

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-103

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marie CALIBRE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 6 juillet 2021

**PLACE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA PRATIQUE DES
MEDECINS GENERALISTES POUR L'INSTAURATION OU NON D'UN
TRAITEMENT PAR STATINES EN PREVENTION PRIMAIRE CHEZ LES
PATIENTS DE 40 A 65 ANS EN LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDEE.
ETUDE OBSERVATIONNELLE, QUANTITATIVE, DECLARATIVE, PAR
ENQUETE.**

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Cédric Rat,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous en remercie. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian,

Merci pour tes conseils précieux que ce soit lors de mon stage à Noirmoutier ou pour ma thèse !

Je garderais un excellent souvenir de mon SASPAS à Noirmoutier avec Véro et toi !

À Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Je vous en remercie. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Docteur Maud Jourdain,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Je vous en remercie. Soyez assurée de mon profond respect.

À Grégoire,

Pour ton soutien sans faille au quotidien, ta bonne humeur, ton humour et surtout pour m'avoir supportée lors de la dernière ligne droite, merci ! La vie est plus douce chaque jour à tes côtés. Maintenant, de beaux projets nous attendent !

À mes parents,

Pour votre Amour sans condition, votre soutien durant toutes ses longues années d'étude, les valeurs que vous m'avez transmises et pour l'exemple que vous êtes ! Je ne saurais trouver les mots pour vous remercier assez.

À mes sœurs Laure et Charlotte,

Vous m'avez montré le chemin ! Quelle fierté de vous suivre aujourd'hui ! Merci d'être toujours là pour moi !

À mes beaux-frères Jonathan et Antoine,

Merci pour ces bons moments en famille !

À mes nièces et à mon neveu, Constance, Augustine et Honoré,

L'avenir c'est vous maintenant ! De belles choses vous attendent !

À mes grands-parents, qui nous ont déjà quittés,

J'aurais été si fière de soutenir cette thèse devant vous. Je sais au combien la valeur du travail était importante pour vous !

À toute ma famille,

Malgré la distance, je sais que vous êtes toujours là ! J'ai hâte de pouvoir fêter cela avec vous !

À mes copains de toujours, Clémence, Clémentine, Capucine, Soline, Edwige, Charles, la team OSS !

Merci pour tous les bons souvenirs que nous avons partagés ! C'est toujours une vraie bouffée d'air frais de vous retrouver !

À mes anciens co-externes et co-internes,

Pour avoir rendu ces années d'études plus douces !

Au cabinet rue de Lavalette,

Pour m'avoir accueillie pour mes premiers remplacements. Merci de votre confiance ! Merci Marie pour ton précieux soutien et tes conseils avisés, tu nous manques au cabinet ! C'était un réel plaisir de travailler avec toi !

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVC : Accident vasculaire cérébral

CAC : Score calcique

CTT : Cholesterol Treatment Trialist

CV : Cardiovasculaire

ESC : European Society of Cardiology

EDTSA : Echo-doppler artériel des troncs supra-aortiques

EDMI : Echo-doppler artériel des membres inférieurs

FDR CV : Facteur de risque cardiovasculaire

FMC : Formation médicale continue

HDL : High Density Protein

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

IDL : Intermediate Density Lipoprotein

LDL : Low Density Lipoprotein

Lp(a) : Lipoprotéine A

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage universitaire

PdL : Pays de la Loire

VLDL : Very Low Density Lipoprotein

Plan de thèse

I. Introduction	7
II. Matériel et méthode	9
a. Population cible	9
b. Période de recueil	9
c. Élaboration du questionnaire	9
d. Méthode de recueil	9
e. Analyses statistiques	9
III. Résultats	10
a. Caractéristiques de la population étudiée	10
Sexe	10
Âge	10
Modalités d'exercice	10
Durée d'exercice	10
Lieu d'exercice	10
Enseignement	11
b. Attitudes thérapeutiques	12
Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	12
Recherche des préférences et des valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires	12
Prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels	13
Facteurs incitant à prescrire une statine en prévention primaire chez un patient âgé de 40 à 65 ans en dehors d'une valeur de LDL élevée	14
Utilisation de l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire	14
Prescription d'examens complémentaires pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	16
Prescription d'un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques (EDTSA) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	17
Prescription d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs (EDMI) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	18
Recours au score calcique pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	20
Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	21
c. Analyses croisées	23
Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	24
Recherche des préférences et des valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires	25
Prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels	26
Utilisation de l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire	27
Prescription d'examens complémentaires pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	28
Prescription d'un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	29
Prescription d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs (EDMI) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	30

Recours au score calcique pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	31
Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans	32
IV. Discussion.....	33
a. Matériel et méthodes.....	33
b. Population cible.....	33
c. Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans.....	34
d. Prise en compte des préférences et valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires et importance de la décision partagée.....	35
e. Évaluation du risque cardiovasculaire	36
f. Prescription d'examens complémentaires dans l'aide à la prise de décision ...	37
Écho-doppler des troncs supra-aortiques.....	39
Écho-doppler artériel des membres inférieurs	40
Score calcique.....	40
Dosage de l'apolipoprotéine B	41
V. Conclusion	42
VI. Bibliographie.....	43

I. Introduction

La prescription de statines, notamment en prévention primaire, est sujet à de nombreuses controverses très médiatisées au sein de la communauté scientifique, (1–3).

En 2012, les Professeurs Philippe Even, pneumologue, et Bernard Debré, urologue, publient un ouvrage de vulgarisation médicale dans lequel ils dénoncent les conflits d'intérêt entre les experts recommandant l'utilisation de statines et l'industrie pharmaceutique (1). En effet, la plupart des essais sur les statines sont sponsorisés par l'industrie pharmaceutique (4). L'inaccessibilité des données brutes sur l'efficacité et la sûreté des statines des essais de grande ampleur du *Cholesterol Treatment Trialist (CTT) Colaboration* est également pointée du doigt (4,5).

L'abrogation en novembre 2018 des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des dyslipidémies, initialement publiées en mars 2017, a suscité de nouvelles interrogations quant à la prescription de statines en prévention primaire (6).

En avril 2018, la revue médicale « Prescrire » se montrait déjà peu favorable à la prescription de statines en prévention primaire d'évènements cardiovasculaires du fait d'incertitudes à long terme sur le réel bénéfice et la survenue d'effets indésirables graves ou altérant la qualité de vie (7).

A contrario, les recommandations des autorités de santé, tant européennes qu'américaines, année après année, tendent toujours vers plus de rigueur quant au contrôle du taux de LDL cholestérol, en prévention primaire comme en prévention secondaire (8,9). Ainsi, de plus en plus de patients sont éligibles à un traitement hypolipémiant. Effectivement, les recommandations de la European Society of Cardiology (ESC), publiées en 2019, préconisent l'instauration d'un traitement chez 37% de la population âgée de 45 à 75 ans alors que celles publiées en 2016 la préconisaient chez 13% de cette même population (10).

En France, en 2017, 2 786 800 patients étaient traités par un traitement hypolipémiant dont 8% seulement étaient atteint d'une maladie cardioneurovasculaire (11). Il faut noter que les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité (12).

Les recommandations de l'ESC, publiées en 2019, évoquent de nouveaux marqueurs de risque tels que le score calcique ou encore le dosage de l'apolipoprotéine B, en prévention primaire (8). Leur intérêt est surtout évoqué chez les patients dit à risque intermédiaire ayant un taux de LDL-cholestérol élevé afin de décider de la prescription ou de la non prescription d'un traitement hypolipémiant, en complément de l'échelle de risque SCORE.

Le score calcique (CAC) se développe depuis 1988 même s'il reste à ce jour encore peu connu. Il s'agit d'un scanner cardiaque non injecté avec une acquisition limitée à la zone myocardique. Il permet de détecter la présence de calcifications coronaires mais ne permet en aucun cas de détecter la présence d'une sténose

coronaire (13). L'irradiation est très faible : 0,4 mSv contre 0,8 mSv pour une mammographie et 9 mSv pour une coronarographie.

Le score calcique est un marqueur de risque cardiovasculaire indépendant des autres facteurs de risque cardiovasculaire, comme a pu le montrer la cohorte MESA (14). De nombreuses études se sont basées sur celui-ci. Un score calcique à 0 correspond à l'absence de plaque calcifiée et constitue ainsi un marqueur de très bon pronostic. A l'inverse, un score calcique supérieur à 300 est un marqueur de mauvais pronostic. Plus concrètement, un patient présentant 3 facteurs de risque cardiovasculaire et un CAC à zéro présente 3,5 fois moins d'évènements cardiovasculaires qu'un patient sans facteur de risque cardiovasculaire mais avec un CAC supérieur à 300 (15).

L'autre nouveauté des recommandations de 2019 est le dosage de l'apolipoprotéine B. Pour rappel, les lipoprotéines permettent le transport plasmatique des lipides jusqu'aux tissus ; il en existe 6 majeures à savoir les chylomicrons, les VLDL (Very Low Density Lipoprotein), les IDL (Intermediate Density Lipoprotein), les LDL (Low Density Lipoprotein), les lipoprotéines A (Lp(a)) et les HDL (High Density Protein). Elles sont composées de cholestérol, de triglycérides, de phospholipides, d'apolipoprotéines, d'enzymes activatrices ou inhibitrices et de ligands pour les récepteurs (8).

Les lipoprotéines contenant de l'apolipoprotéine B et ayant un diamètre inférieur à 70 nm (les IDL, les LDL et les Lp(a)) ont un rôle central dans l'initiation et la progression de l'athérosclérose ; à savoir que le LDL représente plus de 90% des lipoprotéines plasmatiques contenant l'apolipoprotéine B. En, effet, celles-ci peuvent traverser la barrière endothéliale, surtout en cas de dysfonction endothéliale et forment alors un dépôt lipidique à l'origine de l'athérome (16,17).

Le dosage de l'apolipoprotéine B serait ainsi un meilleur marqueur de l'exposition individuelle aux lipoprotéines à risque d'athérosclérose que le dosage ou calcul du LDL-C ou du cholestérol non HDL. Le dosage de l'apolipoprotéine B est recommandé lorsque le LDL est sous-estimé ; à savoir lorsque les triglycérides sont très élevés ou lorsque le LDL est très bas ou en cas d'obésité ou encore de diabète (8).

Face à ces données récentes et aux nouvelles recommandations, nous nous sommes posés la question de l'utilisation de ces examens en soin primaire. L'objectif principal de cette étude est de déterminer la place que représentent les examens complémentaires dans la pratique des médecins généralistes pour l'instauration ou non d'un traitement par statines en prévention primaire chez les patients de 40 à 65 ans en Loire-Atlantique et en Vendée.

II. Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, déclarative, par enquête.

a. Population cible

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes, installés ou remplaçants, exerçant en ambulatoire dans les départements de la Loire-Atlantique (44) et de la Vendée (85).

Selon les données de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire, ces deux départements comptent 1834 médecins généralistes installés. Le nombre de médecins remplaçants est plus difficile à estimer.

b. Période de recueil

Les données ont été recueillies du 16 octobre 2020 au 16 décembre 2020, soit pendant une durée de 2 mois. Les médecins ont été relancés une fois.

c. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été créé pour questionner les pratiques à partir des recommandations de l'ESC concernant la prise en charge des dyslipidémies, publiées en 2019 (8). Celui-ci a été diffusé par mail via un lien Google Form.

d. Méthode de recueil

Les médecins ont été contactés par mail grâce au Conseil de l'Ordre de Vendée (soit 461 médecins, disposant d'une adresse mail) et grâce à l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire (URML) (soit 1634 médecins, disposant d'une adresse mail) ainsi que grâce à une liste de contacts non officielle de 120 personnes.

e. Analyses statistiques

À la réception des questionnaires, les données ont été regroupées sur le logiciel Microsoft Excel.

Dans un premier temps, chaque item a été analysé avec calcul du pourcentage. Les questions libres ont été analysées par le chercheur.

Dans un second temps, nous avons réalisé des analyses croisées à l'aide du test du khi deux ou, à défaut, un test de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, afin de rechercher des différences significatives entre les médecins interrogés. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

Ces analyses comparatives ont été réalisées via le site BiostatTGV (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>).

III. Résultats

a. Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 292 médecins généralistes ont répondu à cette enquête, soit un taux de réponse d'environ 16,6%. L'ensemble des caractéristiques générales des médecins inclus se retrouve dans la table 1.

Sexe

Parmi les médecins généralistes inclus, on comptait 187 femmes (soit 64%) et 105 hommes (soit 36%).

Âge

L'âge moyen des médecins généralistes inclus était de 41,4 ans (écart-types 11,1 ans). En distinguant trois catégories d'âge, les moins de 35 ans représentaient 104 médecins (soit 35,6%), les 35-55 ans représentaient 139 médecins (soit 47,6%) et les plus de 55 ans représentaient 49 médecins (soit 16,8%).

Modalités d'exercice

Parmi les 292 médecins généralistes, 267 médecins étaient installés (soit 91,4%) et 23 étaient remplaçants (soit 7,9%). Le mode d'exercice était inconnu pour 2 médecins (soit 0,7%).

Ils étaient 25 médecins généralistes à exercer dans un cabinet seul (soit 8,5%), 183 dans un cabinet de groupe (soit 62,7%) et 84 dans une maison de santé pluri professionnelle (MSP) (soit 28,8%). Aucun médecin interrogé n'était salarié dans un centre de santé.

Durée d'exercice

Parmi les 292 médecins généralistes inclus, 90 exerçaient depuis moins de 5 ans (soit 30,8%), 83 exerçaient depuis plus de 5 ans (soit 28,4%), 55 exerçaient depuis plus de 10 ans (soit 18,8%) et 63 exerçaient depuis plus de 20 ans (soit 21,6%). La durée d'exercice n'était pas connue pour un médecin (soit 0,4%).

Lieu d'exercice

Parmi les médecins inclus, 185 exerçaient en Loire-Atlantique (soit 63,4%) tandis que 107 exerçaient en Vendée (soit 36,6%).

Cent quarante-huit médecins généralistes exerçaient en milieu rural (soit 50,7%) alors que 142 médecins généralistes exerçaient en milieu urbain (soit 48,6%). Le lieu d'exercice n'était pas connu pour 2 médecins (soit 0,7%).

Enseignement

Parmi les médecins inclus, on comptait 116 maitres de stage universitaires (MSU) (soit 39,7%) ; cent soixante-quatorze médecins n'étaient pas MSU (soit 59,6%). Nous ignorions le statut pour 2 médecins (soit 0,7%).

Parmi les 292 médecins inclus, 237 disaient participer régulièrement à des formations médicales continues (FMC) (soit 81,2%) tandis que 54 disaient ne pas participer régulièrement à des FMC (soit 18,5%). Un médecin ne se prononçait pas (soit 0,4%)

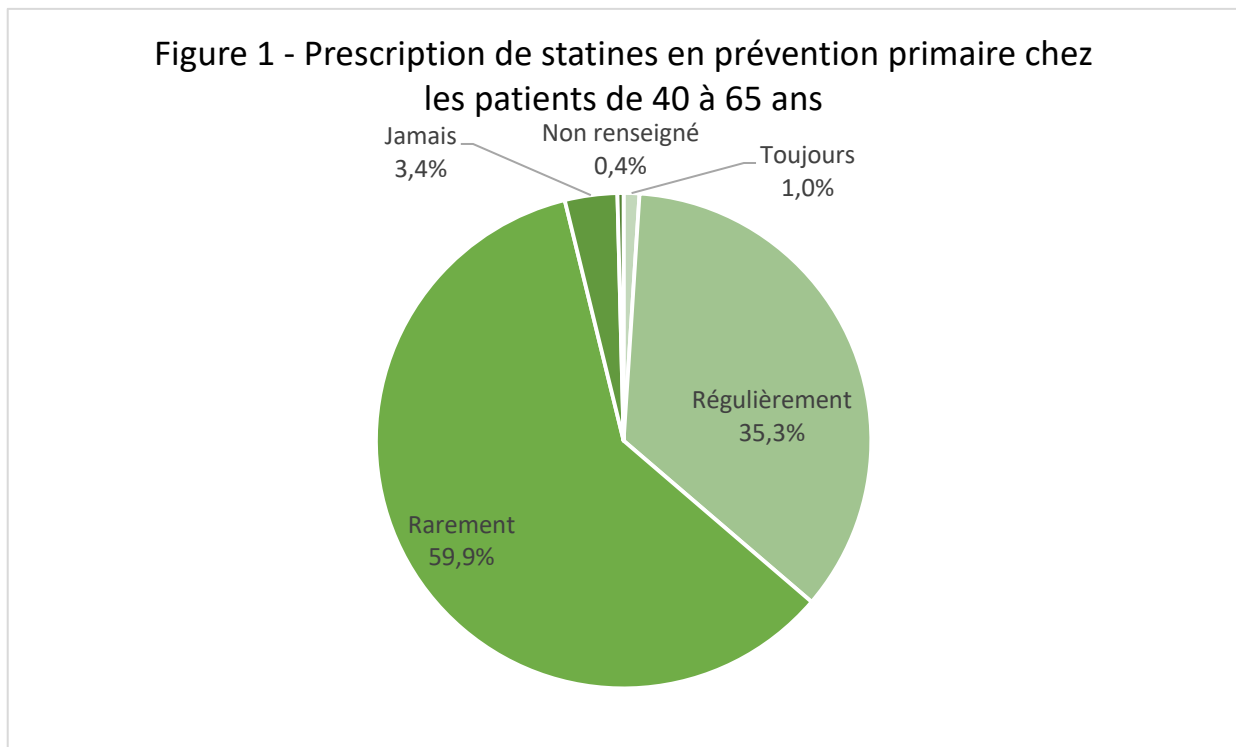
Table 1 Caractéristiques générales de la population étudiée (n=292)

Variable	Catégories	Pourcentage
Sexe	Homme	36
	Femme	64
Âge	Moins de 35 ans	35,6
	35 – 55 ans	47,6
	Plus de 55 ans	16,8
Modalités d'exercice	Médecin installé	91,4
	Médecin remplaçant	7,9
	Non répondu	0,7
Type de structure	Cabinet seul	8,5
	Cabinet de groupe	62,7
	MSP	28,8
	Centre de santé	0
Durée d'exercice	Moins de 5 ans	30,8
	5 à 10 ans	28,4
	10 à 20 ans	18,8
	Plus de 20 ans	21,6
	Non répondu	0,4
Département	Loire-Atlantique	63,4
	Vendée	36,6
Lieu d'exercice	Urbain	48,6
	Rural	50,7
	Non répondu	0,7
MSU	Oui	39,7
	Non	59,6
	Non répondu	0,7
FMC	Oui	81,2
	Non	18,5
	Non répondu	0,3

b. Attitudes thérapeutiques

Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

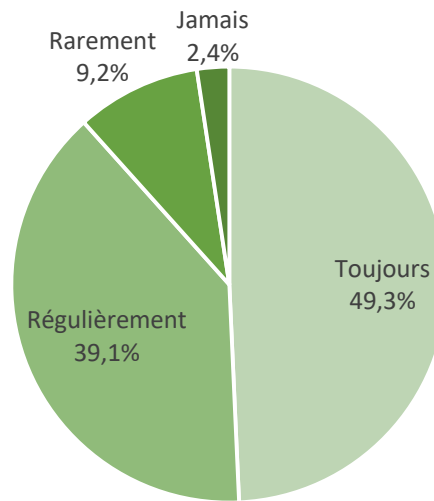
Parmi les 292 médecins généralistes interrogés, 3 déclaraient toujours prescrire une statine en prévention primaire chez des patients de 40 à 65 ans (soit 1%) alors que 103 déclaraient en prescrire une régulièrement (soit 35,3%) ; 175 le faisaient rarement (soit 59,9%) et 10 jamais (soit 3,4%). Un médecin ne se prononçait pas (soit 0,4%).



Recherche des préférences et des valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires

Afin de les aider dans leur décision de prescription ou non d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans, 144 médecins (soit 49,3%) déclaraient toujours rechercher les préférences et les valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires alors que 114 médecins (soit 39,1%) déclaraient le faire régulièrement ; 27 médecins (soit 9,2%) le faisaient rarement et 7 (soit 2,4%) ne le faisaient jamais.

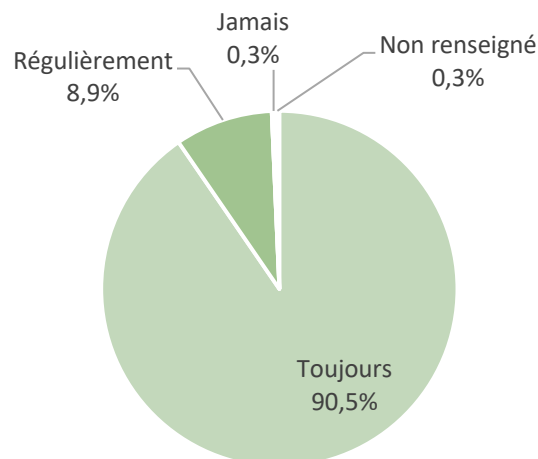
Figure 2 - Recherche des préférences et des valeurs du patient sur la question de la prévention des MCV



Prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels

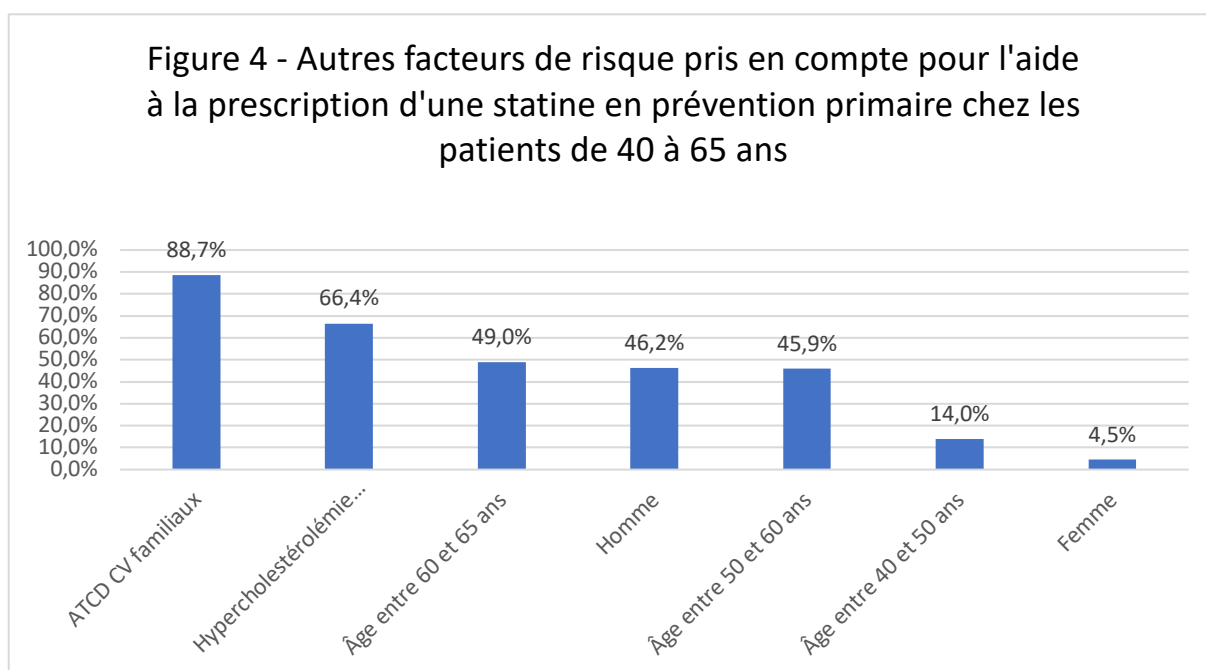
Pour l'évaluation du risque cardiovasculaire en prévention primaire d'un patient âgé de 40 à 65 ans, 264 médecins (soit 90,5%) déclaraient toujours prendre en compte la présence de facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) habituels tandis que 26 médecins (soit 8,9%) déclaraient le faire de manière régulière. Un médecin (soit 0,3%) déclarait ne jamais les prendre en compte et un médecin (soit 0,3%) ne se prononçait pas.

Figure 3 - Prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels pour l'évaluation du RCV d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire



Facteurs incitant à prescrire une statine en prévention primaire chez un patient âgé de 40 à 65 ans en dehors d'une valeur de LDL élevée

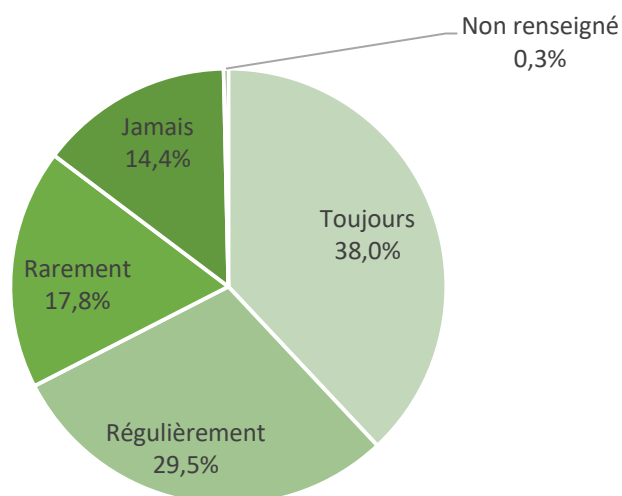
Parmi les 292 médecins généralistes interrogés, 259 médecins (soit 88,7%) étaient incités à prescrire une statine en prévention primaire chez un patient âgé de 40 à 65 ans par l'existence d'antécédents familiaux cardiovasculaires ; cent quatre-vingt-quatorze médecins (soit 66,4%) par la présence d'une hypercholestérolémie familiale sans antécédent cardiovasculaire familial ; 135 médecins (soit 46,2%) par le sexe masculin ; 13 médecins (soit 4,5%) par le sexe féminin ; 41 médecins (soit 14%) par un âge compris entre 40 et 50 ans ; 134 médecins (soit 45,9%) par un âge compris entre 50 et 60 ans et 143 médecins (soit 49%) par un âge compris entre 60 et 65 ans.



Utilisation de l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire

Parmi les 292 praticiens interrogés, 111 (soit 38,0%) déclaraient toujours utiliser l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire alors que 86 praticiens (soit 29,5%) déclaraient l'utiliser régulièrement ; 52 médecins (soit 17,8%) l'utilisaient rarement et 42 médecins (soit 14,4%) ne l'utilisaient jamais. Un médecin (soit 0,3%) ne se prononçait pas.

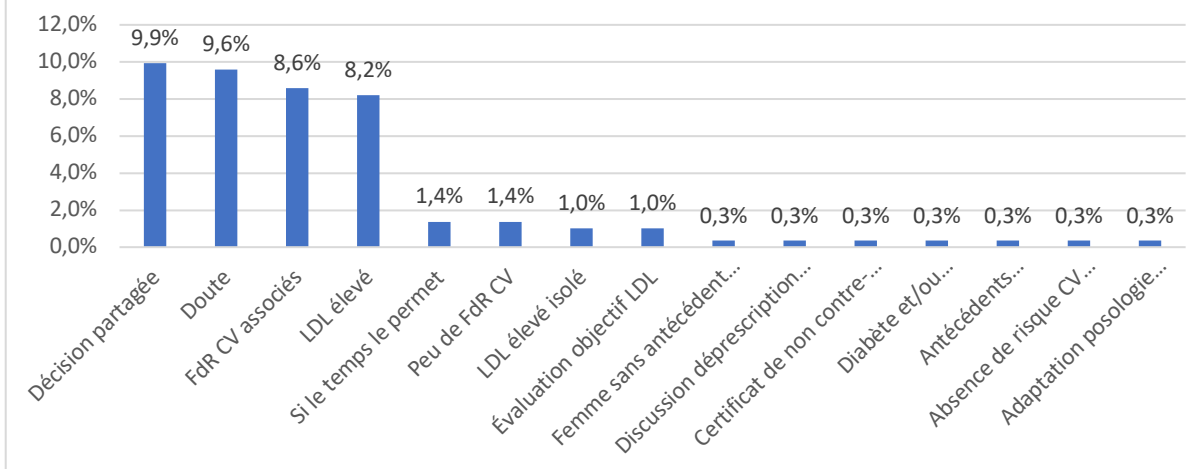
Figure 5 - Utilisation de l'échelle SCORE pour l'évaluation du RCV d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire



Les raisons évoquées par les médecins généralistes interrogés pour le recours à l'échelle SCORE étaient :

- Une aide dans la décision partagée pour 29 médecins (soit 9,9%)
- Une aide en cas de doute pour 28 médecins (soit 9,6%)
- La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour 25 médecins (soit 8,6%)
- Un taux de LDL élevé voire très élevé pour 24 médecins (soit 8,2%)
- Le fait qu'il y ait peu de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour 4 médecins (soit 1,4%)
- Lorsqu'ils ont le temps pour 4 médecins (soit 1,4%)
- L'évaluation de l'objectif du taux de LDL-C pour 3 médecins (soit 1%)
- Un taux de LDL élevé isolé pour 3 médecins (soit 1%)
- Une femme sans antécédents familiaux cardiovasculaires pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La discussion d'une déprescription du traitement hypolipémiant pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La présence d'un diabète et/ou d'une insuffisance rénale pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La rédaction d'un certificat de non contre-indication sportive pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La présence d'antécédents cardiaques pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- L'aide à l'adaptation de la posologie du traitement hypolipémiant pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- L'absence de risque cardiovasculaire élevé d'emblée pour un d'entre eux (soit 0,3%)

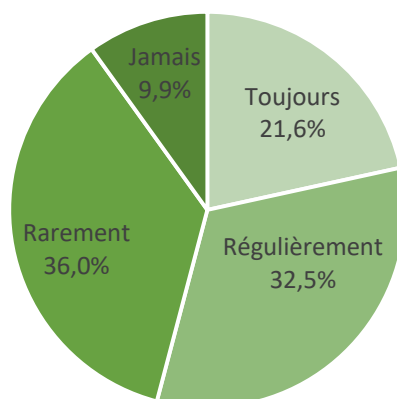
Figure 6 - Recours à l'échelle de risque SCORE pour l'aide à la prescription d'une statine en prévention primaire chez les patients de 40 à 65 ans



Prescription d'examens complémentaires pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

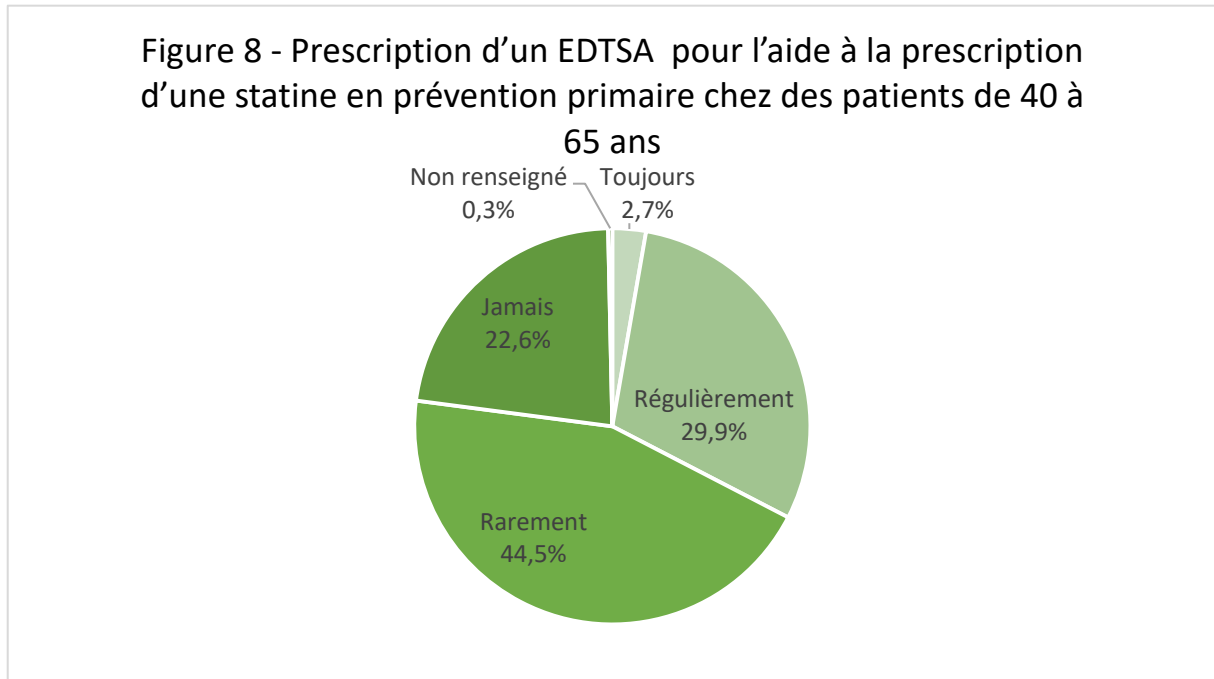
Parmi les 292 médecins généralistes inclus dans notre étude, 63 médecins (soit 21,6%) prescrivait toujours un ou plusieurs examens complémentaires afin de les aider dans leur prescription ou non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans tandis que 95 médecins (soit 32,5%) en prescrivait régulièrement ; 105 médecins (soit 36,0%) en prescrivait rarement et 29 médecins (soit 9,9%) n'en prescrivait jamais.

Figure 7 - Prescription d'examens complémentaires pour l'aide à la prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients de 40 à 65 ans



Prescription d'un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques (EDTSA) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

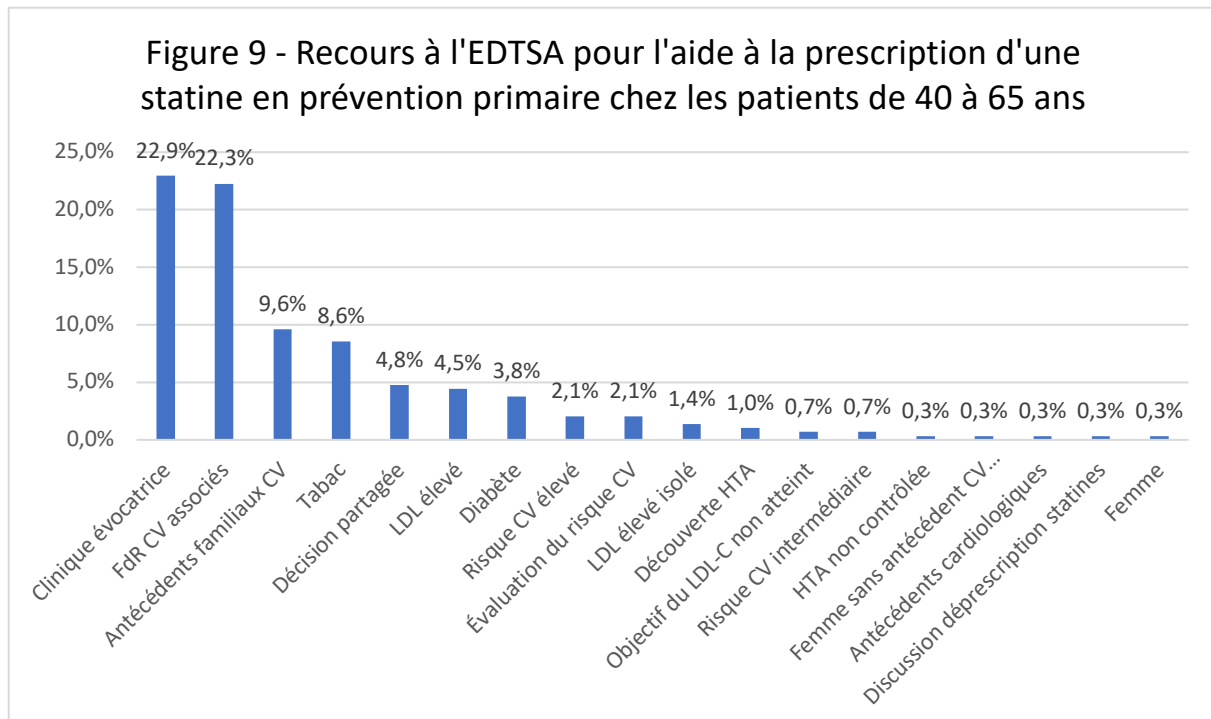
Parmi les médecins généralistes inclus, 8 médecins (soit 2,7%) déclaraient prescrire de manière systématique un EDTSA pour les aider dans leur prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans alors que 87 médecins (soit 29,9%) déclaraient en prescrire un régulièrement ; 130 médecins (soit 44,5%) déclaraient y avoir rarement recours et 66 médecins (soit 22,6%) ne jamais y avoir recours. Un médecin (soit 0,3%) ne se prononçait pas.



Les raisons évoquées par les médecins généralistes interrogés pour la réalisation d'un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques étaient :

- Une clinique évocatrice (la présence d'un souffle carotidien notamment) pour 67 d'entre eux (soit 22,9%)
- La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour 65 d'entre eux (soit 22,3%)
- L'existence d'antécédents familiaux cardiovasculaires pour 28 d'entre eux (soit 8,6%)
- Le tabagisme pour 25 d'entre eux (soit 8,6%)
- Une aide dans le cadre de la décision partagée pour 14 d'entre eux (soit 4,8%)
- La présence d'un taux de LDL élevé voire très élevé pour 13 d'entre eux (soit 4,5%)
- La présence d'un diabète pour 11 d'entre eux (soit 3,8%)
- Un risque cardiovasculaire élevé pour 6 d'entre eux (soit 2,1%)
- L'évaluation du risque cardiovasculaire pour 6 d'entre eux (soit 2,1%)
- Un taux de LDL-C élevé isolé pour 4 d'entre eux (soit 1,4%)
- Lors de la découverte d'une hypertension artérielle (HTA) pour 3 d'entre eux (soit 1%)
- En cas d'objectif du taux de LDL-C non atteint pour 2 d'entre eux (soit 0,7%)

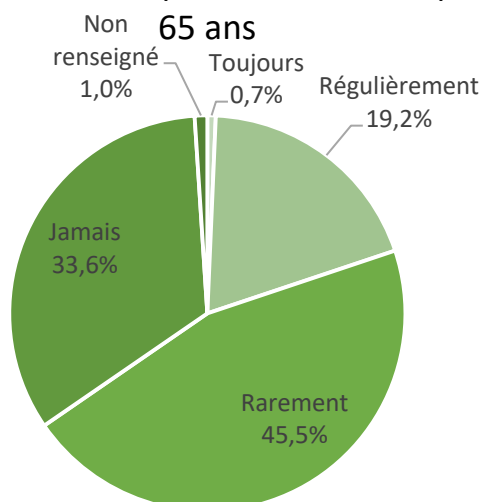
- Un risque cardiovasculaire intermédiaire pour 2 d'entre eux (soit 0,7%)
- Une HTA non contrôlée pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- Une femme sans antécédents familiaux cardiovasculaires et non fumeuse pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La présence d'antécédents cardiaques pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- Une femme pour un d'entre eux (soit 0,3%)
- La discussion d'une déprescription du traitement hypolipémiant pour un d'entre eux (soit 0,3%)



Prescription d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs (EDMI) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

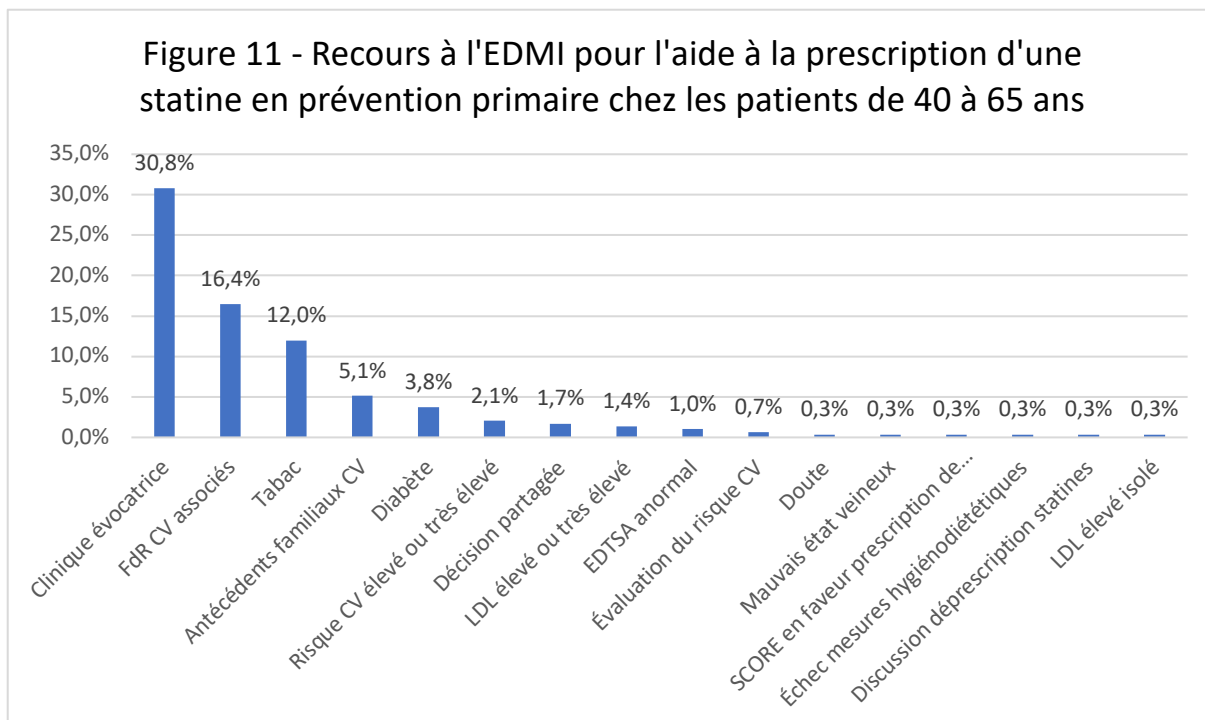
Parmi les 292 médecins généralistes, 2 médecins (soit 0,7%) déclaraient prescrire de manière systématique un écho-doppler des membres inférieurs pour les aider dans leur prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans tandis que 56 médecins (soit 19,2%) déclaraient en prescrire un régulièrement ; 133 médecins (soit 45,5%) déclaraient y avoir rarement recours et 98 médecins (soit 33,6%) ne jamais y avoir recours. 3 médecins (soit 1%) ne se prononçaient pas.

Figure 10 - Prescription d'un EDMI pour l'aide à la prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients de 40 à 65 ans



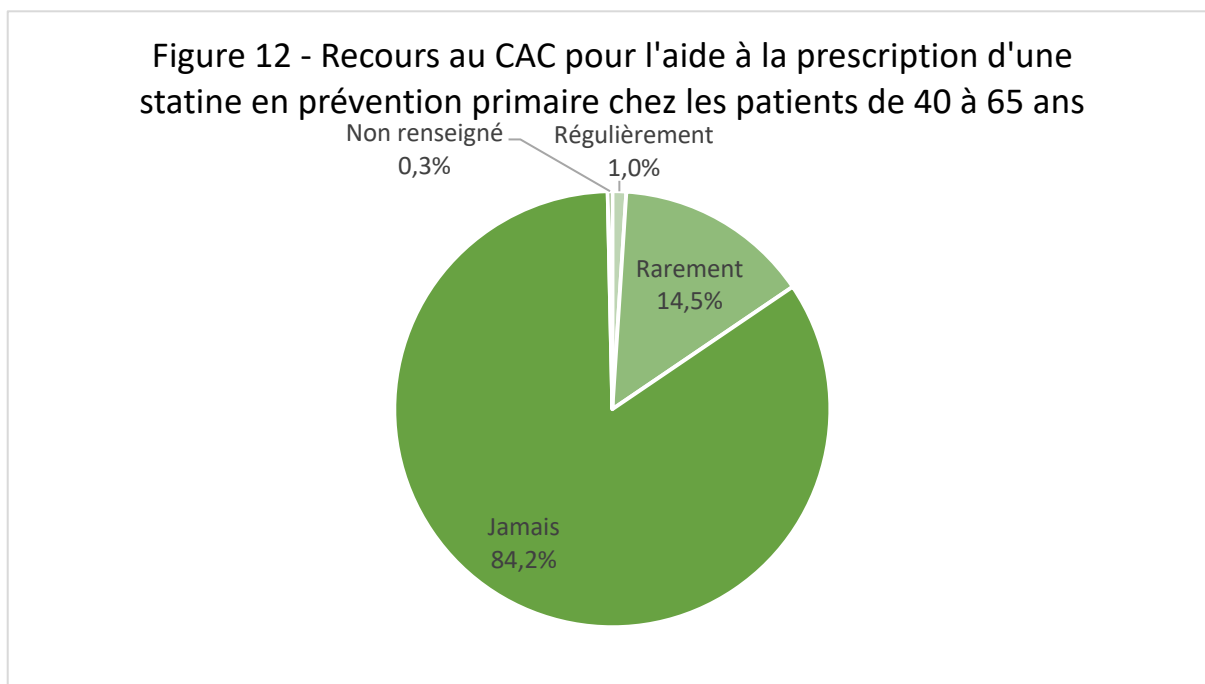
Les raisons évoquées par les médecins généralistes interrogés pour la réalisation d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs étaient :

- Une clinique évocatrice pour 90 médecins (soit 30,8%)
- La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour 48 médecins (soit 16,4%)
- Le tabagisme pour 35 médecins (soit 12%)
- La présence d'antécédents familiaux cardiovasculaires pour 15 médecins (soit 5,1%)
- Le diabète pour 11 médecins (soit 3,8%)
- Un risque cardiovasculaire élevé voire très élevé pour 6 médecins (soit 2,1%)
- Une aide dans le cadre de la décision partagée pour 5 médecins (soit 1,7%)
- Un taux de LDL-C élevé voire très élevé pour 4 médecins (soit 1,4%)
- Un EDTSA anormal pour 3 médecins (soit 1%)
- L'évaluation du risque cardiovasculaire pour 2 médecins (soit 0,7%)
- En cas de doute pour un médecin (soit 0,3%)
- Un SCORE en faveur d'une prescription de statines (afin de déterminer si l'on se trouve en prévention primaire ou secondaire) pour un médecin (soit 0,3%)
- Un échec des mesures hygiéno-diététiques pour un médecin (soit 0,3%)
- Une aide pour discuter une déprescription d'un traitement hypolipémiant pour un médecin (soit 0,3%)
- Un taux de LDL élevé isolé pour un médecin (soit 0,3%)
- Un mauvais état veineux pour un médecin (soit 0,3%)



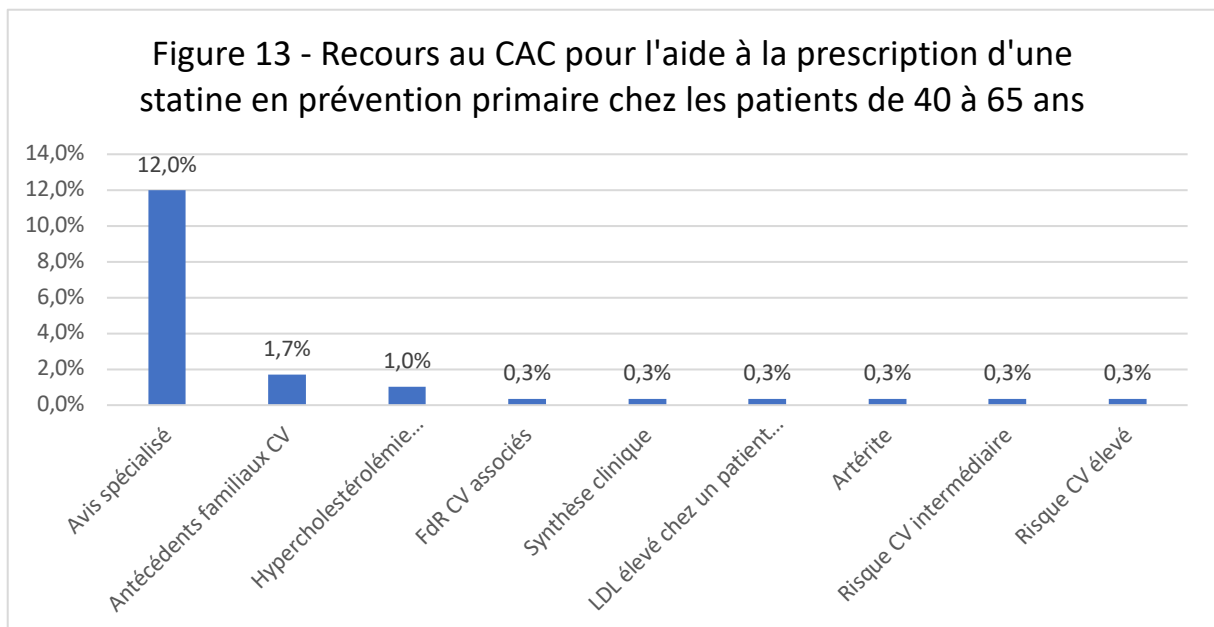
Recours au score calcique pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Parmi les médecins interrogés, aucun médecin n'avait recours de manière systématique au score calcique pour l'aider dans sa prescription de statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans. 3 médecins (soit 1%) déclaraient y avoir recours régulièrement tandis que 42 médecins (soit 14,5%) l'utilisent rarement. 246 médecins (soit 84,2%) n'y avaient jamais recours et un médecin (soit 0,3%) ne se prononçait pas.



Les raisons évoquées par les médecins généralistes interrogés pour le recours au score calcique étaient :

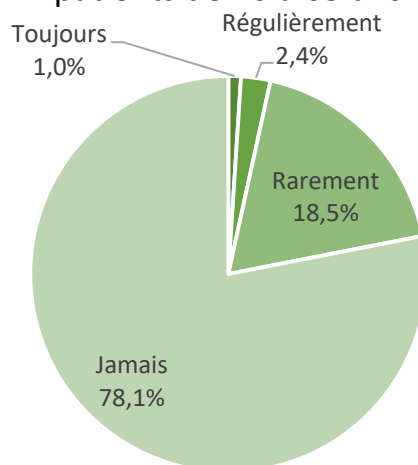
- Un avis spécialisé recommandant sa réalisation pour 35 praticiens (soit 12%)
- La présence d'antécédents familiaux cardiovasculaires pour 5 praticiens (soit 1,7%)
- L'existence d'une hypercholestérolémie familiale pour 3 praticiens (soit 1%)
- La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour un praticien (soit 0,3%)
- Un risque cardiovasculaire intermédiaire pour un praticien (soit 0,3%)
- Un risque cardiovasculaire élevé pour un praticien (soit 0,3%)
- Le tabagisme pour un praticien (soit 0,3%)
- L'existence d'une artériopathie pour un praticien (soit 0,3%)
- La réalisation d'une synthèse clinique pour un praticien (soit 0,3%)



Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Parmi les médecins généralistes inclus, 3 médecins (soit 1,0%) dosaient systématiquement l'apolipoprotéine B pour les aider dans leur prescription ou non prescription de statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans alors que 7 médecins (soit 2,4%) la dosaient régulièrement. 54 médecins (soit 18,5%) ne la dosaient que rarement et 228 médecins (soit 78,1%) ne la dosaient jamais.

Figure 14 - Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription d'une statine en prévention primaire chez les patients de 40 à 65 ans



Les raisons évoquées par les médecins généralistes interrogés pour le dosage de l'apolipoprotéine B étaient :

- La présence d'une hypertriglycémie (rendant impossible le dosage du LDL-C) pour 21 médecins (soit 7,2%)
- L'existence d'une hypercholestérolémie familiale pour 7 médecins (soit 2,4%)
- Un taux de HDL-C très bas pour 3 médecins (soit 1,0%)
- Un taux de LDL-C très élevé pour 2 médecins (soit 0,7%)
- La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés pour un médecin (soit 0,3%)
- Un risque cardiovasculaire intermédiaire pour un médecin (soit 0,3%)
- Une aide dans le cadre de la décision partagée pour un médecin (soit 0,3%)
- Le diabète pour un médecin (soit 0,3%)
- Une discordance entre le taux de LDL-C et les habitudes alimentaires du patient pour un médecin (soit 0,3%)

Figure 15 - Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription d'une statine en prévention primaire chez les patients de 40 à 65 ans

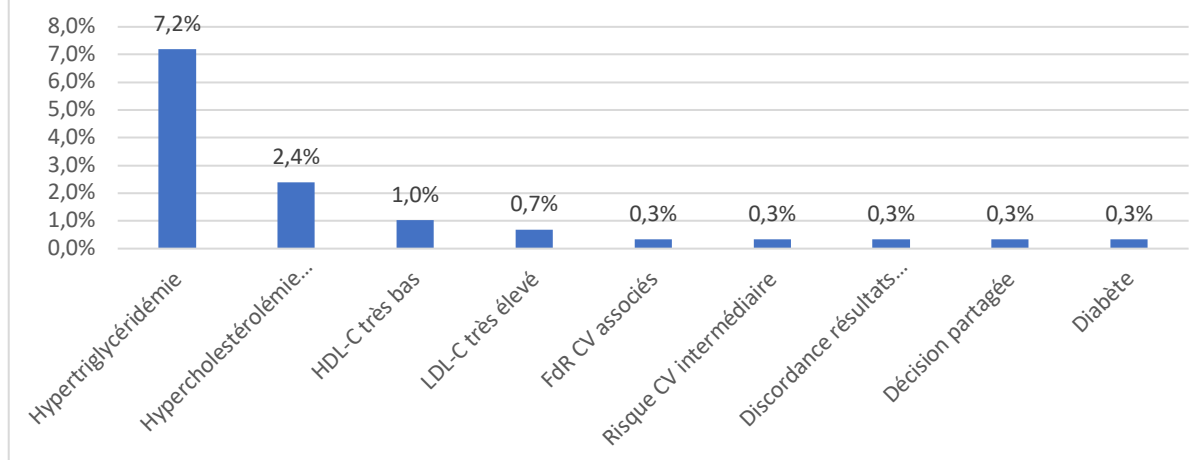


Table 2 Aide pour la prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

	Toujours (%)	Régulièrement (%)	Rarement (%)	Jamais (%)	Non répondu (%)
Prescription de statines	1,0	35,3	59,9	3,4	0,4
Préférences et valeurs du patient	49,3	39,1	9,2	2,4	0,0
Facteurs de risque cardiovasculaire habituels	90,5	8,9	0	0,3	0,3
Échelle SCORE	38,0	29,5	17,8	14,4	0,3
Examens complémentaires	21,6	32,5	36,0	9,9	0,0
EDTSA	2,7	29,9	44,5	22,6	0,3
EDMI	0,7	19,2	45,5	33,6	1,0
Score calcique	0,0	1,0	14,5	84,2	0,3
Apolipoprotéine B	1,0	2,4	18,5	78,1	0,0

c. Analyses croisées

Afin d'avoir des échantillons suffisamment grands, nous avons choisi de regrouper les catégories « Toujours » et « Régulièrement » d'une part et les catégories « Rarement » et « Jamais » d'autre part.

Malgré un taux de participation important, il n'a pas été possible de réaliser des analyses croisées pour l'ensemble des sous-groupes.

Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Il n'existait pas de différence significative concernant la prescription de statines en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans en fonction des différents sous-groupes.

Table 3 Prescription de statines en prévention primaire chez des patients de 40 à 65 ans

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	35 (33,7%)	69 (66,3%)	104	0,46
	Femme	71 (38%)	116 (62%)	187	
Âge	< 35 ans	29 (27,9%)	75 (72,1%)	104	7,16
	35 - 55 ans	46 (33,3%)	92 (66,7%)	138	
	> 55 ans	31 (63,3%)	18 (36,7%)	49	
Statut	Installé	98 (36,8%)	168 (63,2%)	266	0,54
	Remplaçant	7 (30,4%)	16 (69,6%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	24 (26,7%)	66 (73,3%)	90	8,00
	5 - 10 ans	21 (25,3%)	62 (74,7%)	83	
	10 - 20 ans	18 (33,3%)	36 (66,7%)	54	
	> 20 ans	43 (68,3%)	20 (31,7%)	63	
Département	Vendée	43 (40,2%)	64 (59,8%)	107	0,31
	Loire-Atlantique	63 (34,2%)	121 (65,8%)	184	
Lieu	Rural	56 (38,1%)	91 (61,9%)	147	0,40
	Urbain	48 (33,8%)	94 (66,2%)	142	
MSU	Oui	38 (33%)	77 (67%)	115	0,30
	Non	68 (39,1%)	106 (60,9%)	174	
Cabinet	Seul	13 (52%)	12 (48%)	25	0,22
	Groupe	62 (34,1%)	120 (65,9%)	182	
	MSP	31 (36,9%)	53 (63,1%)	84	
FMC	Oui	98 (41,5%)	138 (58,5%)	236	8,16
	Non	7 (13%)	47 (87%)	54	

Recherche des préférences et des valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires

Les médecins exerçant en Loire-Atlantique prenaient plus en compte les préférences et les valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence significative concernant le sexe, l'âge, le statut, la durée d'exercice, le lieu d'exercice, le statut de MSU, le type de cabinet, la participation régulière à des FMC.

Table 4 Prise en compte des préférences et valeurs du patient

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	91 (86,7%)	14 (13,3%)	105	0,50
	Femme	167 (89,3%)	20 (10,7%)	187	
Âge	< 35 ans	91 (87,5%)	13 (12,5%)	104	0,69
	35 - 55 ans	125 (89,9%)	14 (10,1%)	139	
	> 55 ans	42 (85,7%)	7 (14,3%)	49	
Statut	Installé	234 (87,6%)	33 (12,4%)	267	0,49
	Remplaçant	22 (95,7%)	1 (4,3%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	78 (86,7%)	12 (13,3%)	90	0,44
	5 - 10 ans	75 (90,4%)	8 (9,6%)	83	
	10 - 20 ans	51 (92,7%)	4 (7,3%)	55	
	> 20 ans	53 (84,1%)	10 (15,9%)	63	
Département	Vendée	88 (82,2%)	19 (17,8%)	107	0,01
	Loire-Atlantique	170 (91,9%)	15 (8,1%)	185	
Lieu	Rural	127 (85,8%)	21 (14,2%)	148	0,18
	Urbain	129 (90,8%)	13 (9,2%)	142	
MSU	Oui	102 (87,9%)	14 (12,1%)	116	0,88
	Non	154 (88,5%)	20 (11,5%)	174	
Cabinet	Seul	19 (76%)	6 (24%)	25	0,12
	Groupe	165 (90,2%)	18 (9,8%)	183	
	MSP	74 (88,1%)	10 (11,9%)	84	
FMC	Oui	212 (89,5%)	25 (10,5%)	237	0,21
	Non	45 (83,3%)	9 (16,7%)	54	

Prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels

Il n'existait pas de différence significative concernant la prise en compte de la présence de facteurs de risque cardiovasculaire habituels dans l'aide à la prescription de statines en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans en fonction du sexe, du statut, du département d'exercice, du lieu d'exercice, du statut de MSU, du type de cabinet et de la participation régulière à des FMC.

Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse croisée concernant l'âge, la durée d'exercice et le type de cabinet.

Table 5 Prise en compte des facteurs de risque cardiovasculaire habituels

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	104 (100%)	0 (0%)	104	1,00
	Femme	186 (99,5%)	1 (0,5%)	187	
Âge	< 35 ans	104 (100%)	0 (0%)	104	/
	35 - 55 ans	138 (99,3%)	1 (0,7%)	139	
	> 55 ans	48 (100%)	0 (0%)	48	
Statut	Installé	265 (99,6%)	1 (0,4%)	266	1,00
	Remplaçant	23 (100%)	0 (0%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	90 (100%)	0 (0%)	90	/
	5 - 10 ans	82 (98,8%)	1 (1,2%)	83	
	10 - 20 ans	55 (100%)	0 (0%)	55	
	> 20 ans	62 (100%)	0 (0%)	62	
Département	Vendée	106 (100%)	0 (0%)	106	1,00
	Loire-Atlantique	184 (99,5%)	1 (0,5%)	185	
Lieu	Rural	148 (100%)	0 (0%)	148	0,49
	Urbain	141 (99,3%)	1 (0,7%)	142	
MSU	Oui	116 (100%)	0 (0%)	116	1,00
	Non	172 (99,4%)	1 (0,6%)	173	
Cabinet	Seul	24 (100%)	0 (0%)	24	/
	Groupe	182 (99,5%)	1 (0,5%)	183	
	MSP	84 (100%)	0 (0%)	84	
FMC	Oui	237 (100%)	0 (0%)	237	0,19
	Non	53 (98,1%)	1 (1,9%)	54	

Utilisation de l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire

Les médecins âgés de plus de 55 ans utilisaient moins souvent l'échelle SCORE pour l'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient âgé de 40 à 65 ans ($p < 0,05$).

Les médecins exerçant depuis plus de 20 ans utilisaient moins souvent l'échelle SCORE que les médecins exerçant depuis moins de 20 ans ($p < 0,05$).

Les médecins participant régulièrement à des FMC utilisaient plus régulièrement l'échelle SCORE que ceux n'y participant pas ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence significative concernant le sexe, le statut, le département d'exercice, le lieu d'exercice, le statut de MSU et le type de cabinet.

Table 6 Utilisation SCORE

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	68 (65,4%)	36 (34,6%)	104	0,53
	Femme	129 (69%)	58 (31%)	187	
Âge	< 35 ans	73 (70,2%)	31 (29,8%)	104	0,01
	35 - 55 ans	100 (71,9%)	39 (28,1%)	139	
	> 55 ans	24 (50%)	24 (50%)	48	
Statut	Installé	180 (67,7%)	86 (32,3%)	266	0,81
	Remplaçant	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	63 (70%)	27 (30%)	90	0,01
	5 - 10 ans	56 (67,5%)	27 (32,5%)	83	
	10 - 20 ans	45 (81,8%)	10 (18,2%)	55	
	> 20 ans	33 (53,2%)	29 (46,8%)	62	
Département	Vendée	68 (64,2%)	38 (35,8%)	106	0,33
	Loire-Atlantique	129 (69,7%)	56 (30,3%)	185	
Lieu	Rural	106 (72,1%)	41 (27,9%)	147	0,14
	Urbain	91 (64,1%)	51 (35,9%)	142	
MSU	Oui	82 (70,7%)	34 (29,3%)	116	0,45
	Non	115 (66,5%)	58 (33,5%)	173	
Cabinet	Seul	12 (50%)	12 (50%)	24	0,13
	Groupe	129 (70,5%)	54 (29,5%)	183	
	MSP	56 (66,7%)	28 (33,3%)	84	
FMC	Oui	168 (71,2%)	68 (28,8%)	236	0,01
	Non	29 (53,7%)	25 (46,3%)	54	

Prescription d'examens complémentaires pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Les médecins âgés de plus de 55 ans prescrivait des examens complémentaires plus régulièrement afin de les aider dans la prescription ou la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans ($p < 0,05$).

Les médecins exerçant depuis plus de 20 ans prescrivait plus régulièrement des examens complémentaires ($p < 0,05$).

Les médecins exerçant dans un cabinet seul prescrivait plus régulièrement des examens complémentaires ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence significative concernant le sexe, le statut, le département d'exercice, le lieu d'exercice, le statut de MSU et la participation régulière à des FMC.

Table 7 Prescription d'examens complémentaires

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	58 (55,2%)	47 (44,8%)	105	0,77
	Femme	100 (53,5%)	87 (46,5%)	187	
Âge	< 35 ans	50 (48,1%)	54 (51,9%)	104	0,01
	35 - 55 ans	72 (51,8%)	67 (48,2%)	139	
	> 55 ans	36 (73,5%)	13 (26,5%)	49	
Statut	Installé	146 (54,7%)	121 (45,3%)	267	0,3
	Remplaçant	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	40 (44,4%)	50 (55,6%)	90	0,003
	5 - 10 ans	53 (63,9%)	30 (36,1%)	83	
	10 - 20 ans	23 (41,8%)	32 (58,2%)	55	
	> 20 ans	42 (66,7%)	21 (33,3%)	63	
Département	Vendée	59 (55,1%)	48 (44,9%)	107	0,79
	Loire-Atlantique	99 (53,5%)	86 (46,5%)	185	
Lieu	Rural	76 (51,4%)	72 (48,6%)	148	0,39
	Urbain	80 (56,3%)	62 (43,7%)	142	
MSU	Oui	65 (56%)	51 (44%)	116	0,6
	Non	92 (52,9%)	82 (47,1%)	174	
Cabinet	Seul	19 (76%)	6 (24%)	25	0,01
	Groupe	102 (55,7%)	81 (44,3%)	183	
	MSP	37 (44%)	47 (56%)	84	
FMC	Oui	128 (54%)	109 (46%)	237	0,97
	Non	29 (53,7%)	25 (46,3%)	54	

Prescription d'un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Les médecins âgés de plus de 55 ans prescrivaient plus régulièrement un EDTSA pour les aider dans la prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans que les médecins plus jeunes ($p < 0,05$).

Les médecins installés prescrivaient plus régulièrement un EDTSA que les médecins remplaçants ($p < 0,05$).

Les médecins exerçant depuis moins de 5 ans prescrivaient moins régulièrement un EDTSA que les autres médecins ($p < 0,05$).

Les médecins participant régulièrement à des FMC prescrivaient plus régulièrement un EDTSA que les médecins déclarant ne pas participer régulièrement à des FMC ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence significative concernant le sexe, le département d'exercice, le lieu d'exercice, le statut de MSU et le type de cabinet.

Table 8 Prescription EDTSA

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	34 (32,7%)	70 (67,3%)	104	0,99
	Femme	61 (32,6%)	126 (67,4%)	187	
Âge	< 35 ans	22 (21,2%)	82 (78,8%)	104	0,002
	35 - 55 ans	50 (36%)	89 (64%)	139	
	> 55 ans	23 (47,9%)	25 (52,1%)	48	
Statut	Installé	91 (34,2%)	175 (65,8%)	266	0,01
	Remplaçant	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	19 (21,1%)	71 (78,9%)	90	0,01
	5 - 10 ans	33 (39,8%)	50 (60,2%)	83	
	10 - 20 ans	16 (29,1%)	39 (70,9%)	55	
	> 20 ans	27 (43,5%)	35 (56,5%)	62	
Département	Vendée	33 (31,1%)	73 (68,9%)	106	0,68
	Loire-Atlantique	62 (33,5%)	123 (66,5%)	185	
Lieu	Rural	42 (28,6%)	105 (71,4%)	147	0,14
	Urbain	52 (36,6%)	90 (63,4%)	142	
MSU	Oui	44 (37,9%)	72 (62,1%)	116	0,11
	Non	50 (28,9%)	123 (71,1%)	173	
Cabinet	Seul	11 (45,8%)	13 (54,2%)	24	0,28
	Groupe	60 (32,8%)	123 (67,2%)	183	
	MSP	24 (28,6%)	60 (71,4%)	84	
FMC	Oui	86 (36,3%)	151 (63,7%)	237	0,003
	Non	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53	

Prescription d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs (EDMI) pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Il n'existait pas de différence significative concernant la prescription d'un écho-doppler artériel des membres inférieurs pour l'aide à la prescription de statines en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans en fonction des différents sous-groupes.

Table 9 Prescription EDMI

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	22 (21,4%)	81 (78,6%)	103	0,68
	Femme	36 (19,4%)	150 (80,6%)	186	
Âge	< 35 ans	14 (13,6%)	89 (86,4%)	103	0,10
	35 - 55 ans	31 (22,5%)	107 (77,5%)	138	
	> 55 ans	13 (27,1%)	35 (72,9%)	48	
Statut	Installé	55 (20,8%)	209 (79,2%)	264	0,06
	Remplaçant	1 (4,3%)	22 (95,7%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	14 (15,9%)	74 (84,1%)	88	0,54
	5 - 10 ans	19 (22,9%)	64 (77,1%)	83	
	10 - 20 ans	10 (18,2%)	45 (81,8%)	55	
	> 20 ans	15 (24,2%)	47 (75,8%)	62	
Département	Vendée	18 (17,1%)	87 (82,9%)	105	0,35
	Loire-Atlantique	40 (21,7%)	144 (78,3%)	184	
Lieu	Rural	23 (15,6%)	124 (84,4%)	147	0,07
	Urbain	34 (24,3%)	106 (75,7%)	140	
MSU	Oui	26 (22,4%)	90 (77,6%)	116	0,44
	Non	32 (18,7%)	139 (81,3%)	171	
Cabinet	Seul	5 (20%)	20 (80%)	25	0,48
	Groupe	40 (22,1%)	141 (77,9%)	181	
	MSP	13 (15,7%)	70 (84,3%)	83	
FMC	Oui	49 (20,9%)	186 (79,1%)	235	0,34
	Non	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53	

Recours au score calcique pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Il n'existait pas de différence significative concernant le recours au score calcique dans l'aide à la prescription de statines en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans en fonction du sexe, du statut, du lieu d'exercice, du statut de MSU, du type de cabinet et de la participation régulière à des FMC.

Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse croisée concernant l'âge, la durée d'exercice et le type de cabinet.

Table 10 Utilisation du score calcique

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	1 (1,0%)	104 (99%)	105	1,00
	Femme	2 (1,1%)	184 (98,9%)	186	
Âge	< 35 ans	2 (1,9%)	102 (98,1%)	104	/
	35 - 55 ans	1 (0,7%)	137 (99,3%)	138	
	> 55 ans	0 (0%)	49 (100%)	49	
Statut	Installé	2 (0,8%)	264 (99,2%)	266	0,22
	Remplaçant	1 (4,3%)	22 (95,7%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	2 (2,2%)	88 (97,8%)	90	/
	5 - 10 ans	1 (1,2%)	82 (98,8%)	83	
	10 - 20 ans	0 (0%)	54 (100%)	54	
	> 20 ans	0 (0%)	63 (100%)	63	
Département	Vendée	1 (0,9%)	106 (99,1%)	107	1,00
	Loire-Atlantique	2 (1,1%)	182 (98,9%)	184	
Lieu	Rural	0 (0%)	147 (100%)	147	0,12
	Urbain	3 (2,1%)	139 (97,9%)	142	
MSU	Oui	1 (0,9%)	115 (99,1%)	116	1,00
	Non	2 (1,2%)	171 (98,8%)	173	
Cabinet	Seul	0 (0%)	25 (100%)	25	/
	Groupe	3 (1,6%)	180 (98,4%)	183	
	MSP	0 (0%)	83 (100%)	83	
FMC	Oui	3 (1,3%)	233 (98,7%)	236	1,00
	Non	0 (0%)	54 (100%)	54	

Dosage de l'apolipoprotéine B pour l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Il n'existait pas de différence significative concernant le dosage de l'apolipoprotéine B dans l'aide à la prescription de statines en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans en fonction du sexe, du statut, du lieu d'exercice, du statut de MSU, du type de cabinet et de la participation régulière à des FMC.

Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse croisée concernant l'âge, la durée d'exercice et le type de cabinet.

Table 11 Prescription apolipoprotéine B

		Toujours/Régulièrement	Rarement/Jamais	Total	p
Sexe	Homme	3 (2,9%)	102 (97,1%)	105	1,00
	Femme	7 (3,7%)	180 (96,3%)	187	
Âge	< 35 ans	1 (1,0%)	103 (99%)	104	/
	35 - 55 ans	5 (3,6%)	134 (96,4%)	139	
	> 55 ans	4 (8,2%)	45 (91,8%)	49	
Statut	Installé	10 (3,7%)	257 (96,3%)	267	1,00
	Remplaçant	0 (0%)	23 (100%)	23	
Durée d'exercice	< 5 ans	1 (1,1%)	89 (98,9%)	90	/
	5 - 10 ans	2 (2,4%)	81 (97,6%)	83	
	10 - 20 ans	1 (1,8%)	54 (98,2%)	55	
	> 20 ans	6 (9,5%)	57 (90,5%)	63	
Département	Vendée	5 (4,7%)	102 (95,3%)	107	0,37
	Loire-Atlantique	5 (2,7%)	180 (97,3%)	185	
Lieu	Rural	6 (4,1%)	142 (95,9%)	148	0,50
	Urbain	3 (2,1%)	139 (97,9%)	142	
MSU	Oui	6 (5,2%)	110 (94,8%)	116	0,21
	Non	4 (2,3%)	170 (97,7%)	174	
Cabinet	Seul	0 (0%)	25 (100%)	25	/
	Groupe	7 (3,8%)	176 (96,2%)	183	
	MSP	3 (3,6%)	81 (96,4%)	84	
FMC	Oui	10 (4,2%)	227 (95,8%)	237	0,22
	Non	0 (0%)	54 (100%)	54	

IV. Discussion

a. Matériel et méthodes

Interroger les médecins généralistes paraît être un bon choix puisqu'ils constituent les médecins de premier recours et tiennent ainsi un rôle primordial dans la prévention.

Le choix de ne pas mettre en place de critère de non inclusion a permis de réaliser une analyse en sous-groupe.

Sur le recrutement, on peut évoquer un biais de sélection. Effectivement, parmi les médecins généralistes installés, nous n'avons pu contacter que les médecins généralistes disposant d'une adresse mail. Par ailleurs, les médecins remplaçants sont plus difficiles à contacter puisqu'ils ne sont pas tous inscrits au Conseil de l'Ordre ; c'est le cas notamment des médecins remplaçants non thésés.

Malgré un taux de participation relativement important (16,6% environ), nous n'avons pas pu réaliser d'analyses en sous-groupes pour toutes les variables du fait d'effectifs parfois inférieurs à 5.

On peut également évoquer un biais d'interprétation concernant plusieurs items du questionnaire. En effet, nous évoquons les facteurs de risque cardiovasculaire « habituels » sans les énumérer. De plus, nous évoquons la réalisation d'un échodoppler des membres inférieurs en sous-entendant qu'il s'agisse d'un échodoppler artériel mais il existe là un biais de confusion. Un seul médecin dans sa réponse libre à cette question a évoqué la réalisation d'un échodoppler veineux et non artériel.

b. Population cible

Selon les données démographiques de l'observatoire régional de santé des Pays de la Loire datant de septembre 2020(18), notre population de référence différerait de notre population cible.

Les médecins de moins de 35 ans représentaient 35,6% de notre population contre 21% dans la population des médecins des Pays de la Loire (PdL). Il existait donc une surreprésentation des médecins âgés de moins de 35 ans dans notre étude. On peut imaginer un plus grand intérêt des moins de 35 ans du fait de la proximité avec leur propre travail de thèse. On peut également faire l'hypothèse d'une plus grande facilité d'utilisation de l'outil informatique et donc d'une plus grande facilité pour répondre au questionnaire en ligne.

La moyenne d'âge des médecins de notre étude (41,4 ans) était plus basse que la moyenne d'âge des médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire (48,7 ans). A noter, que chez les médecins généralistes des PdL, la moyenne d'âge était nettement plus basse chez les femmes (43,3 ans) que chez les hommes (53,7 ans) ; soixante et onze pour cent des médecins de moins de 35 ans sont effectivement des femmes. Par ailleurs, il existe dans notre étude une plus forte proportion de femmes (64%) que chez les médecins généralistes des PdL (49%). Le fait que nous ayons une

moyenne d'âge plus basse dans notre étude explique que nous ayons une plus grande proportion de femmes.

Les médecins remplaçants représentaient 7,9% des médecins participant à notre étude alors qu'ils représentaient 18% des médecins exerçant en PdL. Ceci s'explique par le fait que les médecins remplaçants ne sont pas toujours dans les bases de données. En effet, lorsqu'ils ne sont pas thésés, ils ne sont pas inscrits au Conseil de l'Ordre. De plus, nous n'avons pas pu diffuser notre questionnaire via le Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique. Or, on peut supposer que les médecins remplaçants demandent le plus souvent leur licence de remplacement auprès du département dont dépend leur faculté d'origine.

91,5 % des médecins de notre étude exerçaient dans un cabinet de groupe ou en MSP contre 68% des médecins généralistes exerçant en PdL. On peut imaginer que les jeunes médecins s'installent plus fréquemment au sein d'un cabinet de groupe ou d'une MSP que dans un cabinet seul.

Selon les données démographiques, 1657 médecins généralistes (installés ou remplaçants) exercent en Loire-Atlantique (soit 75,7% de la population cible) contre 525 en Vendée (soit 24,3%). Dans notre étude, 63,4% des médecins exerçaient en Loire Atlantique contre 36,6% en Vendée. Ceci s'explique par le fait que nous avons pu solliciter les médecins vendéens à la fois grâce à l'URML et grâce au Conseil de l'Ordre des Médecins de Vendée.

D'après le département de médecine générale de la faculté de Médecine de Nantes, il existe environ 450 maitres de stage universitaires, soit 20,6% des médecins de notre population cible. Dans notre étude, 39,7% des médecins sont MSU. Ceci peut s'expliquer par une implication plus importante des MSU dans la formation des étudiants.

Nous n'avons pas trouvé de données démographiques concernant la durée d'exercice, le milieu d'exercice (rural/urbain) ou encore la participation régulière à des FMC.

A noter que nous n'avons pas trouvé de données démographiques spécifiques à la Vendée et à la Loire-Atlantique. Celles-ci sont donc peut être à nuancer du fait de la prise en compte de 3 autres départements à savoir le Maine et Loire, La Mayenne et la Sarthe.

c. Prescription de statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans

Pour rappel on parle de prévention primaire chez les patients n'ayant pas d'antécédent d'atteinte cardiovasculaire clinique.

Dans notre étude, les médecins prescrivaient rarement une statine (59,9%) en prévention primaire chez les patients âgés de 40 à 65 ans ; nous n'avons pas pu montrer de différence significative dans l'ensemble des sous-groupes.

La revue *Prescrire* a publié en 2018 une méta-analyse qui montrait une faible diminution de la mortalité globale en prévention primaire (7). En prévention primaire, il fallait traiter 250 patients pendant 2 à 6 ans pour éviter un décès alors qu'en prévention

secondaire, il fallait en traiter 50 patients. Les données étaient insuffisantes pour déterminer à partir de quel niveau de risque cardiovasculaire la balance bénéfice risque devenait favorable. Il n'existe pas d'étude qui évalue les bénéfices d'un traitement par statine pendant au moins 10 ans. A noter que les effets indésirables musculaires sont fréquents et qu'il existe un risque d'AVC hémorragique et de diabète de type 2.

Dans cette méta-analyse, les études qui exprimaient leur résultat en termes de diminution d'évènement cardiovasculaire pour 1 mmol/l de baisse du LDL-C n'ont pas été incluses. Effectivement, cela suppose que le bénéfice est directement lié à la baisse du taux de cholestérol alors même que cette hypothèse est non vérifiée.

Les recommandations de l'ESC de 2019 (8) préconisent d'introduire une statine quel que soit le risque du patient à partir du moment où le taux de LDL-C est supérieur à 1,9g/l chez les patients de plus de 40 ans.

Les recommandations de l'ESC de 2019 sur la prescription d'une statine en prévention primaire ne semblent ainsi pas peser énormément dans le choix des médecins généralistes qui ne prescrivent globalement que rarement une statine dans ce contexte-là.

Il semble important de rappeler l'importance de l'arrêt du tabac, de la pratique d'une activité physique régulière, de la perte de poids en cas d'obésité, d'une alimentation méditerranéenne et du traitement de l'hypertension artérielle afin de diminuer le risque cardiovasculaire d'un patient.

d. [Prise en compte des préférences et valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires et importance de la décision partagée](#)

Les préférences et valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires prennent une place importante dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine puisque 88,4% des médecins de notre étude consultaient leurs patients sur ce thème de manière systématique ou régulière. Afin d'obtenir l'adhésion d'un patient à un traitement, il semble primordial de prendre en compte ses préférences ; c'est le cœur de la décision partagée. Cette décision partagée est également évoquée comme raison de prescription d'exams complémentaires.

La prise quotidienne d'un médicament dit « préventif » peut poser problème au patient puisque celui-ci se sent en bonne santé (19). Il peut alors percevoir le traitement comme non nécessaire d'autant plus lorsque le bénéfice est incertain ou qu'il existe des effets secondaires ; ce qui serait le cas avec les statines.

Exercer suggère de présenter ces bénéfices en valeur absolue plutôt que relative(20). Le risque relatif paraît plus impressionnant mais n'est interprétable que si l'on connaît le risque de base. Pour une diminution relative de 50%, cela peut correspondre à un risque de 0,4% diminué à 0,2% (soit une différence en valeur absolue de 0,2%) comme à un risque de 50% diminué à 25% (soit une différence en valeur absolue de 25%). Ainsi pour un même risque relatif, nous n'avons pas du tout

les mêmes enjeux pour le patient. Un patient qui accepte de prendre un médicament tous les jours pour diminuer son risque de faire un évènement de 25% ne l'acceptera peut-être pas pour diminuer son risque de faire un évènement de 0,2%. Par exemple, la prescription d'une statine en prévention primaire diminue de 0,4% le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de 0,8% d'infarctus du myocarde (IDM) en valeur absolue ; soit respectivement 30 et 35% en valeur relative(7).

C'est dans le cadre de la décision partagée que la fédération *Mayo Clinic* a sorti un outil pour l'aide à la prescription ou non d'une statine en évaluant le nombre d'IDM évités sous traitement par statine en fonction du risque cardiovasculaire initial du patient (21). Le risque cardiovasculaire initial prend en compte : l'âge, le sexe, le tabagisme, la présence d'un diabète, la présence d'une histoire familiale cardiaque avant 60 ans, la tension artérielle systolique, les taux de LDL-C, HDL-C et de triglycérides. Il permet d'exposer les bénéfices mais aussi les risques d'un traitement par statines et aide ainsi le médecin à exposer une information claire à son patient afin de l'aider dans sa prise de décision. Il existe une version en français de cet outil mais il est basé sur le score PROCAM qui est adapté pour la Suisse. Toutefois, la Suisse reste un pays considéré à bas risque cardiovasculaire comme la France(22).

e. Évaluation du risque cardiovasculaire

Afin d'évaluer le risque cardiovasculaire de leurs patients, 99,4% des médecins de notre étude prenaient en compte les facteurs de risque cardiovasculaire habituels de manière systématique ou régulière. Nous n'avons pas pu montrer de différence significative dans les différents sous-groupes.

Par facteurs de risque cardiovasculaire habituels nous entendons : les hommes âgés de 50 ans et plus, les femmes âgées de 60 ans et plus, le tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, un taux de LDL-C > 1,60g/l, l'existence d'un diabète, un taux de HDL-C < 0,4g/l, des antécédents familiaux cardiovasculaires chez un parent au premier degré (homme de moins de 55 ans ou femme de moins de 65 ans).

Dans notre étude, la présence d'antécédents familiaux cardiovasculaires ou d'une hypercholestérolémie familiale incitaient les médecins généralistes à prescrire une statine, respectivement, dans 88,7% et 66,4% des cas. L'avancée en âge des patients incitait les médecins généralistes à prescrire une statine ; ce qui est concordant avec une augmentation du risque cardiovasculaire avec l'âge. Par ailleurs, le sexe féminin incitait 4,5% des médecins seulement à prescrire une statine tandis que le sexe masculin en incitait 46,2%. On constate une très nette sous-estimation du risque cardiovasculaire de la femme. En effet, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité féminine(23) ; le nombre d'IDM chez les femmes de moins de 50 ans a été multiplié par trois ces 15 dernières années. Cela est lié au mode de vie féminin qui a évolué avec une hausse du tabagisme, une mauvaise alimentation, le stress et un manque d'activité physique.

La prise en compte de ces différents facteurs de risque et le sens clinique du médecin généraliste restent primordiaux dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. En effet, il n'y a aucune étude qui a permis de montrer que l'utilisation d'une échelle de risque diminuait la morbidité cardiovasculaire(24).

Prenons l'exemple de l'échelle SCORE, créée en 2003 et basée sur un modèle européen. Elle permet d'évaluer le risque à 10 ans de décès de cause cardiovasculaire en fonction de l'âge, du sexe, du tabagisme et du taux de cholestérol total. Elle permet de définir 4 niveaux de risque : risque faible (<3%), risque modéré (3-4%), haut risque (5-9%) ou très haut risque (>10%) chez les patients de 40 à 65 ans. A noter que ce score n'est pas utilisable lorsqu'il existe une maladie cardiovasculaire documentée, un diabète, une maladie rénale chronique ou une dyslipidémie familiale. De plus, ce score ne tient pas compte de l'obésité, de la précarité socio-économique, du syndrome métabolique et des antécédents cardiovasculaires familiaux précoces, qui constituent de réels facteurs de risque cardiovasculaire(25). Enfin, l'échelle SCORE a tendance à surévaluer le risque cardiovasculaire chez les personnes à bas risque et à sous-estimer le risque cardiovasculaire chez les personnes à risque intermédiaire ou élevé selon une étude du *European Journal of Preventive Cardiology* parue en 2020(22). 25% des gens développant une pathologie cardiovasculaire ne seraient pas identifiés à haut risque.

Dans notre étude, l'échelle SCORE reste un outil très utilisé puisque 67,5% des médecins interrogés déclaraient y avoir recours de manière systématique ou régulière. Malgré les limites évoquées plus haut, elle constituait un outil afin d'échanger avec le patient dans le contexte de la décision partagée ; elle constituait également un outil d'aide à la décision de prescription ou de non prescription d'une statine. Cela permet au patient de prendre conscience de son niveau de risque cardiovasculaire.

Les analyses en sous-groupe ont permis de mettre en évidence que les médecins âgés de moins de 55 ans utilisaient plus fréquemment l'échelle SCORE. Cette échelle reste relativement récente ; ce qui peut expliquer que ce soit les médecins plus jeunes qui l'utilisent. Les médecins généralistes exerçant depuis 10 à 20 ans sont ceux qui utilisent le plus l'échelle SCORE ($p<0,05$). Les médecins participant régulièrement à des FMC y ont également recours plus fréquemment ($p<0,05$) ; les FMC sont effectivement l'occasion de discuter des dernières recommandations. De plus, la prévention et donc l'évaluation du risque cardiovasculaire sont au cœur de la pratique des médecins généralistes ; ce qui explique que les FMC traitent ce sujet.

L'évaluation du risque cardiovasculaire est donc primordiale en soins primaires et représente un réel enjeu de santé publique puisque les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France. Du fait des insuffisances des échelles de risque, il est nécessaire de trouver d'autres outils, comme les examens complémentaires, afin d'évaluer au mieux le risque cardiovasculaire du patient(26).

f. Prescription d'examens complémentaires dans l'aide à la prise de décision

Dans notre étude, le recours à des examens complémentaires dans l'aide à la décision de prescrire ou de ne pas prescrire une statine était relativement fréquent puisque 54,1% des médecins interrogés y avait recours systématiquement ou régulièrement ; soit un petit peu plus d'un médecin sur deux. Il s'agit d'un chiffre assez important puisque leur utilisation est préconisée seulement depuis les recommandations de l'ESC de 2019. A contrario, la prescription de statines en prévention primaire reste rare dans notre étude. L'examen le plus utilisé était l'EDTSA ;

29,9% des médecins interrogés y avaient recours régulièrement. Un EDMI était prescrit régulièrement par 19,2% des médecins. Le recours à l'utilisation du CAC ou du dosage de l'apolipoprotéine B étaient plus anecdotique.

Les analyses croisées ont mis en évidence que les médecins qui exerçaient en cabinet seul avaient plus fréquemment recours à des examens complémentaires que les médecins exerçant en cabinet de groupe ou en MSP de façon significative ($p < 0,05$). Les médecins de plus de 55 ans prescrivaient plus régulièrement des examens complémentaires ($p < 0,05$). Les médecins exerçant depuis 5 à 10 ans et ceux exerçant depuis plus de 20 ans en prescrivaient plus que ceux exerçant depuis moins de 5 ans et ceux exerçant depuis 10 à 20 ans ($p < 0,05$).

Les examens les plus étudiés à ce jour sont le CAC et l'EDTSA (avec la mesure de l'épaisseur intima-media et la détection de plaques carotidiennes). L'objectif de ses examens est de mettre en évidence de l'athérosclérose infraclinique(27) qui précède souvent de plusieurs années les accidents cardiovasculaires. Il s'agit de déterminants du risque cardiovasculaire indépendants des autres facteurs de risque cardiovasculaire, comme l'ont montré de nombreuses études (28–30). Ces marqueurs sont donc intéressants pour affiner le risque cardiovasculaire du patient.

Nous pouvons ainsi émettre trois hypothèses sur les raisons de la réalisation d'examens complémentaires dans le cadre de l'aide à la prescription ou à la non prescription d'une statine : un affinement du risque cardiovasculaire du patient, une aide dans le contexte de la décision partagée et une aide à la gestion de l'incertitude.

La première hypothèse est donc que la réalisation d'examens complémentaires permettrait un affinement du risque cardiovasculaire. En effet, l'ESC préconise leur réalisation (indifféremment EDTSA, EDMI ou CAC) afin d'obtenir une meilleure évaluation du risque cardiovasculaire, notamment chez les patients à risque faible ou modéré (8). A noter, qu'aucun de ces 3 examens n'est plus recommandé qu'un autre. Comme dit précédemment, ces examens permettent de mettre en évidence de l'athérosclérose infra-clinique. L'objectif est ainsi d'individualiser le risque afin d'identifier au mieux les patients chez qui les statines vont être bénéfiques. Il est nécessaire d'identifier les patients à très haut risque qui relèvent d'une prise en charge plus proche de la prévention secondaire.

La seconde hypothèse est que les examens complémentaires constituent une aide à la décision partagée. Cette indication est d'ailleurs évoquée par les recommandations dans le contexte d'échec des mesures hygiéno-diététiques afin d'initier une discussion avec le patient et d'envisager ou non un traitement hypolipémiant(8). L'objectif est d'expliciter au patient son risque cardiovasculaire de la façon la plus précise possible afin d'améliorer potentiellement son adhérence au traitement si nécessaire ainsi que de le motiver à modifier ses habitudes de vie. Il est important que le patient soit acteur de la décision de prendre un traitement ou non pour une meilleure observance.

Enfin, notre troisième hypothèse à savoir l'aide à la gestion de l'incertitude n'était pas évoquée par les médecins interrogés. Dans un de ses ouvrages, la sociologue Géraldine Bloy évoque cette incertitude qui est constitutive de l'exercice de la médecine générale(31). L'incertitude est également inhérente à la prévention

puisqu'il est impossible de prédire exactement la trajectoire d'une maladie qui est à ce stade totalement « silencieuse » (32). La prescription d'examens complémentaires serait un moyen de pallier cette incertitude. De même, elle évoque le travail en cabinet de groupe ou encore la participation à des groupes de pairs comme moyen pour gérer l'incertitude. Dans notre étude, effectivement, les médecins qui exerçaient en cabinet seul avaient plus fréquemment recours à des examens complémentaires que les médecins exerçant en cabinet de groupe ou en MSP de façon significative ($p < 0,05$). Nous aurions pu penser que les médecins exerçant depuis moins longtemps auraient plus eu recours à des examens complémentaires du fait d'une expérience moins importante et donc d'une plus grande difficulté à gérer cette incertitude mais tel n'était pas le cas dans notre étude.

Nous n'avons pas trouvé d'article pouvant expliquer le fait que les médecins ayant une expérience en médecine générale de plus de 20 ans ou de 5 à 10 ans prescrivaient plus régulièrement des examens complémentaires que les médecins ayant une expérience inférieure à 5 ans ou de 10 à 20 ans de façon significative ($p < 0,05$). Nous avons trouvé le même résultat pour la prescription d'un EDTSA.

Écho-doppler des troncs supra-aortiques

L'EDTSA restait l'examen le plus régulièrement prescrit dans notre étude. La détection de plaques carotidiennes permet de reclassifier le patient, mais de façon moins forte que le score calcique (28). Cet examen a l'avantage d'être plus disponible et non irradiant contrairement au score calcique.

Nous n'avons trouvé aucune étude qui montrait un impact de sa réalisation sur la morbidité cardiovasculaire. Une étude suisse a montré qu'il n'y avait pas d'impact du dépistage des plaques d'athérosclérose sur l'arrêt du tabac (33)

Les médecins participant régulièrement à des FMC prescrivaient plus régulièrement un EDTSA que ceux n'y participant pas régulièrement de façon significative ($p < 0,05$). La prévention cardiovasculaire est en effet un sujet au cœur des soins primaires et donc des FMC.

La première raison évoquée pour sa réalisation était la présence d'une clinique évocatrice comme notamment la présence d'un souffle carotidien (22,9% des médecins). Nous sommes donc déjà probablement en dehors de la prévention primaire.

La présence de facteurs de risque cardiovasculaire associés (22,3% des médecins) ou l'existence d'antécédents familiaux cardiovasculaires (9,6% des médecins), le tabagisme (8,6% des médecins), le diabète (3,8% des médecins) ou encore l'évaluation du risque cardiovasculaire (2,1% des médecins) étaient également évoqués. Nous nous trouvons alors dans ce contexte d'affinement du risque cardiovasculaire du patient ; comme évoqué par les recommandations ESC(8).

La décision partagée était évoquée dans 4,8% des cas seulement.

Écho-doppler artériel des membres inférieurs

Un EDMI était régulièrement demandé par 19,2% des médecins interrogés ; ce qui en fait le deuxième examen le plus demandé par les médecins de notre étude afin de les aider dans leur décision de prescription d'une statine. Peu d'études sont disponibles concernant son utilisation ; il se peut qu'il soit utilisé par extrapolation des résultats des études sur l'EDTSA. Comme celui-ci, il présente l'avantage d'être facilement disponible et de ne pas être irradiant contrairement au score calcique. Nous n'avons trouvé aucune étude qui montrait un impact de sa réalisation sur la morbidité cardiovasculaire.

30,8 % des médecins le demandaient devant une clinique évocatrice (absence de pouls pédieux perçus, douleurs des membres inférieurs à la marche). Nous sommes déjà probablement en dehors du contexte de la prévention primaire.

Étaient également évoqués la présence de facteurs de risque cardiovasculaire (16,4% des médecins), le tabagisme (12% des médecins) et le diabète (3,8% des médecins). Nous nous trouvons alors dans ce contexte d'affinement du risque cardiovasculaire du patient ; comme évoqué par les recommandations ESC(8).

La décision partagée était évoquée dans 1,7% des cas seulement.

Score calcique

Le score calcique était utilisé de manière très anecdotique puisque seulement 1% des médecins interrogés y avaient recours régulièrement et aucun médecin ne l'utilisait de manière systématique. La principale raison évoquée était l'avis d'un spécialiste (12 % des médecins interrogés)

Le score calcique reste l'examen complémentaire qui présente le meilleur score de reclassification (34). Son utilisation est recommandée par l'ESC chez les patients à risque cardiovasculaire faible ou modéré (8). Les données sont jusqu'à présent principalement basées sur la cohorte *MESA* issue de la population américaine.

Une étude allemande, publiée en 2020, a montré que l'utilisation du CAC chez 16000 patients indemnes de pathologie coronaire aurait pu éviter la prescription de statines chez 60% des hommes âgés de 50 à 59 ans et chez 80% des femmes du même âge. A l'inverse, la réalisation du CAC montrait qu'il aurait fallu prescrire une statine chez deux tiers des hommes de plus de 60 ans et chez un tiers des femmes du même âge (35). À l'heure où l'utilisation des statines reste controversée en prévention primaire, le CAC permettrait donc aussi d'éviter des prescriptions de statine jugées inutiles.

Une revue systématique a permis de mettre en évidence que la réalisation du CAC permettrait d'améliorer l'adhérence au traitement et la motivation des patients pour modifier leur hygiène de vie(36). Toutefois, cette revue est basée sur uniquement 3 essais randomisés.

Cependant, seul un essai clinique comparant le dépistage de plaques d'athérosclérose par réalisation du score calcique versus absence de dépistage par

score calcique sur la survenue d'évènement cardiovasculaire permettrait de répondre à la question du bénéfice du dépistage(28).

Dosage de l'apolipoprotéine B

L'apolipoprotéine B était dosée de manière anecdotique dans notre étude puisque seulement 1% des médecins interrogés la dosaient systématiquement et seulement 2,4% la dosaient régulièrement.

L'apolipoprotéine B est considérée comme le meilleur marqueur de l'exposition individuelle aux lipoprotéines à risque d'athérosclérose(8). En effet, toutes les particules athérogènes contiennent une molécule d'apolipoprotéine B. Ainsi, la concentration d'apolipoprotéine B est considérée comme une mesure directe du nombre total de lipoprotéines athérogènes circulantes. Par ailleurs, la concentration en particules de LDL athérogènes circulantes n'est pas toujours bien reflétée par la mesure du LDL-C notamment en cas de d'hypertriglycéridémie, de diabète ou d'insulinorésistance ou en encore en cas d'obésité abdominale(37). C'est pourquoi, il est recommandé de doser l'apolipoprotéine B dans ces circonstances ainsi qu'en cas de LDL-C très bas(8).

L'hypertriglycéridémie était évoquée comme raison de prescription par 7,2% des médecins interrogés. A noter que la formule de Friedwald n'est effectivement pas utilisable pour le calcul du LDL-C lorsque les triglycérides sont supérieurs à 3,4g/l.

Il est important de noter que le seuil de l'apolipoprotéine B a été défini de manière arbitraire. Il est donc nécessaire de valider ce seuil avant de pouvoir réellement l'utiliser en pratique(37).

V. Conclusion

La prévention est au cœur de l'exercice du médecin généraliste. La prévention des maladies cardiovasculaires l'est d'autant plus qu'elles représentent la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de mortalité féminine. Il s'agit donc là d'un réel enjeu de santé publique.

L'évaluation du risque cardiovasculaire des patients est ainsi primordiale. Du fait des insuffisances connues des échelles de risque cardiovasculaire existantes, il est nécessaire de trouver d'autres outils tels que des examens complémentaires par exemple. Effectivement, 25% des personnes développant une maladie cardiovasculaire ne seraient pas identifiés à haut risque par l'échelle SCORE.

Les examens complémentaires tels que le score calcique ou encore l'EDTSA permettent un affinement du risque cardiovasculaire. L'objectif est d'identifier les patients à très haut risque cardiovasculaire chez qui les statines présentent le plus d'intérêt(38). L'examen permettant la meilleure reclassification est le score calcique mais l'EDTSA et l'EDMI ont l'avantage d'être plus disponibles et non irradiants.

Les examens complémentaires sont également un outil pour l'aide à la décision partagée dans le cadre de la décision de prescription ou non prescription d'une statine. Alors que la médecine est de moins en moins paternaliste, le patient doit être acteur de la décision afin d'obtenir une meilleure adhésion à la prise en charge qu'elle soit médicamenteuse ou non.

Enfin, les examens complémentaires sont, de manière inconsciente, un moyen de gérer l'incertitude, inhérente à l'exercice de la médecine générale, d'autant plus en prévention. Pour autant, ces examens doivent s'inscrire dans une réelle démarche diagnostique et thérapeutique et ne doivent pas être prescrits pour remplacer la démarche clinique qui reste essentielle.

Ainsi, le sens clinique du médecin généraliste pour l'évaluation du risque cardiovasculaire reste primordial et il ne peut être substitué par des échelles de risque ou des examens complémentaires. Ces derniers doivent être utilisés à bon escient et en accord avec le patient. De plus, des études sur l'impact de ces différents examens complémentaires sur la morbidité cardiovasculaire en prévention primaire sont nécessaires pour justifier leur utilisation en pratique courante. Nous pouvons imaginer un dépistage organisé à l'image de celui organisé pour certains cancers, qui représentent la première cause de mortalité en France.

A l'heure de la médecine individualisée, différents biomarqueurs sanguins font leur apparition. L'objectif est d'identifier les patients susceptibles d'avoir la réponse thérapeutique la plus efficace sous statines et avec le moins d'effets secondaires possibles. Du fait de l'utilisation très critiquée des statines en prévention primaire, il s'agit là d'une véritable révolution mais le chemin est encore long avant de pouvoir utiliser ces biomarqueurs en pratique courante. (39)

VI. Bibliographie

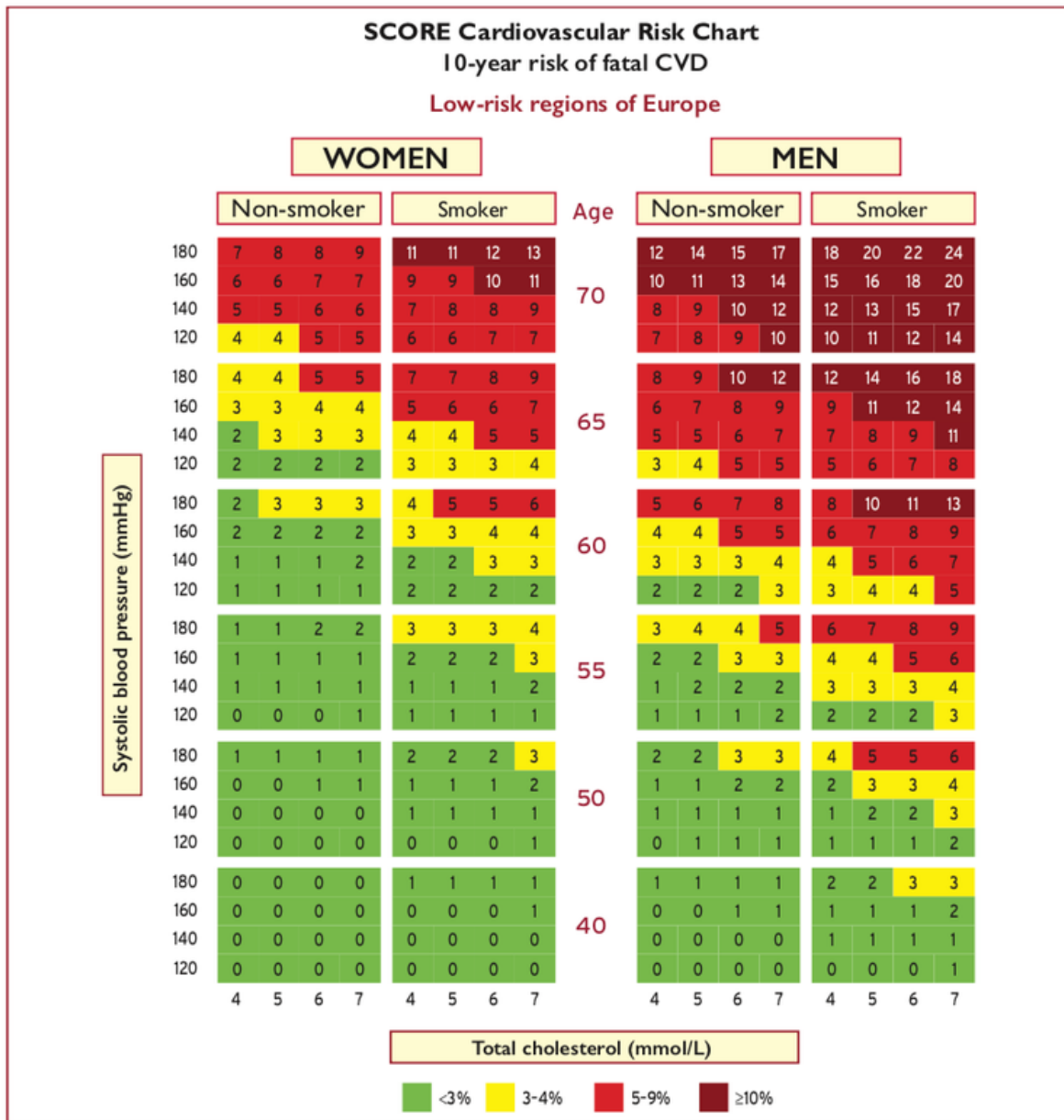
1. Carrillo Y. Une controverse scientifique : la prescription de statines dans les maladies cardiovasculaires. *Exercer*. 2015;(117):44-7.
2. Nau J-Y. L'affaire des statines pourrait être la première d'une longue série de nouvelles crises sanitaires [Internet]. *Slate.fr*. 2018 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/163670/fake-news-vrais-medicaments-retour-affaire-polemique-statines-cholesterol-risque-cardiovasculaire-crise-confiance>
3. Pr Even : « Les statines sont l'arnaque la plus réussie de l'industrie pharmaceutique » [Internet]. *Thierry Souccar Editions*. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.thierrysouccar.com/sante/info/pr-even-les-statines-sont-larnaque-la-plus-reussie-de-lindustrie-pharmaceutique-2979>
4. Jefferson T, Demasi M, Doshi P. Statins for primary prevention: what is the regulator's role? *BMJ Evid-Based Med*. 26 févr 2020;
5. Demasi M. Statin wars: have we been misled about the evidence? A narrative review. *Br J Sports Med*. 2018;52(14):905-9.
6. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation [Internet]. *Haute Autorité de Santé*. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-sa-recommandation
7. Prévention cardiovasculaire primaire par statine : beaucoup d'incertitudes à long terme [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/55020/0/NewsDetails.aspx>
8. 2019 ESC/EAS Guidelines on Dyslipidaemias. [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://esc365.escardio.org/Congress/ESC-CONGRESS-2019/2019-ESC-Guidelines-Overview/191070-2019-esc-eas-guidelines-on-dyslipidaemias>
9. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease [Internet]. *American College of Cardiology*. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2019/03/07/2019-acc-aha-guideline-on-primary-prevention-gl-prevention>
10. Pavlović J, Kavousi M, Ikram MA, Leening MJG. Updated treatment thresholds in the 2019 ESC/EAS dyslipidaemia guidelines substantially expand indications for statin use for primary prevention at population level: Results from the Rotterdam Study. *Atherosclerosis*. 29 févr 2020;
11. Assurance maladie. Personnes traitées par hypolipémiants (hors pathologies) en 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Traitements_antihypertenseurs_hors_pathologies_fiche_2017.pdf
12. InVS | BEH n°35-36 (18 septembre 2007). Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des causes de décès en France [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2007/35_36/index.htm
13. Rosenbaum D. Le score calcique en pratique. 2016;3.
14. Osawa K, Nakanishi R, Budoff M. Coronary Artery Calcification; report from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Glob Heart*. sept 2016;11(3):287-93.
15. Silverman MG, Blaha MJ, Krumholz HM, Budoff MJ, Blankstein R, Sibley CT, et al. Impact of coronary artery calcium on coronary heart disease events in individuals at the extremes of traditional risk factor burden: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Eur Heart J*. 1 sept 2014;35(33):2232-41.
16. Ference BA, Graham I, Tokgozoglul L, Catapano AL. Impact of Lipids on

- Cardiovascular Health: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*. 4 sept 2018;72(10):1141-56.
17. Tabas Ira, Williams Kevin Jon, Borén Jan. Subendothelial Lipoprotein Retention as the Initiating Process in Atherosclerosis. *Circulation*. 16 oct 2007;116(16):1832-44.
 18. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Médecins généralistes. Situation 2020 et évolution | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/demographie-des-medecins-en-pays-de-la-loire-medecins-generalistes-situation-2020-et>
 19. Albarqouni L, Doust J, Glasziou P. Patient preferences for cardiovascular preventive medication: a systematic review. *Heart Br Card Soc*. 2017;103(20):1578-86.
 20. Bousageon, R, Aubin-Augier I, Pouchain D. Cholestérol et prévention primaire : une révolution fondée sur les faits. *Exercer*. 2015;117(117):26-32.
 21. Statin Choice Decision Aid - Site [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr
 22. Beuret H, Hausler N, Nanchen D, Méan M, Marques-Vidal P, Vaucher J. Comparison of Swiss and European risk algorithms for cardiovascular prevention in Switzerland. *Eur J Prev Cardiol*. 23 févr 2020;2047487320906305.
 23. Les maladies cardio-vasculaires touchent aussi les femmes jeunes [Internet]. Fédération française de cardiologie. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: https://fedecardio.org/risque-chez-la-femme-jeune.html?utm_source=MYTF1&utm_medium=cpm&utm_content=30&utm_campaign=pre-jeunes
 24. Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, Roberts N, Ward AM, Heneghan CJ. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*. 1 mars 2017;7(3):e013650.
 25. Adham S, Miranda S, Doucet J, Lévesque H, Benhamou Y. Statines en prévention primaire des événements cardiovasculaires. *Rev Médecine Interne*. 1 janv 2018;39(1):42-9.
 26. Roberfroid D, Miguel L, Paulus D. Non-invasive markers of subclinical atherosclerosis for predicting a primary cardiovascular event: a rapid systematic review. 2015.
 27. Fitchett DH, Mancini GBJ, Gregoire J, Anderson T, McPherson R. Risk Stratification and Selection for Statin Therapy: Going Beyond Framingham. *Can J Cardiol*. 1 juin 2014;30(6):667-70.
 28. Netgen. Dépistage de l'athérosclérose pour prévenir le risque cardiovasculaire : un débat pro-contre [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-596/Depistage-de-l-atherosclerose-pour-prevenir-le-risque-cardiovasculaire-un-debat-pro-contre>
 29. Weber LA, Cheezum MK, Reese JM, Lane AB, Haley RD, Lutz MW, et al. Cardiovascular Imaging for the Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Events. *Curr Cardiovasc Imaging Rep*. 2015;8(9):36.
 30. Bots ML, Hoes AW, Koudstaal PJ, Hofman A, Grobbee DE. Common Carotid Intima-Media Thickness and Risk of Stroke and Myocardial Infarction. *Circulation*. 2 sept 1997;96(5):1432-7.
 31. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
 32. Cazal J, Génolini J-P. Prévenir le risque cardiovasculaire : le travail éducatif au cœur du dépistage. *Sci Soc Santé*. 26 juin 2013;Vol. 31(2):5-30.
 33. Rodondi N, Collet T-H, Nanchen D, Locatelli I, Depairon M, Aujesky D, et al. Impact of carotid plaque screening on smoking cessation and other cardiovascular risk factors: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 27 févr 2012;172(4):344-52.
 34. Utilité des marqueurs d'athérosclérose dans la prédiction du risque d'accident

- cardiovasculaire [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: [/fr/publication/report/utilit%C3%A9-des-marqueurs-d%E2%80%99ath%C3%A9roscl%C3%A9rose-dans-la-pr%C3%A9diction-du-risque-d%E2%80%99accident-ca](#)
35. Keller M, Silber S. Usefulness of the coronary artery calcium (CAC) score for statin prescription in primary prevention: results in over 16.000 assessments. *Eur Heart J* [Internet]. 1 nov 2020 [cité 19 mars 2021];41(Supplement_2). Disponible sur: https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/Supplement_2/ehaa946.2923/6004698
36. Mamudu HM, Paul TK, Veeranki SP, Budoff M. The effects of coronary artery calcium screening on behavioral modification, risk perception, and medication adherence among asymptomatic adults: a systematic review. *Atherosclerosis*. oct 2014;236(2):338-50.
37. Langlois MR, Chapman MJ, Cobbaert C, Mora S, Remaley AT, Ros E, et al. Quantifying Atherogenic Lipoproteins: Current and Future Challenges in the Era of Personalized Medicine and Very Low Concentrations of LDL Cholesterol. A Consensus Statement from EAS and EFLM. *Clin Chem*. 2018;64(7):1006-33.
38. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore THM, Burke M, Davey Smith G, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 janv 2013;(1):CD004816.
39. Réalités et perspectives de la médecine de précision. Diabète de type 2 et hypercholestérolémie | L'Institut Servier [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://institut-servier.com/fr/publications/r%C3%A9alit%C3%A9s-et-perspectives-de-la-m%C3%A9decine-de-pr%C3%A9cision-diab%C3%A8te-de-type-2-et>

ANNEXES

Annexe 1 – Échelle SCORE



Annexe 2 – Questionnaire adressé aux médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée

- 1- Êtes- vous : *Un homme / Une femme*
- 2- Quel âge avez-vous ? (*Réponse libre*)
- 3- Quel est votre statut ? *Médecin installé / Médecin remplaçant*
- 4- Quelle est votre durée d'exercice en médecine générale ? *Moins de 5 ans / 5 à 10 ans / 10 à 20 ans / Plus de 20 ans*
- 5- Dans quel département exercez-vous ? *Loire Atlantique (44) / Vendée (85)*
- 6- Quel est votre lieu d'exercice ? *Urbain / Rural*
- 7- Êtes-vous maitre de stage universitaire ? *Oui / Non*
- 8- Quel est votre mode d'exercice ? *Seul / Cabinet de groupe / Maison de santé pluri-professionnelle / Centre de santé (médecin salarié)*
- 9- Participez- vous régulièrement à des formations médicales continues (FMC) ? *Oui / Non*
- 10- Prescrivez-vous des statines en prévention primaire chez des patients âgés de 40 à 65 ans ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 11- Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, recherchez-vous les préférences et valeurs du patient sur la question de la prévention des maladies cardiovasculaires ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 12- Pour évaluer le risque cardiovasculaire d'un adulte de 40 à 65 ans en prévention primaire, prenez-vous en compte la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires habituels ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 13- Outre le taux de LDL-cholestérol élevé, parmi les éléments suivants, lesquels vous incitent à prescrire une statine en prévention primaire chez un patient âgé de 40 à 65 ans ? (*Plusieurs réponses possibles*) *Le sexe féminin / Le sexe masculin / La présence d'une hypercholestérolémie familiale connue sans antécédent familial cardiovasculaire / Des antécédents cardiovasculaires familiaux connus / Un âge compris entre 40 et 50 ans / Un âge compris entre 50 et 60 ans / Un âge compris entre 60 et 65 ans*
- 14- Pour évaluer le risque cardiovasculaire d'un patient de 40 à 65 ans en prévention primaire, utilisez-vous l'échelle SCORE ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*

- 15- Dans quels cas avez-vous recours à l'échelle SCORE pour vous aider dans votre décision de prescription ou non prescription d'une statine chez un adulte de 40 à 65 ans ? (*réponse libre*)
- 16-Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, prescrivez-vous un ou plusieurs examens complémentaires ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 17-Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, réalisez- vous un écho-doppler des troncs supra-aortiques ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 18-Dans quels cas réalisez-vous un écho-doppler des troncs supra-aortiques pour vous aider dans votre décision de prescription ou non prescription d'une statine chez un adulte de 40 à 65 ans ? (*Réponse libre*)
- 19-Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, réalisez- vous un écho-doppler des membres inférieurs ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 20-Dans quels cas réalisez-vous un écho-doppler des membres inférieurs pour vous aider dans votre décision de prescription ou non prescription d'une statine chez un adulte de 40 à 65 ans ? (*Réponse libre*)
- 21-Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, avez-vous recours au score calcique ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 22-Dans quels cas avez-vous recours au score calcique pour vous aider dans votre décision de prescription ou non prescription d'une statine chez un adulte de 40 à 65 ans ? (*Réponse libre*)
- 23-Afin de vous aider dans la décision de prescription ou de non prescription d'une statine en prévention primaire chez un patient de 40 à 65 ans, avez-vous recours au dosage de l'apolipoprotéine B ? *Toujours / Régulièrement / Rarement / Jamais*
- 24- Dans quels cas avez-vous recours au dosage de l'apolipoprotéine B pour vous aider dans votre décision de prescription ou non prescription d'une statine chez un adulte de 40 à 65 ans ? (*Réponse libre*)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur
Cédric RAT**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur
Cyrille VARTANIAN**

**Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur
Pascale JOLLIET**

NOM : CALIBRE

PRENOM : MARIE

Titre de Thèse : PLACE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'INSTAURATION OU NON D'UN TRAITEMENT PAR STATINES EN PREVENTION PRIMAIRE CHEZ LES PATIENTS DE 40 A 65 ANS EN LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDEE. ETUDE OBSERVATIONNELLE, QUANTITATIVE, DECLARATIVE, PAR ENQUETE.

RESUME

INTRODUCTION – En France, en 2017, 2 786 800 patients étaient sous traitement hypolipémiant dont 8% seulement étaient atteints d'une maladie cardiovasculaire.

OBJECTIF – L'objectif principal de cette étude était de déterminer la place que représentaient les examens complémentaires dans la pratique des médecins généralistes pour l'instauration ou non d'un traitement par statines en prévention primaire chez les patients de 40 à 65 ans en Loire-Atlantique et en Vendée.

MATERIEL ET METHODES – Il s'agissait d'une étude observationnelle, quantitative, déclarative par enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée.

RESULTATS – 292 médecins généralistes ont répondu à cette enquête. 63 médecins prescrivaient toujours un ou plusieurs examens complémentaires pour les aider dans leur décision de prescription d'une statine ; 95 en prescrivaient régulièrement ; soit 54,1% des médecins interrogés y avait recours systématiquement ou régulièrement. Les médecins âgés de plus de 55 ans, ceux exerçant depuis plus de 20 ans ou travaillant en cabinet seul en prescrivaient plus régulièrement. L'examen complémentaire le plus utilisé était l'EDTSA.

CONCLUSION – Nous pouvons faire 3 hypothèses pour l'intérêt des examens complémentaires dans l'aide à la décision de prescription d'une statine : l'aide à la décision partagée, l'affinement du risque cardiovasculaire et la gestion de l'incertitude. Toutefois, le sens clinique du médecin généraliste pour l'évaluation du risque cardiovasculaire reste primordial et il ne peut être substitué par des échelles de risque ou des examens complémentaires. Ces derniers doivent être utilisés à bon escient et en accord avec le patient.

MOTS-CLES

STATINES – PREVENTION PRIMAIRE – MEDECINE GENERALE – RISQUE CARDIOVASCULAIRE – EXAMENS COMPLEMENTAIRES