logique » (M8), et une surestimation du risque chez les patients âgés : « ça varie beaucoup avec l'âge quand même, on passe vite... 55 à 59 ans vous êtes déjà à 10, donc après ça y est... Ça peut être un risque de surtraitement quand même » (M5).

Le poids accordé à la cholestérolémie dans SCORE est critiqué : « les patients fumeurs et stressés, je les vois +++ à risque, par rapport au rôle du cholestérol, par exemple » (M9) « j'avais regardé l'émission Cholestérol le grand bluff, et du coup, je me suis dit ouh là là... » (M2).

La prise en compte du cholestérol total est mal comprise : « je voyais que le cholestérol total donc on ne parlait plus trop depuis quelques décennies devenait un critère vraiment très important, contrairement au LDL qui disparaissait » (M4), « et puis le fait que ce soit le cholestérol total qui soit pris en compte me chagrine un peu. Parce qu'il y a quand même des cas où le HDL est élevé. Ça fait des années qu'on nous dit que c'est le LDL qui est important et que là subitement, on en tient plus compte. Je comprends moyennement » (M8), « l'autre chose qui me dérange un petit peu c'est le cholestérol. Il est total. Or on passe pas mal de temps à expliquer aux patients le bon et le mauvais cholestérol. J'aurais préféré avoir un instrument qui ne prenne que le LDL. Ça ne me permet pas de pointer du doigt le bon et le mauvais cholestérol » (M10)

Deux médecins soulignent le problème de la labilité tensionnelle : « ce qui m'a posé problème c'est le chiffre de tension artérielle systolique. Je comprends pas. Du coup ça veut dire que tu calcule ton SCORE à un moment T et je suis sûre que le lendemain

*je refais son SCORE à un patient... Le chiffre de tension artérielle c'est extrêmement labile. Si t'a un bon chiffre, très bien. Mais ça veut dire que si la fois d'après il a une tension élevée, il faut lui mettre une statine ? » (M1), « le problème de la tension c'est que c'est tellement variable, d'un jour à l'autre » (M5).*

La prise d'un traitement anti hypertenseur est aussi source de confusion : *« c'était de savoir si l'hypertension c'était avec ou sans traitement en fait. Donc ça, c'est pas très clarifié je pense » (M3).*

### c) Une échelle incomplète

SCORE prend en compte l'âge, le sexe, la tension artérielle systolique le tabagisme et la cholestérolémie. L'échelle est perçue comme incomplète, ne prenant pas en considération d'autres facteurs de risque, qui permettraient de potentialiser le risque global du patient, comme les antécédents familiaux cardiovasculaires : *« parce qu'effectivement, là, on n'a plus du tout en compte l'hérédité cardiovasculaire. L'hérédité, je trouve que ça manque » (M3), le poids : « de mémoire, dans SCORE ils ne prennent pas en compte l'histoire du poids, il n'y a pas tous les critères » (M2), la sédentarité : « ce qui serait pas mal, c'est le sport, enfin l'activité physique, il faudrait peut-être rajouter ça, hein » (M12), ou encore le stress : « je trouve que le facteur stress, maintenant rentre vachement en compte. Maintenant, c'est quand même quasiment acquis auprès des cardiologues. C'est un facteur que je rajouterais. C'est vrai que ça fait pas partie traditionnellement des facteurs de risque cardiovasculaires mais c'est quand même la tendance » (M9).*

### 3) Pas une bonne aide à la décision médicale

Pour certains médecins, SCORE n'apparaît pas comme un bon guide à la prescription de statines, soit parce que les recommandations de prise en charge des dyslipidémies sont méconnues *« ça ne dit pas à partir de quel niveau on prescrit la statine » (M11), « ça ne dit pas si il faut traiter ou pas » (M5), soit parce qu'elles sont critiquées : « je suis dubitative sur la validité de ces reco. La sur prescription de statines qu'induiraient les nouvelles reco de l'HAS n'est pas du tout justifiée » (M2), « là je trouve que ces nouvelles normes, elles nous amènent à prescrire beaucoup plus souvent des statines. J'ai peur du surdiagnostic et du surtraitement » (M4).*

La question de la pertinence du seuil de risque à partir duquel prescrire une statine est posée : *« c'est de se dire, est ce que finalement il y a un bon seuil pour traiter les gens ou pas ? Les seuils, j'ai l'impression que ça a été fixé de façon un peu arbitraire. Il n'y a pas d'étude vraiment fiable derrière, quoi » (M3).*

#### 4) Problème des patients exclus

L'exclusion des patients de plus de 65 ans et des diabétiques pose le problème de l'applicabilité de l'échelle à sa patientèle : *« le problème, c'est qu'il y a déjà des limites, pas plus de 65 ans. Moi j'ai plein de patients de plus de 65 ans. Il y a aussi les cas où on ne l'utilise pas, quand c'est le diabète, quand ils sont déjà à haut risque. Il y a beaucoup de gens qui ne sont déjà pas là-dedans, qui sont déjà exclus de base » (M1), « après, le problème de SCORE, c'est que ça s'arrête à 65 ans » (M3), « moi ce qui me gêne c'est à partir de 66 ans, c'est vide » (M4).*

#### C) Freins liés au patient

##### 1) Altération de la relation de confiance

Un médecin perçoit l'utilisation en consultation d'un outil comme SCORE comme un facteur pouvant entamer la confiance du patient : *« je ne me vois pas bien utiliser la grille en consultation ... ça fait un peu scolaire. Je ne me vois pas faire ça devant un patient. Il penserait que je suis encore susceptible d'aller à l'école ! » (M8).*

##### 2) Dépersonnalisation du patient

Pour d'autres, l'utilisation d'échelles, par une approche trop standardisée, dépersonnalise le patient : *« ils n'auront pas envie qu'on les mette dans une petite case » (M4), « je pense que les gens, ils aiment pas être mis dans des scores » (M11), « c'est le fait de mettre des gens dans des cases, quoi, je ne me voie pas faire ça devant les patients » (M8).*



### 3) Difficultés à communiquer autour du risque

La difficulté à communiquer au patient son risque cardiovasculaire est rappelée : « *c'est compliqué à expliquer aux patients je pense* » (M5).

La question de la bonne compréhension du patient est posée : « *ça reste complexe, tu vois. Quand tu montres ça (montre la grille SCORE), même quand t'es médecin, la première fois, tu regardes, tu fais, attends... Moi il y avait des trucs que j'avais pas compris la première fois* » (M1), « *ça va paraître trop compliqué* » (M4), « *si déjà nous on met du temps, alors les patients, ils ne vont pas comprendre* » (M5), de même que leur ressenti : « *mais il y a beaucoup de gens pour qui de dire : la vous savez on réduit votre risque de 10%... pfff, ça ne va pas leur dire grand-chose, en fait, dans leur vie quotidienne. Je pense que si moi un médecin me disait, vous avez 5% de risque de moins... ça ne me parlerai pas vraiment en fait, dans ma vie à moi. Ça ne me viendrait pas forcément comme ça de dire, tiens si je fais l'effort ... ça ne me parle pas vraiment, en tant que patient, si j'étais patient. Donc je ne suis pas convaincue* » (M2).

Pour d'autres médecins, c'est le caractère anxiogène de la communication au patient de son risque cardiovasculaire qui pose problème : « *je ne l'ai pas utilisé tout de suite parce que je le trouvais un peu flippant pour le patient* » (M10), « *et je trouve que ça fait peur aux gens, hein. De leur dire, votre risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans. A chaque fois je leur dis ne vous inquiétez pas ça ne veut pas dire que vous allez mourir ! Mais ça fait peur quand même de dire ça. C'est anxiogène* » (M1), « *ça peut être un peu flippant aussi, pour les anxieux c'est pas forcément terrible !* » (M3), « *je pense que d'avoir un pourcentage pour le patient ce serait plus angoissant qu'autre chose, ça va être hyper anxiogène* » (M12).

Deux médecins soulignent l'inefficacité de l'éducation par la terreur : « *je pense que c'est aussi plus compliqué que ça les changements de comportement, uniquement sur la peur... ça peut marcher à court terme, quoi, au sortir de la consultation, mais bon...* » (M4), « *et puis les gens, plus tu les stresses sur l'arrêt du tabac ou sur l'équilibrage du diabète, plus ils font l'inverse de ce que tu leur dis de faire. Donc non, ça ne sert à rien* » (M12).

Ainsi, pour certains médecins, la communication du risque cardiovasculaire n'est pas possible chez tous les patients : « *je pense que ça va être vraiment en fonction des caractères. Ça va être vraiment très très individualisé* » (M4), « *alors, après ça ne s'adapte pas à tous les patients. Il y a des patients pour qui ça va être rédhibitoire, d'avoir des chiffres, comme ça. Ça dépend vraiment du style du patient, pas forcément du niveau d'études, chose comme ça, mais plutôt du style. Selon que les gens sont à l'aise avec les chiffres ou pas* » (M2), allant jusqu'à suggérer un profil de patients particulier : « *peut-être les gens qui sont un peu obsessionnels, très matheux* » (M2), « *on a des patients qui sont très cartésiens, qui ont besoin d'avoir vraiment quelque chose de très concret* » (M3), « *les scientifiques, ceux qui aiment bien les tableaux, les algorithmes* » (M9).

## DISCUSSION

### I Rappel des résultats

Le principe des échelles de risque cardiovasculaire est perçu globalement positivement par les médecins généralistes. La méthode par modélisation statistique est jugée pertinente comme complément à l'expertise clinique, pour identifier les sujets à risque, améliorer le suivi du patient, guider et argumenter la décision thérapeutique. Un autre avantage d'avoir recours à un outil standardisé serait une amélioration des échanges interprofessionnels.

Néanmoins, son utilisation en consultation est loin d'être systématique, ne répondant pas nécessairement à un besoin en pratique. L'expérience du médecin est mise en avant et est parfois jugée suffisante. Le caractère réducteur des échelles de risque est rappelé. La question de la compatibilité entre utilisation d'un outil statistique et approche centrée patient est posée de même que l'impact de l'utilisation d'échelles sur la relation médecin-patient.

L'utilisation de SCORE en pratique courante est aussi limitée par une mauvaise connaissance et maîtrise de l'échelle faute d'information et de formation suffisantes. L'outil est alors perçu comme contraignant, lui faisant alors préférer la méthode par sommation des facteurs de risque, plus familière et encore largement ancrée dans les habitudes. Du temps et une démarche volontaire sont nécessaires aux médecins pour se l'approprier. Le format de la grille est jugé peu intuitif, complexe au premier abord, rendant son usage chronophage. Le développement de supports informatiques voire l'intégration de l'échelle dans les logiciels médicaux pourraient faciliter son usage.

Un autre facteur intervenant dans l'utilisation de SCORE est la confiance accordée à l'outil. Alors que certains médecins adoptent une attitude pragmatique, faute d'alternative validée et jugeant l'outil fiable, d'autres sont plus méfiants quant à la justesse de l'évaluation du risque. Le poids accordé à l'âge ou la dyslipidémie, les facteurs de risque non pris en compte comme les antécédents familiaux ou le surpoids, la question des modalités d'élaboration de l'échelle sont autant de paramètres qui

remettent en question la fiabilité de SCORE. Ainsi, l'échelle n'apparaît pas à tous les médecins comme une bonne aide à la décision médicale : si certains voient en SCORE un moyen de rationaliser la prescription de statines, d'autres redoutent un risque de surtraitement.

Plusieurs médecins perçoivent davantage SCORE comme un outil tourné vers le patient, à la fois comme outil pédagogique, motivationnel, mais aussi comme une aide à la décision médicale partagée, tout en soulignant les difficultés liées à la communication autour du risque cardiovasculaire.

## II Discussion de la méthode

### A) Limites

#### 1) Biais liés au recueil de données

##### a) Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention

Il s'agissait d'une première expérience de recherche qualitative, pouvant expliquer certains biais dans la réalisation des entretiens tels que des questions parfois trop directives ou inductrices de réponses supposées. Mes interventions étaient fréquentes, principalement au cours des premiers entretiens, risquant peut-être de diriger le dialogue et d'orienter le discours des participants.

##### b) Biais de désirabilité sociale

Bien qu'essayant d'être la plus neutre possible au cours des entretiens, le simple fait que je fasse une thèse sur SCORE a pu être perçu par certains médecins comme un plaidoyer à son utilisation et orienter leurs réponses. La crainte d'être jugé, notamment quand il est question de parler de sa pratique, du fait de suivre ou non des recommandations, a pu aussi modifier les réponses. Il existe donc un biais de

désirabilité sociale, inhérent à toute recherche qualitative menée par entretien, correspondant à la tendance des praticiens interrogés à donner des réponses conformes à ce qui est considéré être la norme.

#### c) Biais de mémorisation

Pour éviter des propos parfois trop généralistes, il aurait peut-être été préférable de demander en amont aux participants de sélectionner une situation concrète où la question de l'estimation du risque cardiovasculaire s'était posée. Au cours des entretiens, il était bien demandé aux médecins de parler d'un cas particulier mais certains ont eu du mal à se le remémorer en détails, ce qui a pu rendre leur discours moins riche et moins authentique.

#### d) Biais de sélection

Les premiers médecins interrogés faisaient partie de mes connaissances, ce qui a pu influencer leur adhésion à cette étude et leurs réponses. La diversité des profils de médecins recrutés dans ces conditions peut être questionnée. Ce mode de recrutement initialement par convenance nous a fait interroger des médecins qui n'étaient pas forcément particulièrement intéressés par le sujet, n'ayant peut-être pas osé refuser de participer. Les médecins recrutés dans un second temps l'étaient par effet boule de neige. Cette méthode de recrutement de proche en proche nous a permis de n'essuyer aucun refus auprès des médecins contactés mais avec le risque de ne pas recueillir tous les points de vue possibles mais seulement celui d'un groupe.

Notre mode opératoire nous a fait parfois inclure des médecins exerçant dans le même cabinet. Mais le fait de travailler ensemble ne semblait pas influencer la pratique individuelle dans la mesure où les perceptions et pratiques vis-à-vis de SCORE différaient fortement entre ces praticiens.

Dans notre échantillon, 4 médecins sur 12 utilisaient couramment SCORE. Nous avons fait le choix d'interroger les médecins sans savoir à l'avance s'ils l'utilisaient ou non. Rappelons que dans une étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée.

## 2) Biais d'analyse et d'interprétation

L'analyse des verbatim nécessite une interprétation du discours et du contexte. Pour limiter ce biais d'interprétation, il aurait été souhaitable que les entretiens soient analysés par une deuxième personne. Des contraintes de temps ne nous ont pas permis de procéder à un double codage.

## B) Forces

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention cardiovasculaire, en particulier primaire. Le recours à un outil de modélisation statistique constitue un changement notable dans l'identification des patients à risque. La perception qu'ont les médecins généralistes français de cet outil n'a été que très peu étudiée. L'originalité du sujet constitue donc sa principale force.

Le choix de la méthode qualitative pour explorer en profondeur une attitude face à un outil nous semble pertinent. Elle nous paraît particulièrement indiquée pour un abord compréhensif des déterminants du recours ou non à SCORE. La plupart des travaux portant sur les échelles de risque cardiovasculaires étaient quantitatifs et s'attachaient à évaluer le pourcentage de médecins à les utiliser.

### III Discussion des résultats

#### A) Echelles et médecine générale

##### 1) La question de la formation

Dans notre étude, on retrouve une grande variation en termes de connaissance de SCORE. Certains médecins semblaient quasi découvrir l'échelle alors que d'autres la maîtrisaient et l'avaient intégrée dans leur pratique quotidienne. Le principal frein à l'utilisation de SCORE retrouvé au cours des entretiens est un manque de connaissance et de maîtrise de l'outil. Chez les médecins n'utilisant pas l'échelle SCORE parce que la connaissant mal, cette étude a surtout permis d'évaluer l'acceptabilité du principe des équations de risque cardiovasculaire.

La première explication au manque de connaissance de SCORE peut être sa récente intégration dans les recommandations françaises. Même si SCORE existe depuis 15 ans, son utilisation n'est recommandée pour évaluer le risque cardiovasculaire et prendre en charge les dyslipidémies que depuis 1 an au moment où nous effectuons les entretiens. Mais ce manque de connaissance des échelles de risque cardiovasculaires est pourtant aussi retrouvé dans de nombreux autres travaux réalisés dans des pays où leur usage est préconisé depuis bien plus longtemps. C'est le cas par exemple aux Etats Unis avec l'échelle Framingham. L'étude de Shllinglaw (27) menée en 2012 auprès de 952 praticiens américains retrouvait aussi le manque de familiarité avec l'outil comme principal frein à son utilisation. Le caractère récent de l'intégration de SCORE dans les recommandations de l'HAS ne semble donc pas être le seul motif de sa méconnaissance.

Plusieurs médecins de notre étude ont rapporté une mauvaise diffusion de l'information. C. Cario s'était intéressé dans sa thèse (34) aux freins à l'utilisation de 10 tests et échelles auprès de 121 médecins généralistes charentais et concluait que le plus important était le manque de formation, la jugeant peu efficace dans ce

domaine. Les médecins eux-mêmes estiment manquer de connaissance sur les scores en général. Dans la thèse de P. Jaudeau-Da Costa (35) portant sur l'utilisation de 4 scores (MMS, Hamilton, Fagerstrom et Audit) par les médecins généralistes, 57,7% d'entre eux pensaient être insuffisamment formés à ces outils. Elle révélait que les scores étudiés étaient majoritairement connus au cours de formations puis via des lectures. A la troisième place, venait la prise d'informations entre confrères. Le manque de connaissance de l'échelle n'est donc pas spécifique à SCORE, ni même aux échelles de risque cardiovasculaires mais aux outils de façon générale. La diffusion et la formation aux échelles ne paraît pas suffisante. Plusieurs médecins de notre étude ont ainsi souligné la nécessité de faire ses propres recherches et donc l'importance d'une démarche volontaire.

## 2) Les aspects pratiques

Un autre obstacle majeur à l'intégration de ces échelles au cours d'une consultation de médecine générale est leur aspect chronophage : le facteur temps est un paramètre rapporté par la plupart des médecins interrogés. Cet aspect a été largement retrouvé dans la littérature (26, 36-40). Dans l'étude EURIKA (41) menée en 2009 auprès de 806 praticiens de 12 pays européens, le manque de temps est la première raison invoquée au fait de ne pas utiliser d'échelle de risque cardiovasculaire (59,8% des non utilisateurs). L'outil est alors perçu davantage comme une contrainte que comme une aide. Les aspects pratiques sont déterminants dans le recours ou non à un outil en médecine générale. Dans l'étude espagnole menée par Elustondo (42), 23% des 462 médecins interrogés allaient jusqu'à estimer que l'utilisation d'échelles de risque cardiovasculaire en consultation n'était pas faisable.

Il semblerait qu'au-delà du temps nécessaire à l'utiliser en consultation c'est aussi le temps nécessaire à maîtriser ou s'approprier l'outil dont il est question. Un outil mal connu paraît nécessairement complexe et donc chronophage. S'approprier des scores, les intégrer à sa pratique nécessite l'investissement de temps personnel que le médecin ne peut pas toujours concéder. Par opposition, les médecins qui avaient apprivoisé SCORE décrivaient son usage comme simple et rapide.



Dans notre étude, le design de la grille de SCORE était parfois critiqué, jugé complexe et peu intuitif au premier abord. Dans sa thèse sur les outils d'aide à la décision en médecine générale, S. Corpel (43) soulignait l'importance de la fonctionnalité de l'outil qui doit être simple, rapide à utiliser et d'aspect attrayant. Mais c'est surtout le support informatique qui est plébiscité par les médecins de notre étude. Il existe plusieurs applications et sites internet permettant de calculer le risque cardiovasculaire d'un patient (21, 22, 23). Ils nécessitent de faire une recherche pour les trouver et la plupart des médecins ignoraient leur existence. Plusieurs praticiens ont suggéré que SCORE soit intégré dans leur logiciel métier. Mossakowska (38) qui s'était intéressé à des solutions pour encourager son utilisation y était favorable. Incorporer les échelles de risque cardiovasculaire dans les logiciels médicaux pourrait quadrupler leur utilisation (44).

Parmi les médecins interrogés dans le cadre de notre thèse, aucun n'a abordé la question de la rémunération. La rémunération à la performance sur les objectifs de santé (ROSP) est un dispositif de paiement à la performance datant de 2011 qui est versé en fonction de l'atteinte par les médecins concernés d'objectifs de santé publique et d'efficience (45). L'entrée de SCORE dans les ROSP ne semble pas avoir d'impact sur son utilisation. Ce constat entre en contradiction avec l'étude de Muller-Riemenscheider (40), dans laquelle les praticiens présentaient l'absence de rémunération comme un frein à l'utilisation des échelles de risque. Cependant, il semblerait que la revalorisation des cotations ne modifie pas fondamentalement les pratiques. C'est ce qui avait été aussi retrouvé dans la thèse d'A. Leroux concernant l'utilisation de l'échelle de dépression Hamilton (46) : la mise en place d'une cotation spécifique ne semblait pas être un facteur incitatif à la réalisation de l'échelle.

### 3) Un intérêt surtout théorique

Dans notre travail, la pertinence du principe des échelles de risque cardiovasculaires est globalement reconnue, comme une aide nécessaire pour mieux dépister les sujets

à risque et guider la prise en charge médicale. Le calcul du risque cardiovasculaire grâce à une échelle est perçu comme plus précis que la sommation des facteurs de risque et plus objectif qu'une évaluation intuitive.

Si le principe est généralement bien accepté, jugé satisfaisant sur le plan intellectuel, il ne se traduit pas par un recours systématique chez tous les médecins. Ce paradoxe est retrouvé dans l'étude américaine de Shillinglaw et al (27), où, si plus de 80% des médecins percevaient les échelles de risque cardiovasculaire comme utiles, permettant d'améliorer la prise en charge du patient et amenant à de meilleures décisions sur la prescription de thérapeutiques préventives, seuls 41% déclaraient les utiliser. Et le deuxième argument le plus souvent rapporté chez les non utilisateurs était le fait de ne pas y trouver d'utilité en pratique.

Ainsi la bonne acceptation du principe contraste avec un faible recours quand il s'agit de sa pratique personnelle. Face à l'intérêt théorique des échelles de risque semble s'opposer le fait de ne pas être convaincu de leur utilité face au patient. Si la pertinence des scores de risque est reconnue à l'échelle d'une population, il n'en est pas de même au niveau individuel. Quel crédit accorder à des études statistiques lorsqu'on prend en charge un individu donné ? L'échelle peut-elle s'appliquer à mon patient ? Ce questionnement avait déjà été exposé dans la thèse de B. Carnelle sur la connaissance qu'avaient les médecins du risque cardiovasculaire absolu (47). Dans notre étude, les médecins n'utilisant pas SCORE ne se sentaient globalement pas pour autant en difficulté pour évaluer le risque d'un patient et décider d'une prise en charge. La méthode qui consiste à additionner les facteurs de risque les satisfaisaient. Et il en est de même pour ceux qui mettaient en avant leur expérience et la jugeaient suffisante. Ce constat est fréquemment retrouvé comme frein à l'utilisation des échelles de risque cardiovasculaire (26, 41, 48). La préférence du jugement clinique a été rapportée notamment dans l'étude internationale menée par Sposito (28), dans laquelle seuls 48% des 2056 médecins interrogés utilisaient une échelle de risque cardiovasculaire. 21% des non utilisateurs estimaient qu'elles n'apportaient rien à leur évaluation clinique.

C'est ce qu'A-F Junod appelle « la suprématie de l'implicite sur l'explicite » (49) : les décisions du médecin reposent davantage sur la confiance qu'il a de son jugement (« l'implicite »), fruit de son expérience. Au fil du temps, ce processus résulte davantage d'un automatisme, n'est plus soumis à une analyse critique raisonnée et ne génère pas le besoin d'une justification systématique (« l'explicite »). De façon plus générale, l'inutilité des échelles est retrouvée comme un frein majeur quel que soit le score considéré. Et le doute sur leur l'intérêt est un obstacle qui empêche même leur simple découverte (50). Ce qui montre que pour être utilisé, un outil, au-delà du fait d'être connu et pratique, doit répondre à un questionnement ou à un besoin du médecin.

#### 4) Quelle place accorder aux échelles ?

La préférence par certains médecins du jugement clinique s'explique aussi par le côté perçu comme réducteur des échelles de risque, qui aboutit à une standardisation des pratiques. La démarche de mettre le patient dans une case apparaît comme trop simplificatrice et non satisfaisante. Les scores ne considèrent pas l'individu et ses particularités, ils ne prennent pas en compte tous les éléments cliniques, l'histoire du patient et ses attentes. Se pose ainsi la question de la compatibilité entre utilisation d'outils statistiques en médecine générale et approche centrée patient. L'expérience du médecin permet, elle, de prendre en compte la complexité du patient et notamment la présence de comorbidités non cardiovasculaires. Ce caractère réducteur est d'ailleurs la principale critique faite aux échelles de risque cardiovasculaire dans l'étude de Eichler (26) : 57,8% des médecins non utilisateurs estimaient qu'une simple valeur de risque ne peut pas rendre compte de la complexité du patient.

Ainsi, plutôt que d'opposer jugement clinique et utilisation d'un outil standardisé, les échelles peuvent être présentées comme un complément à l'expertise du médecin et être ainsi mieux acceptées (51). Comme rappelé dans la thèse de S. Corpel (43), l'outil doit rester à sa place et ne pas se substituer au praticien. Son usage est avant tout guidé par un contexte clinique et complète une évaluation intuitive. C'est le cas,

comme rapporté dans notre étude où les médecins interrogés avaient recours à SCORE quand se posait par exemple la question de l'instauration d'un traitement par statine ou à visée motivationnelle quand l'observance était supposée mauvaise.

Au-delà de l'intérêt de SCORE pour évaluer plus finement le risque cardiovasculaire d'un patient, plusieurs médecins ont souligné le caractère anxiolytique des échelles en médecine. Avoir recours à un outil peut permettre de justifier sa pratique en s'appuyant sur des données validées. Le fait que SCORE soit désormais intégré dans les recommandations de l'HAS appuie probablement cet aspect. Ceci a surtout été rapporté dans notre étude par les médecins les plus jeunes, les moins expérimentés. La crainte d'une erreur médicale, peut-être plus grande chez eux, entretient le besoin de se protéger. J. Micciche (50) rappelait dans sa thèse que les scores permettent aussi au médecin de se rassurer et de se conforter dans sa décision.

## 5) Echelles et relation médecin-patient

Les médecins sont partagés sur l'impact de l'utilisation d'échelles sur la relation médecin-patient. Deux perceptions ont émergé des entretiens : pour certains, mettre le patient dans un score est un frein à l'échange, cela entraîne une rupture dans la relation. Les échelles sont alors vues comme une intrusion dans la consultation. La notion de cases a été très souvent citée de façon péjorative comme dépersonnalisant le patient. Ce constat a été décrit dans plusieurs travaux étudiant les freins à l'utilisation de scores en médecine générale (34,52). Dans l'étude de Muller-Riemenschneider (40), les médecins interrogés considéraient que l'utilisation des scores aboutissait, par une standardisation des pratiques à une négation du rôle du patient dans la prise des décisions.

D'autres percevaient au contraire les échelles comme une base scientifique à la discussion, qui permettrait de renforcer la confiance, de montrer au patient qu'on s'appuie sur des données validées pour le prendre en charge. A noter qu'il s'agit là de suppositions des médecins, le ressenti des patients à être mis dans un score n'ayant pas été étudié.

## B) Pertinence de l'utilisation de SCORE

### 1) Les limites de l'évaluation intuitive du risque cardiovasculaire

Certains médecins ont souligné le caractère approximatif d'une évaluation subjective du risque cardiovasculaire. Ils ont notamment rapporté la possibilité d'une sous-estimation chez les patients jugés intuitivement à risque intermédiaire. C'est dans cette situation que l'utilisation d'échelles de risque leur paraissait la plus pertinente : c'est dans ce cas précis que SCORE trouvait sa plus grande valeur ajoutée. Cet aspect est retrouvé dans l'étude de Bonner (53), dans laquelle les médecins avaient davantage recours à une échelle quand ils ressentaient la nécessité d'une évaluation du risque cardiovasculaire plus fine et objective, ce qui était particulièrement le cas pour les patients jugés « border line ». Un patient présentant plusieurs facteurs de risque modérés peut, en effet, être en réalité beaucoup plus à risque qu'un patient n'ayant qu'un seul facteur de risque, même très élevé.

Dans son plaidoyer pour l'utilisation d'une échelle de risque, S. Erpeldinger (54) mettait en évidence la discordance d'évaluation du risque entre une évaluation subjective et avec SCORE, conduisant à des prescriptions inadaptées et probablement une perte de chance pour les patients à haut risque. De même, E. Bruckert (55) a comparé l'évaluation du risque cardiovasculaire de 13 446 patients de plus de 50 ans faite par leur médecin généraliste et selon SCORE. 77% des patients estimés à haut risque selon SCORE ne l'étaient pas selon l'évaluation intuitive de leur praticien.

### 2) La justesse de SCORE

Notre étude a mis en évidence l'importance de la confiance accordée à l'outil comme facteur déterminant son utilisation. L'attitude des médecins quant à la fiabilité de l'échelle SCORE était très variable. Certains l'estimaient fiable, car établie par des experts et appuyée par des recommandations. D'autres étaient beaucoup plus

méfiant et considéraient SCORE comme un outil mal évalué, incomplet et élaboré dans des conditions floues.

La majorité des participants a souligné le peu de paramètres pris en compte, notamment l'absence des antécédents familiaux, le surpoids, la sédentarité ou encore le stress. Cette critique est largement retrouvée dans la littérature (26, 48, 53). Dans l'étude EURIKA (41), 89,8% des médecins estimaient que SCORE ne prenaient pas en compte des facteurs de risque importants. Pour certains facteurs de risque comme le surpoids ou la sédentarité, leur contribution indépendante dans le risque cardiovasculaire n'est pas suffisamment connue ou se confond partiellement avec celles des facteurs inclus dans le calcul. Pour ce qui est des antécédents familiaux cardiovasculaire, ils n'ont pas pu être recueillis dans toutes les cohortes, ce qui explique qu'ils ne soient pas pris en compte dans SCORE. Leur intégration aurait pourtant permis de potentialiser le risque cardiovasculaire global (56). Il en est de même pour les facteurs socio-économiques (57).

L'impact d'un traitement préexistant, anti hypertenseur ou statine est questionné par plusieurs médecins. Cet aspect est reconnu comme facteur supplémentaire de confusion (58). Un autre facteur de confusion retrouvé dans la littérature est la discordance des résultats obtenus selon l'échelle considérée (36, 39). Cet aspect n'a pas été décrit dans notre travail, SCORE semblant être la seule équation de risque cardiovasculaire utilisée ou tout du moins connue.

Peu d'études ont évalué la pertinence de SCORE sur la population française, et avec des résultats discordants. En 2016, Bérard et al (59), ont comparé la mortalité cardiovasculaire à 10 ans prédite par SCORE et le devenir de 6915 sujets de 35 à 64 ans, provenant à la fois de la cohorte MONICA (60) et d'un échantillon de patients d'un service de cardiologie préventive, sans retrouver de différence significative. A l'inverse, I. Marchant et al (61) décrivaient une surévaluation du risque de mortalité coronarienne de 1,6 chez l'homme et de 1,7 chez la femme. M. Marchand (62) concluait dans sa thèse issue d'une revue de la littérature, que l'échelle SCORE n'était pas pertinente du fait d'une validation insuffisante et d'une surestimation du risque cardiovasculaire des français.

La France fait en effet office d'exception avec le taux de mortalité cardiovasculaire le plus faible d'Europe (63). Or la participation française dans SCORE est faible (7337 sujets soit 3,6% de la cohorte totale) et peu représentative de notre population actuelle. Elle est issue de l'étude prospective parisienne (64) composée uniquement d'hommes âgés de 43 à 53 ans, employés de l'administration de la police parisienne, recrutés entre 1967 et 1972. Une possibilité serait alors d'adapter l'échelle de risque à notre population (65). Différents pays européens ont ainsi recalibré SCORE : c'est le cas notamment de la Belgique (66), de la Suisse (67), de l'Allemagne (68), ou encore de la Grèce (69). Une calibration nationale suivie d'études de validation n'existe pas à ce jour en France et paraît nécessaire.

### 3) SCORE comme guide à la décision thérapeutique

Dans notre étude, le principe d'avoir recours à un outil statistique pour guider la prise en charge est plutôt favorablement accueilli même si son application reste faible, liée entre autres à des doutes sur le bénéfice in fine pour le patient. Reste en effet à démontrer les conséquences de l'utilisation de l'échelle sur les décisions médicales ainsi que sur la santé des patients. Il s'agit là d'un frein fréquemment décrit à l'utilisation des échelles en soins primaires où les études d'impact évaluant l'intérêt apporté aux patients font souvent défaut (70, 71).

A ce jour, l'impact positif de l'utilisation d'échelles de risque sur la morbi mortalité cardiovasculaire n'a pas été démontré, comme l'ont mis en évidence plusieurs revues systématiques de la littérature (72-75). Est-ce parce qu'elles sont mal calibrées ? Mal utilisées ? Ou parce que les stratégies décisionnelles qui en découlent ne sont pas pertinentes ?

La question des seuils d'intervention a été soulevée par un médecin de notre étude. La réduction relative du risque cardiovasculaire avec une statine étant constante quel que soit le risque cardiovasculaire initial et le taux de LDL cholestérol initial, aucun seuil de risque justifiant la prescription d'une statine ne peut être validé de même

qu'aucun objectif de LDL cholestérol (76). Le bien-fondé des nouvelles recommandations françaises de prise en charge des dyslipidémies, est ainsi largement remis en question (77, 78). Or pour la plupart des médecins de notre étude, SCORE reste intimement lié à ces recommandations, allant pour certains médecins jusqu'à une confusion entre les deux. Le manque de confiance dans les recommandations qui en découlent avec en particulier la crainte du surtraitement est un frein à l'utilisation des échelles de risque décrit dans notre travail ainsi que dans l'étude de Eichler (26) où 54% des non utilisateurs redoutent une sur médication des patients.

Ces seuils décisionnels doivent être définis en fonction des bénéfices escomptés, des effets secondaires éventuels des statines, d'une approche globale et de la décision médicale partagée. L'approche centrée sur le patient nécessite d'explorer ses préférences, craintes, croyances et attentes (79). Ainsi, utilisée comme un outil complémentaire à l'intuition du médecin et à la clinique, et centrée sur le patient, l'échelle peut permettre d'améliorer sa prise en charge. C'est le point de départ de l'Evidence Based Medecine qui se définit par l'intersection entre les données actuelles de la science, l'expérience clinique du médecin et les préférences et valeurs des patients (80).

#### 4) SCORE comme support de communication

Il est ressorti des entretiens deux attitudes face à l'échelle SCORE : Alors que certains la voient comme un guide à la prescription de statines, d'autres la perçoivent davantage comme un support de communication avec le patient, à la fois pour une prise de conscience de leur risque, mais aussi pour partager une décision médicale. Cette perception des échelles de risque comme outil avant tout tourné vers le patient est retrouvée dans plusieurs travaux (48, 81). Dans l'étude de Byrne et al. (82), les raisons invoquées par les médecins d'avoir recours à une échelle de risque étaient : en premier motiver le patient à un changement d'hygiène de vie (66,7%), l'informer sur son risque (64,8%) et dans une moindre mesure déterminer qui traiter (59,6%) et décider des objectifs du traitement (28,6%).



Plusieurs médecins ont souligné la mauvaise perception qu'ont les patients de leur risque cardiovasculaire et l'intérêt qu'on aurait de mieux les informer. En effet, les patients auraient plutôt tendance à sous-estimer leur risque, notion définie comme l'optimisme irréaliste (83, 84). Cette perception erronée de son risque s'explique notamment par une connaissance insuffisante des pathologies cardiovasculaires, une perception binaire du risque (risque ou pas de risque) fondée sur l'émotion et à partir de l'expérience des proches (85). La représentation du risque par le patient est ainsi à la fois cognitive et émotionnelle et le médecin doit en tenir compte en consultation. Sheridan et al (86) concluaient à partir d'une revue de la littérature, que d'informer régulièrement les patients sur leur risque cardiovasculaire global semblait améliorer la perception qu'ils en avaient. Alors que certains médecins estiment que les patients ne sont pas demandeurs d'une telle information (26), notons que le point de vue du patient n'a été que peu étudié et mériterait donc d'être davantage exploré.

La question des difficultés à communiquer au patient son risque cardiovasculaire a été soulevée. Lors des entretiens, les médecins se sont interrogés en particulier sur la compréhension du patient et sur son niveau d'anxiété lorsqu'on lui communique son risque. Si ces difficultés étaient présentées comme directement liées aux patients, elles montrent bien la nécessité pour le médecin de s'adapter à lui. Dans l'étude de Van Steenkiste (36), le caractère ardu de la communication du risque cardiovasculaire était aussi décrit comme un obstacle à l'utilisation des équations de risque. Alors que les outils d'aide à la décision médicale partagée, tels que les « benefit-risk characterization theaters » (87), se multiplient, une formation spécifique des médecins sur la communication autour du risque paraît nécessaire pour les intégrer dans leur pratique quotidienne.

Les médecins de notre étude ont insisté sur l'importance d'investir le patient dans son projet de soin et SCORE pourrait intervenir comme support, en particulier lorsque se pose la question de la prescription de statines. Communiquer son risque au patient pourrait permettre de partager la décision thérapeutique (88). Mais, si l'amélioration de la connaissance du risque est nécessaire, elle n'est pas suffisante : il est essentiel de tenir compte des valeurs du patient et de ses préférences (89).

Une autre question soulevée par les participants est l'impact de la communication de son risque cardiovasculaire sur la motivation du patient. Dans notre étude, les médecins étaient partagés sur cet aspect, certains soulignant l'inefficacité de l'éducation par la terreur. On peut aussi supposer que le fait que SCORE ne prenne en compte ni le poids, ni la sédentarité est une limite à son usage comme outil motivationnel. Les travaux étudiant cet aspect sont rares mais plutôt encourageants (86, 90). P Ethore (91), qui a étudié le ressenti du patient vis-à-vis du calcul de son risque cardiovasculaire global a retrouvé que sur les 146 patients interrogés, 38% se déclaraient motivés par l'annonce de leur risque cardiovasculaire à changer de mode de vie et ce pourcentage s'élevait à 81% dans le groupe des patients à haut risque selon SCORE. A noter qu'il s'agissait du ressenti immédiat du patient à l'annonce de son niveau de risque et que l'impact sur le plus long terme n'a pas été étudié. Des recherches supplémentaires paraissent donc encore nécessaires.

## CONCLUSION

Partant du constat que l'utilisation d'un outil statistique comme SCORE pour évaluer le risque cardiovasculaire des patients représente un changement notable dans notre pratique, nous avons souhaité déterminer les facteurs qui faisaient qu'un praticien avait recours ou non à cette échelle. De par sa méthode qualitative, notre étude a permis de mettre en évidence des paramètres subjectifs, des attentes, des opinions, des besoins, qui sont difficilement quantifiables.

Notre travail a mis en évidence 3 principaux moteurs à l'utilisation de SCORE : la volonté de mieux dépister en évaluant de façon plus précise et objective le risque cardiovasculaire en ayant recours à un outil recommandé, l'utilisation de SCORE comme un guide à la prise en charge thérapeutique, en particulier la prescription de statines et enfin la perception de SCORE comme support de communication au patient, à la fois comme outil pédagogique, motivationnel et d'aide à la décision médicale partagée.

Les principaux freins mis en évidence sont pour certains liés au médecin : manque de connaissance de l'échelle, manque de temps en consultation, préférence du jugement clinique, manque d'intérêt pour la prévention cardiovasculaire et réticence à avoir recours à un outil. L'échelle elle-même est critiquée, jugée peu pratique, peu fiable, incomplète et excluant de trop nombreux patients. Enfin, certains freins sont liés au patient, notamment la crainte d'une altération de la relation de confiance et d'une dépersonnalisation du patient ainsi que la difficulté à communiquer autour du risque.

L'intégration de SCORE dans les logiciels médicaux, une meilleure formation sur l'utilisation de l'outil et la communication du risque pourraient favoriser son usage comme complément de l'expertise du médecin et support à la décision médicale partagée. Une calibration de l'échelle pour la population française suivie d'études de validation n'existe pas à ce jour, de même que des preuves du bénéfice pour les patients en termes de morbi-mortalité cardiovasculaire. L'intérêt, la compréhension et l'impact sur le patient de la communication de son risque restent encore mal connus et mériteraient d'être davantage explorés.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires 2017. [en ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr>. Consulté le 15/08/2018.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Maladies cardiovasculaires. [en ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/les-maladies-cardiovasculaires>. Consulté le 15/08/2018.
3. Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiological approaches to heart disease : the Framingham Study. *Am J Public Health Nations Health*. 1951;41(3):279–86.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
5. Heart protection study collaborative group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals. A randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360:7-22.
6. AFSSAPS. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Mars 2005.
7. ANAES. Service évaluation en santé publique. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Juin 2004. 103 f.
8. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, et al. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation*. 1991;83:356-62.
9. Empana JP, Ducimetiere P, Arveiler D, et al. Are the Framingham and PROCAM coronary heart disease risk functions applicable to different European populations ? the PRIME Study. *Eur Heart J*. 2003;24(21):1903-11.
10. Vergnaud AC, Bertrais S, Galan P, et al. Ten-year risk prediction in French men using the Framingham coronary score : results from the national SU.VI.MAX cohort. *Prev Med*. 2008;47:61–5.
11. Laurier D, Chau NP, Cazelles B, et al. Estimation of CHD risk in a French working population using a modified Framingham model. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:1353–64.

12. Matheny M, McPheeters ML, Glasser A, et al. Systematic review of cardiovascular disease risk assessment tools. Rockville MD, 2011.
13. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, et al. Derivation and validation of QRISK, a new cardiovascular disease risk score for the United Kingdom : prospective open cohort study. *Br Med J*. 2007;335:136.
14. Woodward M, Brindle P, Tunstall-Pedoe H. SIGN group on risk estimation. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment : the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*. 2007;93:172–76.
15. Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study. *Circulation*. 2002;105:310–15.
16. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24(11):987-1003.
17. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, et al. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women : The Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297:611-9.
18. Preiss D, Kristensen SL. The new pooled cohort equations risk calculator. *Can J Cardiol*. 2015;31(5):613–9.
19. HAS. Evaluation et prise en charge du risque cardiovasculaire. Saint-Denis: Haute Autorité de santé, 2017 février.
20. HAS. Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge. Saint-Denis: Haute autorité de santé, 2017 février.
21. European Association of Preventive Cardiology. The interactive tool for predicting and managing the risk of heart attack and stroke. [En ligne] [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org). Consulté le 08/09/2018.
22. Estimation du risque cardiovasculaire global à 10ans. [En ligne] [www.cardiorisk.fr](http://www.cardiorisk.fr). Consulté le 08/09/2018.
23. Calcul du LDL cible avec HeartSCORE. [En ligne] [www.ldlcible.com](http://www.ldlcible.com). Consulté le 08/09/2018.
24. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales : a new method of cardiovascular risk evaluation. *Eur Heart J*. 2010;31:2351-8.

25. Conney MT, Selmer R, Lindman A, et al. Cardiovascular risk estimation in older persons : SCORE OP. *Eur J Prev Cardiol.* 2016 Jul;23(10):1093-103.
26. Eichler K, Zoller M, Tschudi P, et al. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care : a postal survey. *BMC Fam Pract.* 2007;8:1.
27. Shillinglaw B, Viera AJ, Edwards T, et al. Use of global coronary heart disease risk assessment in practice : a cross-sectional survey of a sample of US physicians. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:20.
28. Sposito AC, Ramires JA, Jukema JW, et al. Physicians' attitudes and adherence to use of risk scores for primary prevention of cardiovascular disease : cross-sectional survey in three world regions. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(5):1171–8.
29. Eaton CB, Galliher JM, McBride PE, et al. Family Physician's Knowledge, Beliefs and Self-Reported Practice Patterns regarding hyperlipidemia : A National Research Network (NRN) Survey. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:46-53.
30. Graham I, Stewart M, Hertog MG, et al. Factors impeding the implementation of cardiovascular prevention guidelines : findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* 2006;13(5):839–45.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;15(157).
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84:142-5.
33. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives-Hors-Série.* 2013;15:435-52.
34. Cario C. Tests et échelles en médecine générale ambulatoire : freins des généralistes à leur utilisation [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: UFR de médecine et de pharmacie; 2010.
35. Jaudeau-Da Costa P. Utilisation de quatre scores de prédiction clinique en consultation: Mini mental score examination, Echelle de Hamilton, Test de Fagerström, Score d'AUDIT [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Faculté de médecine; 2012.

36. Van Steenkiste B, van der Weijden T, Stoffers HE, et al. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22:32–3.
37. Brotons C, Lobos JM, Royo-Bordonada MA. Implementation of Spanish adaptation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013 Mar 18;14:36.
38. Mossakowska TJ, Saunders CL, Corbett J, et al. Current and future cardiovascular disease risk assessment in the European Union: an international comparative study. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):748-54.
39. Hobbs FDR, Jukema JW, Da Silva PM, et al. Barriers to cardiovascular disease risk scoring and primary prevention in Europe. *QJM*. 2010;103(10):727–39.
40. Muller-Riemenschneider F, Holmberg C, Rieckmann N, et al. Barriers to routine risk-score use for healthy primary care patients : survey and qualitative study. *Arch Intern Med*. 2010;170(8):719–24.
41. Dallongeville J, Banegas JR, Tubach F, et al. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors : the EURIKA study. *European journal of preventive cardiology*. 2012;19:541-50.
42. Elustondo SG, Aguado PN, De la Rasilla Cooper CG, et al. Cardiovascular risk tables : opinion and degree of use of Primary Care doctors from Madrid, Spain. *J Eval Clin Pract*. 2013;19:148-52.
43. Corpel S. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Loiret sur leurs utilisations et leurs attentes des outils d'aide à la décision médicale pendant la consultation [thèse d'exercice]. [Tours, France]: Faculté de Médecine;2013.
44. Wells S, Furness S, Rafter N, et al. Integrated electronic decision support increases cardiovascular disease risk assessment four fold in routine primary care practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;15:173-78.
45. Journal officiel de la République française - N° 223 du 25 septembre 2011 - [en ligne].  
[www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/joe\\_20110925\\_0016.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf).  
Consulté le 19/08/21018.
46. Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: faculté de médecine;2017.

47. Carnelle B. Les médecins généralistes connaissent -ils la notion de risque cardiovasculaire absolu ? : enquête épidémiologique descriptive auprès de l'ensemble des médecins généralistes de l'estuaire de la Loire (cantons de La Baule, Montoir de Bretagne, Saint-Nazaire, Paimbœuf, Saint-Père en Retz et Pornic) [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]:faculté de médecine;2004.
48. Torley D, Zwar N, Comino E, et al. GPs' views of absolute cardiovascular risk and its role in primary prevention. *Aust Fam Physician*. 2005;34:503–4.
49. Junod A-F. Des scores cliniques ou de l'émergence laborieuse de l'explicité dans la décision médicale. *Med Hyg*. 2001; 59:2099-100.
50. Micciche J. Mise au point et évaluation d'un outil facilitant l'utilisation de scores clinico biologiques utiles au médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]:faculté de médecine; 2015.
51. Beattie P, Nelson R. Clinical prediction rules : what are they and what to they tell us ? *Australian Journal of Physiotherapy*. 2006;52:157-63.
52. Sarazin M, Gonzalez Chiappe S, Kasprzyk M. A survey of french general practitioner and a qualitative study of their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med*. 2013;6:419–26.
53. Bonner C, Jansen J, McKinn S, et al. General practitioners' use of different cardiovascular risk assessment strategies : a qualitative study. *Med J Aust*. 2013;199(7):1–5.
54. Erpeldinger S, Garnier I, Gueyffier F. Estimation du risque cardiovasculaire global par 14 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. *Exercer*. 2008;80(1):32-3.
55. Bruckert E, Bonnelye G, Thomas-Delecourt F et al. Assessment of cardiovascular risk in primary care in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011 Jun-Jul;104(6-7):381-7.
56. Qureshi N, Armstrong S, Dhiman P, et al. Effect of adding systematic family history enquiry to cardiovascular disease risk assessment in primary care : a matched-pair, cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2012;156:253–62.
57. Tunstall-Pedoe H, Woodward M, SIGN group on risk estimation. By neglecting deprivation, cardiovascular risk scoring will exacerbate social gradients in disease. *Heart*. 2006 Mar;92(3):307-10.



58. Liew SM, Blacklock C, Hislop J, et al. Cardiovascular risk scores : qualitative study of how primary care practitioners understand and use them. *Br J Gen Pract.* 2013;63:401–7.
59. Bérard E, Séguero F, Bongard V, et al. Predictive accuracy of the European Society of Cardiology SCORE among french people. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2016;36(1):38-48.
60. WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) : a major international collaboration. *J Clin Epidemiol.* 1988;41(2):105-14.
61. Marchant I, Boissel JP, Kassai B, et al. SCORE should be preferred to Framingham to predict cardiovascular death in French population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009 Oct;16(5):609-15.
62. Marchand M. Pertinence de l'utilisation de l'équation de risque SCORE dans l'évaluation du risque cardiovasculaire global des patients en médecine générale. [thèse d'exercice]. [Reims, France]:Faculté de Médecine;2016.
63. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al. Cardiovascular disease in Europe : epidemiological update 2016. *Eur Heart J.* 2016 Nov;37(42):3232-45.
64. Jouven X, Desnos M, Guerot C, et al. Predicting sudden death in the population : the Paris Prospective Study I. *Circulation.* 1999 Apr 20;99(15):1978-83.
65. Pyörälä K. Cardiovasclar risk prediciton system have to be adapted and updated to current nationnal conditions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2006 Oct;13(5):674-5.
66. De Bacquer D, De Backer G. Predictive ability of the SCORE Belgium risk chart for cardiovascular mortality. *Int J Cardiol.* 2010;143:385–90.
67. Marques-Vidal P, Rodondi N, Bochud M, et al. Predictive accuracy and usefulness of calibration of the ESC SCORE in Switzerland. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15:402-8.
68. Hense HW, Koesters E, Wellmann J, et al. Evaluation of a recalibrated score cardiovascular risk chart : result from score germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008 Aug;15(4):409-15.
69. Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, et al. Statistical modelling of 10-year fatal cardiovascular disease risk in Greece: the Hellenic SCORE (a calibration of the ESC SCORE project). *Hellenic J Cardiol.* 2007;48(2):55–63.

70. Gaspoz J-M, Perneger T. Les scores de prédiction clinique : définition, dérivation, validation et limites. *Médecine Hygiène*. 2001;59:2104-9.
71. Reilly BM, Evans AT. Translating Clinical Research into Clinical Practice : Impact of Using Prediction Rules To Make Decisions. *Ann Intern Med*. févr 2006;144(3):201-9.
72. Karmali KN, Persell SD, Perel P, et al. Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 14;3:CD006887.
73. Dyakova M, Shantikumar S, Colquitt JL, et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jan 29;(1):CD010411.
74. Sheridan SL, Crespo E. Does the routine use of global coronary heart disease risk scores translate into clinical benefits or harms ? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2008 Mar 20;8:60.
75. Collins DR, Tompson AC, Onakpoya IJ, et al. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults : systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2017 Mar 24;7(3).
76. Marcos M. Analyse des recommandations européennes et américaines sur la prise en charge des dyslipidémies en prévention primaire. [thèse d'exercice]. [Poitiers, France]:faculté de médecine;2017.
77. Statines en prévention cardiovasculaire primaire ? *Rev Prescrire*. 2018;38(414):272-81.
78. Conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants. Patients hypercholestérolémiques : quelle attitude après la nouvelle recommandation de la HAS ? Mai 2017. [en ligne] [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/170531\\_-\\_Communique\\_CS\\_CNGE\\_reco\\_HAS\\_Hypercholesterolemie.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/170531_-_Communique_CS_CNGE_reco_HAS_Hypercholesterolemie.pdf). Consulté le 15/18/2018.
79. Boussageon R, Aubin-Auger I, Pouchain D. Cholestérol et prévention primaire : une révolution fondée sur les faits. *Exercer*. 2015;117:26-32.
80. Sackett DL, Rosenberg W M, Gray J A, et al. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.

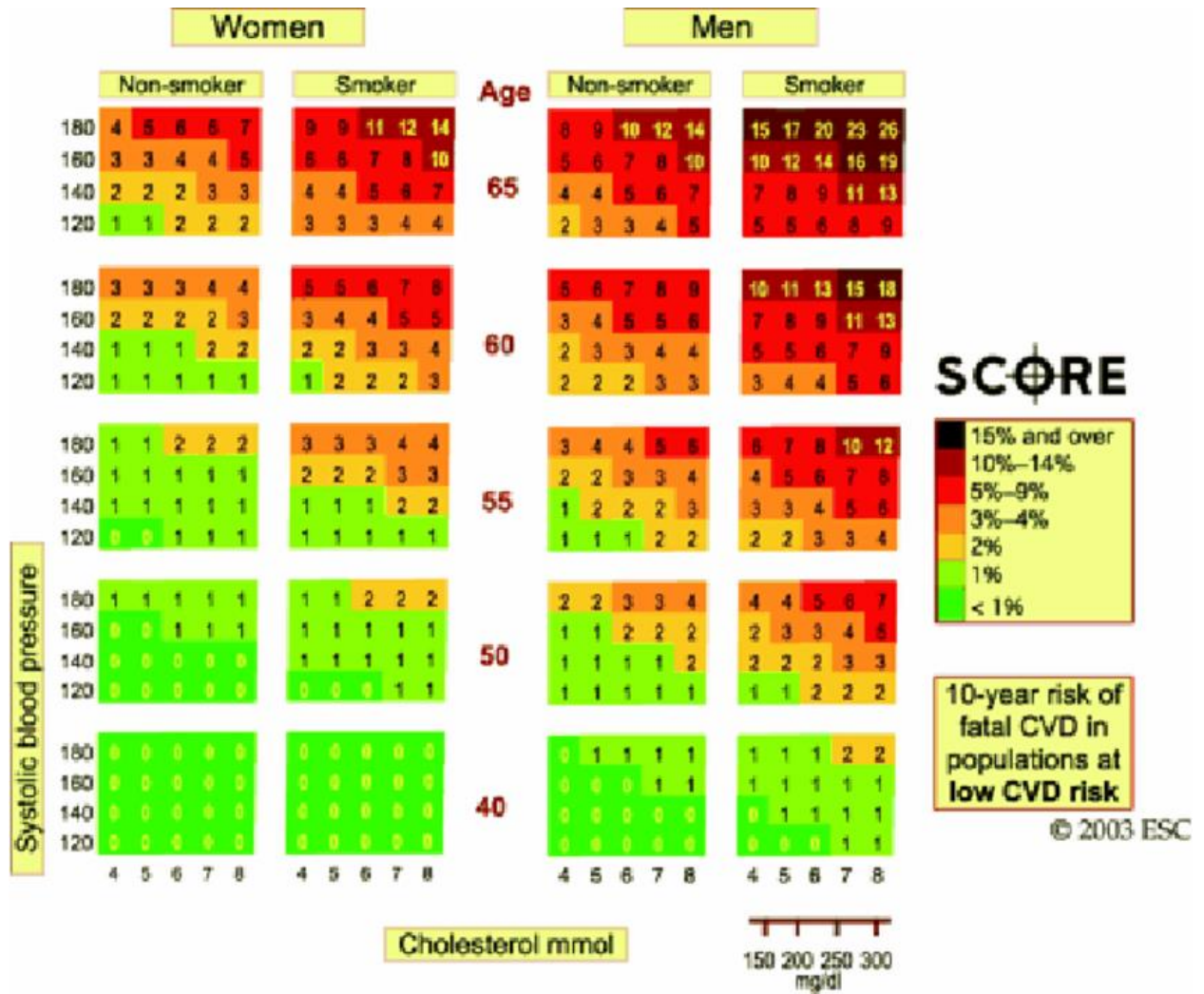
81. Vaidya, R, Pandya K, Denney-Wilson E, et al. Sustaining cardiovascular absolute risk management in Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*, 2012;18(4):304-7.
82. Byrne D, O'Connor L, Jennings S, et al. A survey of GPs awareness and use of risk assessment tools and cardiovascular disease prevention guidelines. *Ir Med J*. 2015;108:204–7.
83. Van Der Weuden T, van Steenkiste B, Stoffers HE Primary prevention of cardiovascular diseases in general practice : mismatch between cardiovascular risk and patients's risk perception. *Med Decis Makin*, 2007;27(6):754-61.
84. Weinstein N. Why it won't happen to me : perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychol* 1984;3(5):431–57.
85. Van Steenkiste B, van der Weijden T, Timmermans D, et al. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk : barriers for primary prevention. *Patient Educ Couns*. 2004;55:301–7.
86. Sheridan SL, Viera AJ, Krantz MJ, et al. The effect of giving global coronary risk information to adults : A systematic review. *Arch Intern Med*. 2010;170(3):230-9.
87. Mayo Clinic. Statin choice decision aid [en ligne] consulté le 18/09/2018. Disponible : <https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/statin/index>.
88. Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care : a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2008;6(3):218-27.
89. Vaillant Roussel H, Partouche H. Communication sur le risque cardiovasculaire en médecine générale : étude qualitative sur une approche multi-interventionnelle et d'amélioration de la qualité. *Exercer*. 2009;85 suppl 1:10-1.
90. Arsenault P. Etudes de l'intention de modifier les habitudes alimentaires suite à la communication du risque cardiovasculaire. [mémoire de sciences infirmières]. Université du Québec, Canada;2016.
91. Ethore P. Evaluation du ressenti immédiat du patient vis-à-vis du calcul de son risque cardiovasculaire global. [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]:faculté de médecine;2012.

## ANNEXES

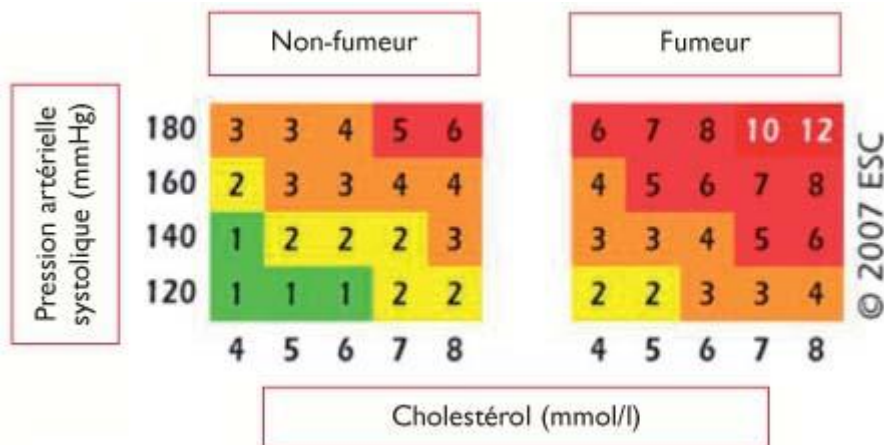
### ANNEXE 1 : Recommandations HAS 2017 de prise en charge des dyslipidémies

Niveau de risque cardio-vasculaire		Objectif de C-LDL	Intervention de première intention*	Intervention de deuxième intention
Faible	SCORE < 1 %	< 1,9 g/L	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 % Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible	< 1,3 g/L		
Élevé	5% ≤ SCORE < 10 %	< 1,0 g/L	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie + Intensification du traitement hypolipémiant
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible			
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée			
	TA ≥ 180/110 mmHg LDL-C > 3,1 g/L (ex. : hypercholestérolémie familiale)			
Très élevé	SCORE ≥ 10 %	< 0,70 g/L		
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible			
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère			
	Maladie cardio-vasculaire documentée ( <b>prévention secondaire</b> )			

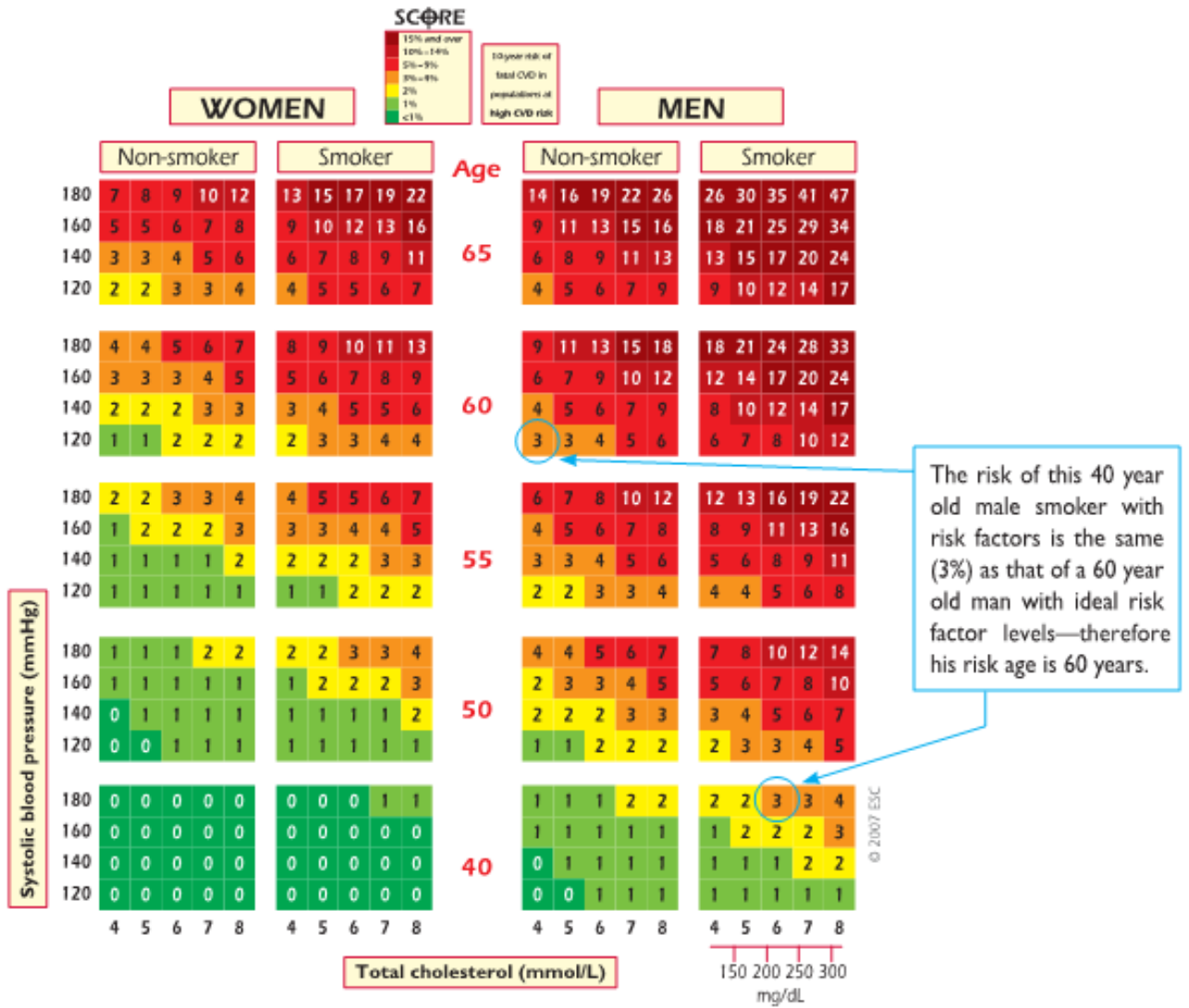
ANNEXE 2 : Echelle SCORE (pays à faible risque)



ANNEXE 3 : Risque relatif



# ANNEXE 4 : Age des artères



## ANNEXE 5 : Guide d'entretien

Mode/ancienneté d'exercice/maître de stage

### **1° Que pensez-vous du principe d'utiliser une échelle pour évaluer le risque cardiovasculaire des patients ?**

Avantages ?

Inconvénients ?

Intérêts d'évaluer le risque cardiovasculaire ?

Situations spécifiques ?

### **2° Comment avez-vous appris l'existence de SCORE ?**

Qu'en avez-vous pensé sur le moment ? Votre ressenti a-t-il changé ?

Connaissances de SCORE

### **3° L'avez-vous déjà utilisé ?**

- Si oui : Dans quel(s) but(s) ? Dans quelles circonstances ? Comment ? (format) Pouvez-vous me parler de la dernière fois que vous l'avez utilisé ? Qu'est-ce que SCORE vous a apporté ? Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
- Si non : pourquoi ? (principe ? aspects pratiques ? fiabilité ? connaissance ? habitudes ?) Comment faites-vous pour évaluer le risque cardio vasculaire des patients ? Que pensez-vous de cette méthode ? Pouvez-vous me parler d'une situation où s'est posée la question de l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient ? Qu'est-ce que SCORE aurait-pu vous apporter ? Qu'est-ce que qui aurait pu vous faire l'utiliser dans ce cas-là ?

### **4° Que pensez-vous de la pertinence de SCORE pour vos patients ?**

### **5° Que pensez-vous de SCORE comme support de communication avec le patient ?**

Vu, le Président du Jury,  
*Professeur Rémy SENAND*

Vu, le Directeur de Thèse,  
*Docteur Françoise OHEIX*

Vu, le Doyen de la Faculté,



**Titre de Thèse :** Moteurs et freins à l'utilisation de l'échelle SCORE d'évaluation du risque cardiovasculaire : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes.

## RESUME

**Contexte :** Les pathologies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France. L'enjeu pour le praticien est d'identifier les patients à haut risque cardiovasculaire, c'est-à-dire ceux qui bénéficieront le plus d'une intervention médicale préventive. Pour ce faire, depuis 2017, l'HAS recommande en prévention primaire le recours à l'échelle SCORE. L'objectif de cette étude est de déterminer les moteurs et les freins à son utilisation par les médecins généralistes.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 12 médecins généralistes de Loire-Atlantique.

**Résultats :** Le principe des échelles de risque cardiovasculaire est perçu globalement positivement pour identifier les sujets à risque, améliorer le suivi des patients, guider et argumenter la décision thérapeutique. Cependant, son utilisation n'est pas systématique. La méconnaissance de SCORE, le facteur temps, le manque de praticité de l'outil et le fait de le juger inutile dans sa pratique sont les principaux obstacles à son utilisation. La fiabilité de l'échelle est aussi remise en question. Certains médecins voient davantage en SCORE un support tourné vers le patient, à la fois comme outil pédagogique, motivationnel et d'aide à la décision partagée, tout en soulignant les difficultés liées à la communication autour du risque.

**Discussion :** L'intégration de SCORE dans les logiciels médicaux, une meilleure formation sur l'utilisation de l'outil et la communication du risque pourraient favoriser son usage comme complément de l'expertise du médecin et support à la décision médicale partagée. Des études de validation et d'impact de l'échelle doivent encore être réalisées afin de prouver sa pertinence. L'intérêt, la compréhension et les conséquences sur le patient de la communication de son risque cardiovasculaire restent encore mal connus et mériteraient d'être davantage explorés.

## MOTS-CLES

Prévention  
Risque cardiovasculaire  
Echelle de risque  
Médecine générale  
Décision partagée