

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Prescription de statines en soins primaires par les médecins généralistes

Etude qualitative en Maine et Loire

HUMEAU Margaux

Née le 9 novembre 1998 à Beaupréau (49)

Sous la direction du Dr CHOPIN Matthieu

Membres du jury

Monsieur le Pr PY Thibault	Président
Monsieur le Dr CHOPIN Matthieu	Directeur
Monsieur le Dr SAIDI Karim	Membre

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée Humeau Margaux,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **20/06/2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée Humeau Margaux,
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports, thèses
d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Signé par l'étudiante à Angers le 20/06/2026

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 ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

(mise à jour 26/01/2026)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE		HYGIENE HOSPITALIERE
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
ASFAR Pierre	REANIMATION	LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
BELONCLE François	REANIMATION	LEBDAL Souhil	UROLOGIE
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BIGOT Pierre	UROLOGIE	LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	LEROLLE Nicolas	REANIMATION
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE	MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE/PHYSIOLOGIE	MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	MERCAT Alain	REANIMATION
COLIN Estelle	GENETIQUE	ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE, CYTOLOGIE	PAISANT Anita	RADIOLOGIE
COUTANT Régis	PATHOLOGIE	PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE
CUSTAUD Marc-Antoine	PEDIATRIE	PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHYSIOLOGIE	PELLIER Isabelle	PEDIATRIE
DE CASABIANCA Catherine	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DERBRE Séverine	MEDECINE GENERALE	PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ;
DESCAMPS Philippe	PHARMACOGNOSIE	PODEVIN Guillaume	MEDECINE VASCULAIRE
D'ESCATHA Alexis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	PROCACCIO Vincent	CHIRURGIE INFANTILE
DINOMAS Mickaël	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	PRUNIER Delphine	GENETIQUE
DOUILLET Delphine	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	PRUNIER Fabrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DUBEE Vincent	MEDECINE D'URGENCE	PY Thibaut	CARDIOLOGIE
DUCANCELLE Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE
DUVERGER Philippe	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;	REYNIER Pascal	MEDECINE GENERALE
EVEILLARD Matthieu	HYGIENE HOSPITALIERE	RIOU Jérémie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FAURE Sébastien	PEDOPSYCHIATRIE	RINEAU Emmanuel	BIOSTATISTIQUE
FOURNIER Henri-Dominique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	RIQUIN Elise	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
FOUQUET Olivier	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	RODIEN Patrice	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE
FURBER Alain	ANATOMIE	ROQUELAURE Yves	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
GAGNADOUX Frédéric	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
GOHIER Bénédicte	CARDIOLOGIE	ROUSSEAU Audrey	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
GUARDIOLA Philippe	PNEUMOLOGIE	ROUSSEAU Pascal	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GUILET David	PSYCHIATRIE D'ADULTES	ROUSSELET Marie-Christine	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	ROY Pierre-Marie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
JEANNIN Pascale	CHIMIE ANALYTIQUE	SAULNIER Patrick	MEDECINE D'URGENCE
JUDALET-ILLAND Ghislaine	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	SERAPHIN Denis	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
KAZOUR François	IMMUNOLOGIE	SCHMIDT Aline	CHIMIE ORGANIQUE
	MEDECINE GENERALE	SCHMITT Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
	PSYCHIATRIE		CHIRURGIE INFANTILE

TESSIER-CAZENEUVE
Christine
TRZEPIZUR Wojciech
UGO Valérie
URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE

PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

VENARA Aurélien
VENIER-JULIENNE Marie-
Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
PHARMACOTECHNIE

NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam

BAGLIN Isabelle
BASTIAT Guillaume
BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril
BELIZNA Cristina
BENALLEGUE Nail
BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien
BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoît
BRIS Céline

BRUGUIERE Antoine
CAPITAIN Olivier
CHABRUN Floris

CHAO DE LA BARCA Juan-
Manuel
CHOPIN Matthieu
CORVAISIER Mathieu
DEMAS Josselin
DESHAYES Caroline
FADEL Marc
FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
GHALI Maria
GUELFF Jessica
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François

HAMON Cédric
HELESBEUX Jean-Jacques
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
IMMUNOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE INTERNE
PEDIATRIE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHIMIE ANALYTIQUE
ORL
NEPHROLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
MEDECINE GENERALE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DE LA READAPTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
IMMUNOLOGIE
BIostatistiques, INFORMATIQUE
MEDICALE
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE
BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE

HINDRE François
JOUSSET-THULLIER Nathalie

JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim

LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise
LE ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume

MALLET Sabine
MAROT Agnès

MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD Sandrine
PAILHORIE Hélène
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne
PENCHAUD Anne-Laurence
PEUROS Matthieu
PIHET Marc
PIRAUX Arthur
POIROUX Laurent
RONY Louis

ROGER Emilie
SAVARY Camille
SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET Laurence

SUTEAU Valentine

TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
SANTE
PNEUMOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE
IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SOCIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION
THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin

ECER

HASAN Mahmoud

PRCE

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène

PAST-MAST

AUBRUCHET Hélène
BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie
CAVAILLON Pascal
CHAMPAGNE Romain

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

GALENIQUE

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
PHARMACIE INDUSTRIELLE
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION

DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

KAASSIS Mehdi
LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-GRANDIERE Lucia
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal
SAVARY Dominique
TORREGGIANI Massimo

PLP

CHIKH Yamina

AHU

ROBIN Julien

OFFICINE
MEDECINE INTENSIVE-
REANIMATION
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION
PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES INFECTIEUSES
NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE

ECONOMIE-GESTION

DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thibault Py, merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse.

A Monsieur le Docteur Matthieu Chopin, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour ton accompagnement, ta disponibilité et tes conseils.

A Monsieur le Docteur Karim Saïdi, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ta relation avec tes patients a été pour moi une source d'inspiration.

Je remercie tous les médecins généralistes ayant participé à mon travail de thèse, d'avoir pris le temps de me recevoir et d'avoir participé aux entretiens.

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales, à tous les maitres de stage avec qui j'ai pu travailler au cours de ces années d'externat et d'internat.

A mes parents, un grand merci pour votre soutien durant ces longues années. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A ma maman, merci de m'avoir poussé à me remettre en question sur mon avenir quand il a fallu faire des choix importants. Merci pour ta présence permanente. Tu m'as transmis ton empathie et ta sensibilité, parfois même un peu trop...

A mon papa, merci de m'avoir transmis ta combativité, même si pour cela j'ai dû apprendre à perdre un nombre incalculable de fois. Et merci de m'avoir transmis cette envie d'aller toujours au bout des choses et de donner le meilleur de soi-même.

A ma sœur Noem', la force tranquille et l'esprit artistique de la famille. Nos tempéraments différents se complètent et créent notre équilibre. Merci pour ta présence et ta façon de toujours voir le positif et profiter de chaque instant.

A mon frère Luc', on se ressemble beaucoup, on se comprend si facilement, même si nos caractères provoquent parfois quelques étincelles. Je sais que je peux compter sur toi (après 5 appels). Merci de ton soutien et pour ces journées de travail ensemble.

A Mamie et Papou, merci de m'avoir chéri et encouragé toutes ces années.

A mes beaux-parents, Sonia et Denis, à Maëwenn, merci pour votre accueil bienveillant au sein de votre famille. Merci pour votre présence et votre soutien pendant toutes ces années et pour tous ces moments partagés.

A ma famille, qui a une place très importante dans ma vie.

Aux Josettes, Popo, Nath, Alex, Toto, Cassou, Dodo, Elo, Nico, Cam, Marie, Cathy et Bastien. Merci d'être là depuis un bon bout de temps. Je suis heureuse d'avoir grandi à vos côtés. Merci d'être ma bouffée d'air frais loin de la médecine, je vous en suis reconnaissante. Les week-ends passés à vos côtés sont si précieux.

A la team LDF, Bibz, Brich, Dédé, Tidd, Milou et Ali. Merci pour votre soutien et votre présence au cours de ces belles années d'externat. Le voyage en Indonésie restera un souvenir mémorable.

A mes copains d'internat du Mans, Audrey, Mathilde, Agathe, Louise, Julie, Caro et Eliott. Merci à l'internat du Mans de nous avoir accueilli ce premier semestre et nous avoir permis de passer de si beaux moments ensemble, malgré son état quelque peu vétuste...

A Audrey, ma parisienne. Merci d'être venu découvrir cette campagne mancelle. Merci pour ta joie de vivre. Ton amitié m'est précieuse.

A Mathilde, merci pour ton sourire permanent. Ta bonne humeur à toute épreuve me fait chaud au cœur. Merci pour votre soutien.

A Agathe, merci d'être toi tout simplement.

REMERCIEMENTS

Aux Copintes, Alexis, Clémence, Laure, Margaux, Maxine, Quent'M, Quentin et Thibaut. Merci pour ces belles années d'internat.

A Maxine et Quentin, merci pour votre présence. J'apprécie nos moments passés ensemble.

A Flo, j'ai l'impression qu'on se connaît depuis tant d'années. Merci pour ton amitié sincère. Merci au basket, sans quoi nos chemins ne se seraient pas croisés.

A Gwendal, merci pour toutes ces années. Que ce soit la première année de médecine, l'externat ou l'internat, cette réussite est en partie grâce à toi. Merci pour ton amour et ton soutien à toute épreuve. J'ai hâte de commencer ce nouveau chapitre avec toi. Je t'aime.

Et comment ne pas mentionner Malo sans qui la maison serait beaucoup trop calme, (mieux rangée) et tellement moins agréable à vivre.

Merci à toutes les personnes que je n'ai pas pu citer mais qui m'ont soutenue au cours de ces années.

Liste des abréviations

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
CAT	Conduite à tenir
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DFG	Débit de filtration glomérulaire
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EI	Effet indésirable
ESC	Société européenne de cardiologie
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmière diplômée d'état
IDM	Infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
LDL	Low-density lipoproteins : lipoprotéines de basse densité
MG	Médecin généraliste
MSU	Maitre de stage universitaire
RCV	Risque cardiovasculaire
RHD	Règles hygiéno-diététiques
RNIPH	Recherche n'impliquant pas la personne humaine
SAFE	Stage ambulatoire femme enfant
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SFC	Société française de cardiologie

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Population
3. Recueil des données
4. Aspects éthiques et réglementaires

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants et des entretiens
2. Schéma explicatif
3. Appréciation globale des caractéristiques du patient
 - 3.1. Facteurs de risque cardiovasculaire
 - 3.2. Mode de vie
 - 3.3. Taux de cholestérol
4. Mise en place des règles hygiéno-diététiques
5. Déterminants à l'introduction d'une statine
 - 5.1. Contrôle biologique
 - 5.2. Evaluation du risque cardiovasculaire
 - 5.3. Examens complémentaires
 - 5.4. Préférence du patient
 - 5.5. Représentations du médecin généraliste
 - 5.5.1. Absence de caractère urgent
 - 5.5.2. Moteurs à la prescription
 - 5.5.3. Freins à la prescription
 - a) Les recommandations
 - b) Facteurs extrinsèques
 - c) Effets indésirables
6. Décision médicale partagée
7. Temporalité de l'introduction de statine
 - 7.1. Temps long
 - 7.2. Introduction plus précoce
 - 7.3. Absence d'introduction
8. Prescription d'une statine
 - 8.1. Objectifs
 - 8.2. Adaptation
9. Alternative

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Le résultat principal
2. Comparaison avec la littérature
3. Forces et limites de l'étude
 - 3.1. Forces
 - 3.2. Limites

4. Les perspectives

5. Conclusion

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Résumé :

Introduction : Les recommandations concernant la prescription de statines en prévention primaire sont discutables et parfois discordantes. Alors que l'utilisation d'un score pour évaluer le risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans est relativement admis, l'objectif de LDL à atteindre, toujours plus bas, induisant un nombre de patient à traiter toujours plus important, fait débat. L'objectif principal de cette thèse était de recueillir les déterminants à l'introduction d'une statine chez médecins généralistes, acteurs principaux de la prévention primaire.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, menés jusqu'à saturation des données entre octobre 2025 et mars 2026. L'étude a été conçue pour répondre au maximum de critères de qualité de la grille COREQ. L'analyse a été réalisée selon une approche par la théorisation ancrée.

Résultats : Au total, dix médecins généralistes ont été interrogés. Ils accordent une grande importance au mode de vie des patients et à leurs facteurs de risque. Ils décrivent une prise en charge personnalisée, sans urgence, où la décision médicale partagée occupe une place centrale. Celle-ci est influencée par les représentations du médecin et du patient. Les critères à l'introduction de statines sont multiples. La décision médicale peut être aiguillée par la réalisation d'examens complémentaires à la recherche de complications vasculaires.

Conclusion : Cette étude a montré l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes concernant l'introduction de statines en prévention primaire, conséquence de recommandations manquant de clarté et difficilement applicable. Elle est généralement l'aboutissement d'un long processus basé sur la décision médicale partagée.

Mots-clés : risque cardiovasculaire ; cardiovasculaire ; prévention primaire ; statine ; médecins généralistes

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Europe et dans le monde et la deuxième cause de mortalité en France [1] [2]. La société française de cardiologie (SFC) définit les facteurs de risque cardiovasculaire comme des éléments cliniques ou biologiques associés à une augmentation de risque de développer une maladie cardiovasculaire. On peut les répartir en 2 catégories : les facteurs non modifiables comme l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et les facteurs modifiables comme l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hypercholestérolémie dont le niveau élevé de LDL, le diabète, la sédentarité, le surpoids, l'obésité abdominale, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que l'insuffisance rénale chronique [3].

La prévention cardiovasculaire consiste à lutter contre ces facteurs de risque pour diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires. La prévention primaire vise à réduire l'incidence de d'une maladie en dépistant et contrôlant les facteurs de risque en amont de tout accident vasculaire.

Les règles hygiéno-diététiques constituent un préalable dans la prise en charge du risque cardiovasculaire [4] [5] [6]. Il est parfois justifié d'introduire une statine en complément. Ces dernières ont fait la preuve d'une diminution du risque cardiovasculaire d'environ 20% [7] [8]. Les recommandations autour de l'instauration de celles-ci en prévention primaire tendent à un objectif de LDL toujours plus bas et donc à un nombre de patient à traiter toujours plus important [9] [10] [11] [12]. L'hypothèse est basée sur le fait qu'une réduction de lipides diminuerait le développement de l'athérosclérose et donc les maladies cardiovasculaires [13][14][15][16][17].

Depuis 2014, le collège national des généralistes enseignants (CNGE) recommande d'utiliser un score afin de discuter de l'initiation de traitement [18][19]. Il est recommandé

d'instaurer ou de poursuivre un traitement par statine chez les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire. La cible de LDL est à adapter en fonction du risque cardiovasculaire, des comorbidités et de la tolérance du patient. N'ayant pas de recommandations supplémentaires du CNGE, la médecine générale s'inspire ce jour des recommandations de la société européenne de cardiologie (ESC).

En effet, l'ESC a publié des recommandations en 2021 : les outils SCORE2 et SCORE2-OP pour les plus de 70 ans [20]. Ils permettent d'évaluer le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire à 10 ans en prenant en compte l'âge, le sexe, la pression artérielle systolique, le statut tabagique, le taux de cholestérol total et le taux de HDL. Ils sont utilisés pour estimer un niveau de risque cardiovasculaire et ensuite établir un objectif de LDL à atteindre. Le risque évalué permet de catégoriser le patient en risque cardiovasculaire faible/modéré, élevé ou très élevé [21].

Pour les patients de 50 à 70 ans, un SCORE2 inférieur à 5% est considéré comme modéré, entre 5 et 10% élevé, et très élevé à partir de 10%. Pour un risque modéré, le LDL-cible est inférieur à 1 g/L, pour un risque élevé et très élevé, il est inférieur à 1 g/L dans un premier temps puis suivant le SCORE2, les comorbidités, la fragilité et les préférences du patient, il peut être intensifié et avoir un objectif de LDL inférieur à 0,70 g/L pour les risques élevés et enfin inférieur à 0.55 g/L pour les risques très élevés.

Cet outil d'évaluation présente cependant quelques inconvénients. Il ne prend en compte ni le poids, ni l'indice de masse corporelle (IMC), ni le mode de vie, ni la sédentarité, ni les antécédents familiaux. De plus, la stratégie d'intervention en fonction du LDL cible et de la catégorie de risque est très stricte et si nous suivons les recommandations, une grande partie de la population, en bonne santé apparente, nécessiterait un traitement par statine [22]. On peut s'interroger sur la pertinence de baisser le risque cardiovasculaire en fonction des différentes catégories de risque initial. Les patients à fort risque ont probablement un bénéfice

à diminuer leur risque mais chez les patients à risque faible ou modéré cela est plus discutable. Le nombre de sujet à traiter pour éviter un événement est très élevé pour les catégories de risque faible/intermédiaire. De plus, l'instauration d'un traitement par statine en prévention primaire peut avoir des effets indésirables alors que dans la majorité des cas, aucun événement cardiovasculaire ne se produira.

Par ailleurs, le risque cardio-vasculaire augmente naturellement avec l'âge, comme la plupart des pathologies. Cela nous amène aussi à s'interroger sur la médicalisation de la vieillesse.

L'introduction d'une statine de haute intensité jusqu'aux doses maximales tolérées pour atteindre des objectifs de LDL est basée sur le plus haut niveau de classe de recommandation, soit « I », et le plus haut niveau de preuve, soit « A ». Les recommandations de l'ESC concernant les objectifs finaux de LDL chez les moins de 70 ans à haut risque ou très haut risque en bonne santé apparente ont un faible niveau de preuve (IIAC) basé sur un consensus d'avis d'experts et/ou petites études, études rétrospectives ou registres. Pour que le niveau de preuve soit plus élevé, il faudrait réaliser des études randomisées et prospectives sur du long terme pour savoir s'il y a un réel effet bénéfique. La seule recommandation ayant le plus haut niveau de preuve sur l'introduction de statines en prévention primaire avec des cibles de LDL définies concerne les patients diabétiques de type 2, patients à haut ou à très haut risque.

L'abstention thérapeutique médicamenteuse par statine des patients à faible risque et risque intermédiaire (< 5% à 10 ans) semble relativement admise. En effet, pour la majorité de ces patients, l'ESC se prononce en faveur de ne pas introduire de traitement. Actuellement, la problématique réside dans le seuil de risque à 10 ans qui justifierai l'introduction d'un traitement. On sait que les diabétiques à haut risque et très haut risque doivent bénéficier d'une statine. Il est donc probable que les patients à très haut risque cardiovasculaire (> 10% à 10 ans) non diabétique relèvent d'un traitement. Cependant, l'indication thérapeutique des hauts risques (5-10% à 10 ans), elle, reste vague. De plus, la notion même de ce que l'on

considère haut ou très haut risque est subjective et l'appréciation du patient sur son propre niveau de risque est à prendre en considération.

Les médecins généralistes étant les principaux acteurs dans la prévention primaire du risque cardiovasculaire, il est intéressant de les interroger sur leur pratique et sur les critères déterminants pour introduire une statine en prévention primaire devant l'absence de recommandations claires avec un niveau de preuve élevé [23][24][25][26][27].

En février 2025, aucune nouvelle recommandation n'avait été publiée. Il faut attendre le début de l'année 2026 pour que les recommandations publiées par l'ESC en août 2025 commencent à être relayées et discutées [28]. Les résultats de cette étude pourront être comparés à ces dernières.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes en Maine-et-Loire qui a été conçue pour répondre au maximum de critères de qualité de la grille COREQ (annexe 1) [29]. Celle-ci visait à explorer une pratique, ce qui justifiait le recours à la méthode qualitative, plus adaptée pour recueillir des éléments subjectifs.

Mon travail avait pour objectif d'identifier les déterminants des médecins généralistes à l'introduction des statines en prévention primaire.

2. Population

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste installé exerçant dans le Maine-et-Loire. Le choix de ce secteur est justifié par le fait d'avoir réalisé mon internat à Angers et donc mes stages de médecine générale dans ses alentours.

J'ai débuté mon recrutement en sollicitant, par courriel ou par téléphone, mes anciens maîtres de stage universitaire puis élargi par effet « boule de neige ». Les critères de variations maximales étaient l'âge, le genre, la durée d'exercice, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), les formations annexes et l'accueil d'étudiants. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

3. Recueil des données

Avant l'entretien, une lettre d'information (annexe 2) et un formulaire de consentement (annexe 3) leur ont été transmis afin de leur présenter le sujet de recherche et expliquer les modalités d'enregistrement. Le recueil de données a été réalisé via des entretiens semi-dirigés qui ont été effectués par mes soins à partir d'un guide d'entretien (annexe 4). Sa conception

s'est appuyée sur la littérature existante ainsi que les hypothèses formulées. Celui-ci comprenait un cas clinique initiale afin d'amorcer l'échange puis explorait leur pratique concernant les statines en prévention primaire de manière générale. Le guide d'entretien a été testé au préalable et amélioré au fil des entretiens.

Les entretiens se sont déroulés d'octobre 2025 à mars 2026 dans les cabinets des médecins généralistes interrogés et ont duré entre 6 et 21 minutes. L'enregistrement des données est effectué via l'application « enregistreur vocal » d'un smartphone, après consentement écrit des participants. A l'issue de chaque entretien, un compte-rendu retraçant mes impressions a été rédigé dans le journal de bord.

Chaque entretien a été retranscrit intégralement et anonymisé. L'outil « transcrire » du logiciel Microsoft Word® a été utilisé. Chaque retranscription a fait l'objet d'une relecture attentive à partir de l'enregistrement audio afin de corriger les erreurs éventuelles. L'analyse des données était inspirée de la théorisation ancrée. J'ai réalisé le codage de chaque entretien à l'aide du logiciel Microsoft Excel® et élaboré les propriétés à partir des données avec l'aide de mon directeur de thèse en cas de doute. Grâce aux propriétés, j'ai pu extraire des catégories et élaborer un schéma explicatif. L'intelligence artificielle (IA) a été utilisée comme outil d'aide à la rédaction et la traduction.

4. Aspects éthiques et réglementaires

L'étude réalisée sur l'évaluation des pratiques professionnelles est considérée comme une recherche non impliquant la personne humaine (RNIPH), hors Loi Jardé. L'avis du comité de protection de personnes et du comité d'éthique n'ont donc pas été nécessaires.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants et des entretiens

J'ai réalisé 10 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire du 27 octobre 2025 au 3 mars 2026. Ces entretiens ont duré entre 6 et 21 minutes. La saturation des données semblait être atteinte au 8ème entretien.

L'échantillon de population étudié regroupe différentes tranches d'âges et différents lieux d'exercice. Parmi les participants, âgés de 34 à 64 ans avec un âge moyen de 43,2 ans, 7 étaient des femmes. Ils exercent tous en groupe. 3 considéraient leur milieu d'exercice comme urbain, 2 semi-rural, 4 rural et 1 entre rural et semi-rural. Sur les 10 médecins interrogés, 7 d'entre eux étaient des maitres de stage universitaire (MSU). Les caractéristiques des participants sont développées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I: Population de l'étude

Intervenant	Age (année)	Genre	Temps d'exercice	Milieu d'exercice	Accueil étudiants	Participation groupe de pairs	Durée entretiens
I1	34	F	3 ans et demi	Rural	Externe	Non	9min 34
I2	64	M	32 ans	Rural	Interne	FMC 1/mois	5min 53
I3	44	F	11 ans	Semi-rural	Interne en SAFE	1/mois	12 min 11
I4	41	M	13 ans	Rural/semi-rural	Externe	Groupe qualité	17 min 52
I5	37	F	8 ans	Rural	Interne prat niveau 1	FMC 1/mois	15 min 00
I6	35	F	7 ans et demi	Semi-rural	Interne niveau 2	Non	20 min 39
I7	35	F	8 ans	Rural	Non	Non	12 min 25
I8	39	F	12 ans et demi	Urbain	Non	Oui, 1/mois	15 min 35
I9	40	F	14 ans	Urbain	Interne SASPAS	Groupe de FMC 1/mois	16 min 17
I10	63	M	30 ans	Urbain	Non	Non	6 min 15

2. Schéma explicatif

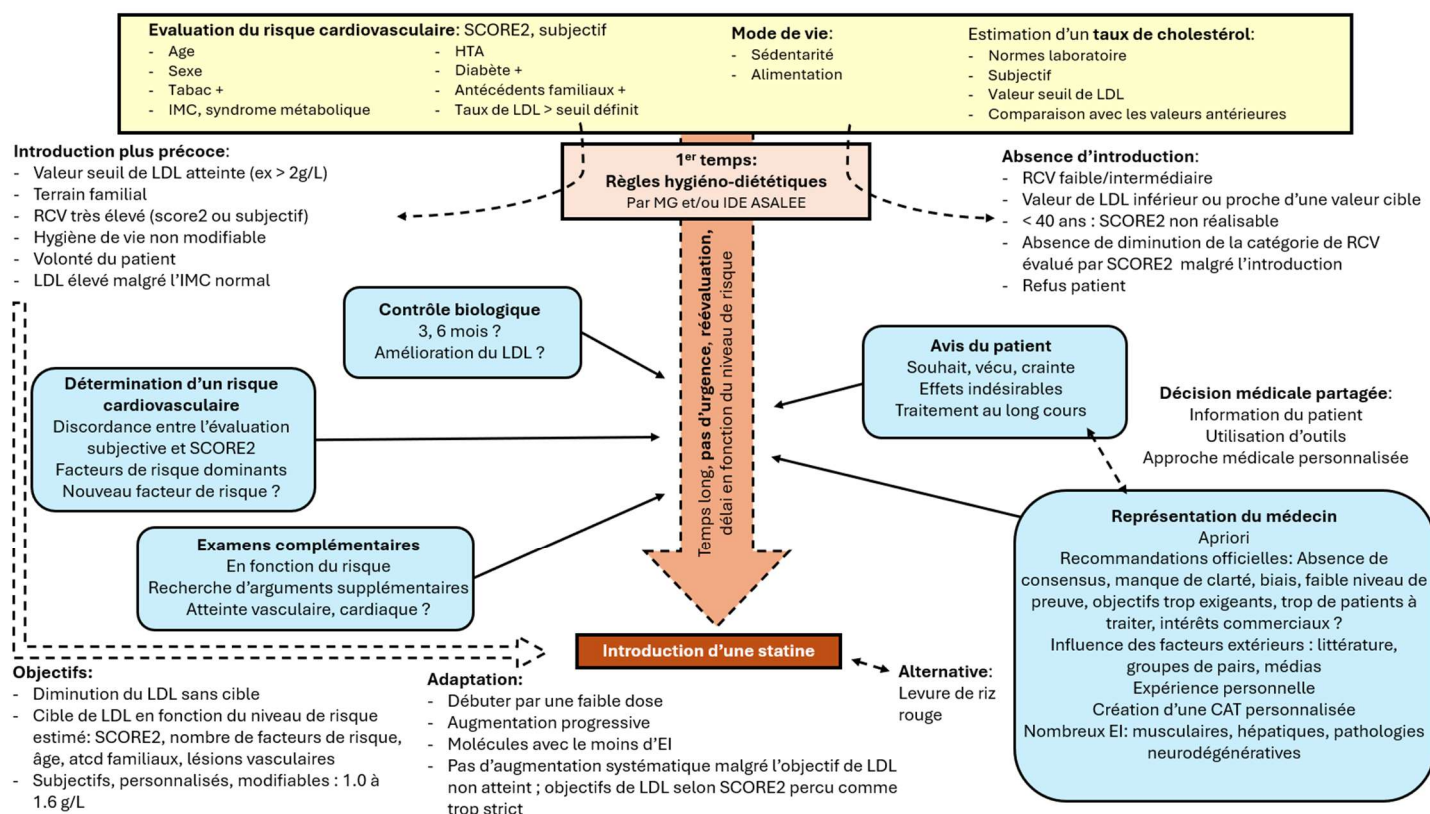


Figure 1: Schéma explicatif sur l'introduction d'une statine

3. Appréciation globale des caractéristiques du patient

3.1. Facteurs de risque cardiovasculaire

Dans la plupart des cas, les médecins généralistes réalisent dans un premier temps, un état des lieux des facteurs de risque cardiovasculaire du patient.

Ils prennent en compte des facteurs de risque non modifiables comme l'âge, le sexe, les antécédents familiaux ainsi que des facteurs de risque modifiables comme le statut tabagique, l'hypertension artérielle (HTA), l'IMC, le tour de taille à la recherche d'un syndrome métabolique, le diabète.

I4 : « En termes de facteurs de risque, effectivement, il y a son IMC avec un léger surpoids, ... une HTA »

I7 : « C'est sur son IMC, ses autres facteurs de risque, donc l'hypertension, le diabète, les antécédents familiaux, le tabac, et le fait d'être un homme »

I8 : « L'IMC il est au-dessus de 25, il est hypertendu. 13/8 c'est bon, pas de diabète, il ne fume pas »

I1 : « Dans l'idéal, une mesure du tour de taille abdominal pour l'évaluation du syndrome métabolique »

I3 : « IMC à 26, surpoids mais pas d'obésité... et puis pas de tabac.... Après c'est un homme... »

I8 : « Les accidents thromboemboliques, enfin les infarctus, les AVC, l'artériopathies des membres inférieurs, les dyslipidémies familiales »

Concernant l'âge, plusieurs normes sont évoquées par les médecins généralistes tandis que d'autres prennent en compte une majoration progressive du risque avec l'âge.

I4 : « Après c'est un homme de 63 ans du coup ça rentre en ligne de compte aussi »

I8 : « C'est un homme, 63 ans, c'est 65 ans le cut-off je crois ? Donc pas l'âge »

I6 : « De toute façon, l'année prochaine son score il aura augmenté puisqu'il aura vieilli »

Certains critères sont considérés comme majeurs, tels que les antécédents familiaux ou le diabète.

I3 : « On n'a pas ses antécédents familiaux. Je ne réagis pas pareil si je savais que dans la famille il y avait eu un antécédent de premier degré d'accident cardio-vasculaire, AVC ou infarctus »

I7 : « mais c'est vrai qu'il y en a qui me paraissent plus importants. Par exemple, diabète ou antécédents familiaux, ça me semble plus important que juste homme. Que le sexe, ouais »

3.2. Mode de vie

Le mode de vie est pris en compte dans l'évaluation du patient de même que les modifications qui peuvent être mise en place. Les habitudes alimentaires, l'activité physique, sportive et la sédentarité sont recherchées par le médecin.

I1 : « Je fais un petit peu le point sur son alimentation, ce qui a l'air quand même d'y avoir un peu un excès en cholestérol, en triglycérides »

I5 : « Il est plutôt bien et il est actif, il fait du vélo, il fait du sport. Il n'est pas sédentaire »

I7 : « Les 2 sorties de vélo par semaine, c'est très bien, faut qu'il les garde »

I8 : « Il ne fume pas et consommation d'alcool occasionnellement le week-end... Après ça dépend quelle dose il prend le week-end mais je pense que je ne mettrai pas l'alcool dans les facteurs de risque. Il est actif... »

3.3. Taux de cholestérol

Certains médecins vont évaluer le bilan lipidique et se faire une première idée subjective des valeurs de cholestérol, alors que d'autres vont considérer qu'il y a des seuils de cholestérol à ne pas dépasser. En fonction de sa valeur, le LDL peut être pris en compte comme facteur de risque cardiovasculaire.

I4 : « Après son cholestérol, là comme ça, il est sans doute un peu dans la norme haute je dirais, mais je n'ai pas les normes en tête »

I5 : « Moi je trouve que son bilan lipidique il est plutôt bien [...] Il a du bon cholestérol, le HDL est à 0,65, plus de 0,4 donc c'est plutôt bien, c'est protecteur. Le LDL est à 1,75, plutôt correct »

I3 : « Le cholestérol avec un LDL supérieur à 1,6 »

La comparaison des valeurs avec un bilan antérieur permet de suivre l'évolution.

I8 : « Alors je pense que j'aimerais bien avoir une bio ancienne pour voir la cinétique »

4. Mise en place des règles hygiéno-diététiques

La mise en place des règles hygiéno-diététiques a une place centrale dans la prévention primaire des événements cardiovasculaires. Les conseils donnés sont adaptés à chaque patient.

I7 : « Je commence toujours par les règles hygiéno-diététiques »

I1 : « Dans un premier temps, de toute façon, règles hygiéno-diététiques »

I2 : « Je lui conseille de faire un régime. Je lui réexplique des conseils de base »

I7 : « Dans un premier temps, on va refaire le point sur les règles hygiéno-diététiques pour voir s'il a des choses à améliorer ou pas. Est-ce que lui, il a envie de faire ou pas ? Est-ce qu'il se sent de le faire ? »

I8 : « Alors en premier lieu, je lui parle des règles hygiéno-diététiques. Ça je pense que j'insiste même lourdement. Alors lui il fait déjà du vélo mais comment il mange, enfin... la diète quoi, ... qu'il mange plus sainement »

I9 : « Ben je commence par, enfin de toute façon, je commence par les règles hygiéno-diététiques. Donc lui parler d'essayer de modifier des choses dans l'alimentation, de limiter tout ce qui est d'origine animale et d'augmenter tout ce qui est d'origine végétale et poissons. Et puis après je cite les trucs pour bien préciser. Et puis j'essaie de quantifier en fait, notamment le fromage, le beurre, les trucs comme ça. Et puis là, il a un IMC à 26, donc essayer de l'inciter à perdre un petit peu de poids »

Certains médecins utilisent des supports écrits, d'autres réorientent vers un autre professionnel de santé. Le patient est adressé à l'infirmier(e) ASALEE pour la réévaluation plus approfondie et le suivi de la mise en place des règles hygiéno-diététiques.

I3 : « Et ben on discute, on discute de l'hygiène de vie, du risque potentiel avec ce LDL qui est au-delà des normes et... je refais le point avec mon infirmier ASALEE, donc je l'oriente pour

une consultation d'information et de dépistage, ... enfin de dépistage de l'hygiène de vie, de ce qu'il mange, de comment il pratique son activité sportive, de tout ça »

I3 : « J'attends qu'il voie au moins 2 fois l'infirmier ASALEE voir s'il y a des modifications de l'hygiène de vie à apporter »

I4 : « On sait qu'il fait déjà une activité physique, donc à voir s'il y a d'autres choses éventuellement sur lesquelles on peut jouer sur le niveau alimentaire, ce qui est envisageable. Donc dans ce cadre-là, moi j'aurai tendance à adresser à notre infirmier ASALEE »

I6 : « Tout ceux qui sortent en rouge sur la prise de sang, ils vont avoir les conseils hygiéno-diététiques là que je sors sur Nutriclic® et puis ils vont avoir une proposition de voir l'infirmière ASALEE »

I7 : « On a une infirmière d'éducation thérapeutique dans le cadre d'ASALEE donc je lui proposerai de voir notre infirmière pour refaire le point plus précisément, pour l'aider peut-être aussi à augmenter son activité physique et à avoir une alimentation plus équilibrée, enfin voir ce qu'il peut modifier pour que ça baisse »

I5 : « Je peux conseiller d'aller voir une diététicienne, oui. Mais ce n'est pas remboursé donc...c'est difficile »

Cependant, la mise en place des règles hygiéno-diététiques n'est pas perçue comme suffisante pour diminuer le risque cardiovasculaire évalué par l'outil SCORE.

I6 : « C'est rare que, tu vois, le gars qui boit occasionnellement, qui ne fume pas, qui fait deux sorties de vélo par semaine, qui est actif, c'est très rare qu'il mange tellement mal que la grosse modification des RHD soit suffisante pour le faire baisser assez en risque »

I6 : « Franchement, souvent ce sont des gens qui font vraiment n'importe quoi qui arrivent à bien baisser leur score en faisant des règles hygiéno-diététiques »

5. Déterminants à l'introduction d'une statine

Après la mise en place des règles hygiéno-diététiques, plusieurs facteurs influencent la décision d'introduire une statine en prévention primaire.

5.1. Contrôle biologique

Le contrôle biologique permet de revoir le patient et d'évaluer l'évolution du bilan lipidique après la mise en place des règles hygiéno-diététiques possibles. Le délai de réévaluation est variable en fonction du médecin et varie entre 3 et 6 mois. Celui-ci peut être identique pour chaque patient ou adapté en fonction de l'inquiétude du médecin ou de la catégorie de risque dans laquelle il classe le patient, que ce soit subjectif ou à l'aide d'un outil.

I1 : « Dans un premier temps, de toute façon, règles hygiéno-diététiques et puis quand même un contrôle de la bio au bout de 3 mois »

I2 : « Je lui propose un bilan biologique dans 3 mois »

I9 : « Et puis de refaire, de reconstrôler le bilan lipidique dans 3 mois »

I3 : « J'attends de... on se laisse du temps... oui moi je me laisse du temps. J'attends qu'il voie au moins 2 fois l'infirmier ASALEE voir s'il y a des modifications de l'hygiène de vie à apporter [...] 6 mois »

I7 : « Et je referai un contrôle dans 3 à 6 mois parce que pour moi, il n'y a rien d'urgent non plus »

5.2. Evaluation du risque cardiovasculaire

La plupart des médecins généralistes réalisent, dans un premier temps, une évaluation subjective du risque cardiovasculaire. Ils prennent en compte les facteurs de risque cardiovasculaire et établissent de manière subjective un niveau de risque du patient.

I1 : « On a quand même un profil de patient où on est quand même à petit risque cardiovasculaire, mais voilà, il a quand même un risque »

I3 : « Donc il présente un risque qui pour moi n'est pas très élevé »

I7 : « J'ai l'impression que je le fais... ce n'est pas chiffré quoi. Ouais, ... c'est une sensation »

I1 : « Sinon c'est plus une évaluation globale. Je n'ai pas forcément un critère spécifique »

Comme évoqué précédemment, certains facteurs de risque, notamment le diabète et les antécédents familiaux, sont considérés comme des facteurs dominants. Ils influencent donc davantage dans la décision d'instaurer un traitement.

I3 : « On n'a pas ses antécédents familiaux. Je ne réagis pas pareil si je savais que dans la famille il y avait eu un antécédent de premier degré d'accident cardio-vasculaire, AVC ou infarctus »

Certains additionnent les facteurs de risques et déterminent un niveau de risque cardiovasculaire.

I7 : « Je crois qu'il y a un score, mais je ne l'utilise pas beaucoup »

I7 : « J'additionne mais c'est vrai qu'il y en a qui me paraissent plus importants »

I10 : « En fonction du nombre de facteurs de risque »

I10 : « Je ne fais pas avec SCORE, je ne fais aucun score »

D'autres utilisent, en fonction de leur inquiétude ou de manière systématique, l'outil SCORE2 afin d'évaluer plus objectivement le niveau de risque.

I4 : « Si on a un questionnaire, moi j'aurais tendance à faire un calcul de SCORE, si on a une inquiétude à ce niveau-là »

I9 : « Je fais un calcul avec l'application, je calcule le SCORE »

Etant donné que le SCORE2 ne prend pas en compte tous les facteurs de risque cardiovasculaire, notamment l'IMC et les antécédents familiaux, la prise en charge est adaptée par le médecin. L'outil SCORE2 apporte un cadre et permet d'avoir une pratique moins floue, plus structurée.

I9 : « Moi j'aime bien quand il y a des éléments carrés et que ce n'est pas que sur un ressenti. Quand il y a des choses très carrées, ça m'aide... Enfin j'aime bien »

I8 : « Que, de réussir à être moins subjective dans... et c'est pour ça que j'utilise l'outil et l'appli. Parce qu'en fait, sinon, j'avais tendance à dire "nan mais ça va, ce n'est pas cata votre cholestérol" Je pense qu'avant d'utiliser l'application, cet outil-là, la mise en place de la statine, elle était encore plus subjective »

Il existe fréquemment une discordance entre le niveau de risque estimé et le niveau déterminé à l'aide d'outil.

I3 : « J'utilise des échelles de score... que je n'ai pas en tête mais... pour moi ça ne ferait pas un risque élevé »

I5 : « Alors quand je regarde le groupe, je pense, je n'ai pas la grille SCORE2 devant moi, mais forcément qu'il serait dans les risques faibles »

L'utilisation de l'outil SCORE2 peut être détournée afin d'évaluer l'impact de l'introduction d'une statine.

I5 : « C'est une discussion avec lui pour voir si en abaissant son taux de LDL à moins d'un gramme, est ce qu'il gagnerait en SCORE ? Enfin le risque cardiovasculaire à 10 ans », « Non, ça dépend si en baissant le taux de LDL, il passe à risque faible », « Il change de catégorie et là il y a un intérêt de mettre une statine »

5.3. Examens complémentaires

Les examens complémentaires permettent d'étayer l'état vasculaire et de rechercher des arguments en faveur de l'introduction d'une statine. Certains prescrivent des échodopplers des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs, d'autres un électrocardiogramme (ECG), un score calcique ou une épreuve d'effort.

I2 : « Lui faire une épreuve d'effort vu qu'il a peut-être encrassé ses artères et je lui ferai un échodoppler des jambes et du cou pour être sûr qu'il n'ait pas d'athérome au niveau des carotides »

I3 : « Ça m'arrive de prescrire des échodopplers pour vérifier l'état des artères. Si on retrouve un artériopathie à l'échodoppler, je trouve que l'impact est plus important »

I4 : « Si j'ai encore un doute, ça m'est arrivé des fois de faire un score calcique [...] Souvent c'est les cardios, mais après, j'avais eu une formation ou effectivement il parlait de faire..., ça permet d'affiner éventuellement la décision d'introduction ou pas un traitement par statine »

I3 : « S'il est dans l'hésitation, l'ambivalence... je lui propose d'aller voir l'état de ses artères pour avoir un argument supplémentaire »

Les médecins généralistes peuvent faire réaliser des examens complémentaires lorsque le patient a un certain niveau de risque pour décider d'introduire ou non le traitement.

I6 : « Ce que je fais en général chez ces gens-là, c'est qu'ils vont faire des dopplers, carotides et jambes, et ils font un coroscanner avec un score calcique. Si tout est à 0, si tout est à bas risque, c'est-à-dire, il n'a pas une seule plaque de cholestérol dans le corps, il a un score calcique faible, inférieur à 100, c'est des gens que je ne vais pas traiter. [...] Au contraire, s'il commence à avoir des plaques de cholestérol sur ses dopplers, si son coroscanner il n'est pas bon, je vais avoir envie de la traiter »

5.4. Préférence du patient

La plupart des patients ont déjà entendu parler des statines principalement à travers les médias ou elles sont souvent présentées de manière négative. Elles ont donc mauvaise réputation.

I1 : « Alors des fois c'est eux qui amènent le sujet parce qu'ils en ont beaucoup entendu parler. Ceux qui ont aucun a priori, je les informe quand même »

I3 : « Les statines, elles ne sont pas faciles à introduire parce qu'elles ont une très mauvaise image dans la société et donc les gens sont plutôt très réticents à les prendre et dès qu'ils les prennent, ils se trouvent toujours une douleur musculaire pour les arrêter »

I9 : « Les gens ont quand même pas mal d'appréhension sur la statine, mais globalement ça se passe bien, après, une fois qu'ils la prennent »

Les patients rapportent fréquemment des craintes concernant les effets indésirables. Cela constitue un frein à l'introduction et l'observance du traitement. Il est essentiel de les informer des bénéfices et risques, de leur apporter des informations claires et appropriées.

I1 : « Il y a des effets indésirables quand même qui font que c'est assez décrié. Ça peut faire peur aux patients comme traitement. Ça peut les freiner un petit peu des fois je trouve sur l'initiation du traitement et puis même des fois dans l'observance après derrière si jamais ils ont des effets indésirables »

I9 : « Bah après, les gens ont peur des statines globalement. Ouais, il y a une appréhension de la statine »

I2 : « Faut qu'on travaille là-dessus, qu'on communique là-dessus. Contrairement à ce qu'il peut y avoir marqué sur internet et tout le reste n'a jamais fait, jamais eu de preuve. Il faut rester cartésien, dogmatique et raisonnable en leur expliquant »

S'agissant de sa santé, le patient est en droit de refuser, à condition d'avoir reçu une information claire et appropriée sur les bénéfices et les risques du traitement.

I6 : « Il me dit "ah non, moi je ne veux absolument aucun traitement pour le cholestérol" Ben voilà, je vais lui dire "ok pourquoi pas, après tout ça se tente, on va suivre" »

I6 : « Parfois, ils ne veulent pas, ils ne supportent pas »

I6 : « Une fois de plus, c'est le patient qui décide. Enfin c'est le patient qui décide, c'est le patient qui donne son avis »

Il faut laisser du temps au patient pour y réfléchir.

I7 : « Ça peut être ses freins aussi à lui, quelqu'un qui ne veut pas, on lui laisse aussi le temps de se faire à l'idée puis d'accepter les choses »

I2 : « Mais il faut essayer de communiquer et être intelligent pour qu'ils essayent progressivement de le prendre »

Certains patients souhaitent au contraire, prendre un traitement, principalement par expérience personnelle.

I6 : « Sauf si par exemple à la première consulte avec du cholestérol, le patient me dit "écoutez moi je vois que mon cholestérol il monte, pareil j'ai un copain, il est mort, mon frère, machin, je ne sais pas quoi..." il veut le prendre, je vais lui donner. Sinon l'indication elle n'est pas systématique pour moi »

5.5. Représentations du médecin généraliste

5.5.1. Absence de caractère urgent

L'introduction de statine en prévention primaire n'est pas une urgence.

I3 : « On peut se laisser du temps. Il n'y a pas d'urgence. On lui explique que pour nous il y aurait un intérêt à introduire ces statines, mais que si lui il n'a pas de, s'il y est opposé, on peut se laisser encore du temps »

I4 : « Ce ne sera de toute façon jamais dans l'urgence, ça c'est sur »

I4 : « Si lui n'est pas très inquiet ou pas très préoccupé par la question, effectivement, je ne vais pas forcément lui sauter dessus »

I6 : « Mais souvent ça, c'est quelqu'un qui va finir comme ça pendant quelques années et puis au bout d'un moment, on va se dire, allez, pourquoi pas, on va finir par vous traiter parce que vous commencez à prendre de l'âge, allez, on vous traite, oh bah pourquoi pas, ça finit comme ça en général »

I6 : « L'athéromatose ce n'est pas une maladie qui s'installe très très rapidement non plus. »

I6 : « Si c'est des gens où je suis un peu plus détendu, je peux très bien leur dire, écoutez "vous refaites une prise de sang dans 6/9 mois »

5.5.2. Moteurs à la prescription

Les médecins généralistes ont plutôt une opinion positive des statines. Ils sont favorables à leurs prescriptions, reconnaissent leur pertinence ainsi que leur rôle dans la prévention des événements cardiovasculaires.

I4 : « L'objectif premier pour moi ce n'est pas de faire baisser son taux de cholestérol, c'est de diminuer le risque cardiovasculaire à 10, 15, 20 ans »

I4 : « ce qui nous intéresse nous c'est surtout de diminuer le risque de survenue de problèmes cardiovasculaires dans les 10 ans »

I1 : « Je suis plutôt pour les statines dans le sens où je trouve que c'est quand même un moyen de traitement et de prévention qui est quand même utile »

I6 : « ça reste pour moi l'arsenal de la protection cardiovasculaire »

I7 : « Je ne sais pas si c'est vrai ou pas, mais j'ai quand même la notion que de mettre une statine, ça diminue la mortalité, ça prolonge l'espérance de vie donc je les mets quand même assez facilement »

I8 : « Que c'est utile et nécessaire. Qu'il faut les prescrire »

5.5.3. Freins à la prescription

a) Les recommandations

Selon les recommandations, le nombre de patient à traiter ainsi que le LDL cible peut paraître trop élevé et donc difficile à atteindre.

I4 : « Après on reste en prévention primaire donc... moi je reste assez soft »

I6 : « Autant l'indication, je pense que c'est bien fait, c'est rationnel, ça correspond à des choses que je peux doser, que je peux... L'objectif c'est compliqué. Franchement, les objectifs, ils sont compliqués à atteindre. Pour les gens, pour moi aussi. Sinon, on est toujours de l'escalade de beaucoup de traitement »

I9 : « Alors que ça peut me donner l'impression d'avoir beaucoup besoin d'introduire des statines là où il y a des années, enfin quelques années, il y a 10 ans, quand il y a plus de 10 ans, quand j'étais encore interne, il y avait quand même peu de place, enfin on ne mettait pas beaucoup de prévention primaire. Et là ça donne l'impression que maintenant il en faudrait beaucoup de prévention primaire »

De plus, les recommandations manquent de clarté. Il est donc difficile d'avoir une conduite à tenir structuré et cadré.

I1 : « C'est compliqué justement parce qu'on n'a pas de recommandations claires [...] donc ce n'est pas toujours simple. C'est un peu chacun fait à sa sauce »

I2 : « Au vu du flou qui existe, moi je prescris toujours des statines chez les gens qui ont un terrain familial ou des séniors qui ont un LDL au-dessus de 1,3 g/L s'ils veulent bien »

Le faible niveau de preuve remet en question certaines recommandations.

I4 : « J'ai beaucoup de questionnements sur les études, les biais de ce genre d'études et sur l'impact à long terme aussi de ce genre de traitement. Ils ne sont pas forcément bien étudiés »

I4 : « Après effectivement oui il y a des études qui montrent quand même une diminution, mais c'est toujours la balance entre le bénéfice et le risque. La difficulté effectivement d'avoir des études à long terme »

I4 : « Ce que j'en comprends dans les études, c'est qu'effectivement, une diminution du taux de cholestérol va diminuer le risque de survenu de problèmes cardiovasculaires »

I8 : « Alors qu'à mon sens c'est important la statine en prévention primaire mais je n'arrive pas à être bien carré »

b) Facteurs extrinsèques

Les médecins généralistes peuvent aussi être influencés par les médias, les articles, les documentaires, groupes de pairs, ou autres sources d'informations auxquelles ils ont accès au quotidien. Ils se doivent de garder un esprit critique autant que possible. Par ailleurs, il est légitime de s'interroger sur les liens d'intérêt.

I4 : « Nos habitudes de prescriptions sont aussi influencées par tout ce qu'on peut entendre, que ce soit en groupe de pairs, en formation, sur des médias aussi grand public »

I4 : « J'avais été justement en groupe de pairs, un de mes collègues nous avait parlé d'un documentaire qui était passé à la télé sur ce côté lobbying des statines, côté ou effectivement le cholestérol, on avait beaucoup porté l'accent dessus à une certaine période, avec des intérêts aussi commerciaux par derrière. Donc c'est vrai que ça me rend un peu méfiant aussi par

rapport à ce genre de traitement [...] Après il y a du faux, peut-être du vrai. Enfin c'est sans doute un reportage qui pourrait être un peu orienté mais en tout cas voilà, il y avait des éléments qui ne sont pas non plus complètement idiot dans ce qui avait été dit notamment tout ce qui est neuro, enfin myéline, tout ce qui est autour des neurones est composés de cholestérol. Donc effectivement on ne sait pas quand on fait baisser de façon très importante quand on a des objectifs à 0,45 de LDL cholestérol, on ne sait pas trop si on ne joue pas aussi à ce niveau-là finalement »

c) Effets indésirables

Les effets indésirables à court et long terme peuvent freiner la prescription des statines. Il est aussi question de la balance bénéfice/ risque d'introduire un traitement dans un but préventif compte-tenu de la possibilité d'effets indésirables graves. Les effets indésirables musculaires et hépatiques sont les plus fréquemment rapportés. Les pathologies neurodégénératives sont également évoquées.

I5 : « Le seul inconvénient des statines c'est ça tolérance. Mais sinon quand les gens les tolèrent très bien, il n'y a aucun inconvénient »

I3 : « Ce n'est pas un traitement facile à introduire »

I4 : « Mais que c'est des traitements qui ne sont pas dénués d'effets indésirables, en particulier au niveau musculaire, mais pas seulement [...] Sur les risques à long terme... que la place en prévention primaire est voilà... va parfois être discutée »

I4 : « Mais après, pour revenir à ta question sur les effets indésirables, ...bah c'est sur des effets à long terme. On ne sait pas trop non plus sur tout ce qui est pathologies neurodégénératives quels sont les effets à long terme... Il y a quand même aussi un risque de morbi-mortalité avec ce genre de traitement, sur le plan hépatique aussi... Voilà, un ensemble

de chose qui peut me... [...] Bah après moi j'ai pas mal de frein par rapport à ce genre de traitement en prévention primaire »

Cependant, d'autres médecins ne rapportent pas d'effets indésirables graves, voir même, une bonne tolérance.

I6 : « Je n'ai jamais vu de rhabdomyolyse comme on l'a appris dans les bouquins, je n'ai jamais vu d'hépatite sur les statines »

I6 : « Je n'ai pas eu de complications à part les effets secondaires du traitement, les douleurs musculaires et articulaires, ils l'ont presque tous »

I2 : « C'est des médicaments qui sont relativement bien tolérés »

I8 : « Je ne trouve pas qu'ils se plaignent de myalgie, d'arthralgie. Je trouve, enfin, je n'ai pas l'impression que ce soit compliqué »

6. Décision médicale partagée

La décision de prendre le traitement revient au patient mais c'est au médecin de l'informer des bénéfices et des risques. Ses représentations du traitement influent sur son discours et donc sur la prise de décision médicale partagée.

I3 : « Dans la pratique, je pense que c'est un traitement qui est à discuter avec le patient parce que ça a un impact de prendre un traitement tous les jours qui peut amener des effets secondaires donc faut qu'il soit prêt à le prendre et qu'il accepte son traitement parce que s'il n'en voit pas l'intérêt, il ne le prendra pas »

I2 : « Au vu du flou qui existe, moi je prescris toujours des statines chez les gens qui ont un terrain familial ou des séniors qui ont un LDL au-dessus de 1,3 g/L s'ils veulent bien »

La prise en charge est donc personnalisée et adaptée au patient.

I3 : « Ma pratique est différente en fonction des patients que j'ai en face de moi, selon leurs demandes, selon leurs craintes »

I4 : « parce que c'est tout le problème, c'est qu'effectivement si on part sur ce genre de traitement c'est d'avoir un traitement sur un temps long. Ce n'est pas un petit moment que ça va être utile. Donc savoir dans quoi on s'embarque en décision partagée finalement »

7. Temporalité de l'introduction de statine

7.1. Temps long

Comme dit précédemment, une statine en prévention primaire n'est pas introduite dans l'urgence. Elle peut être introduite après quelques mois voire quelques années lors d'une réévaluation. Elle peut être motivée par l'absence d'amélioration du bilan lipidique malgré la mise en place des règles hygiéno-diététiques, l'augmentation du risque cardiovasculaire devant le vieillissement du patient, l'apparition d'un nouveau facteur de risque cardiovasculaire personnel ou familial mais encore la présence d'athérome aux examens complémentaires.

I6 : « C'est-à-dire qu'à 6, 9 ou 12 mois plus tard, on se revoit avec tous les examens, la prise de sang de contrôle et les changements de vie qui auraient dû être opérés ou pas. Et là on fait un peu le bilan »

I6 : « Mais souvent ça, c'est quelqu'un qui va finir comme ça pendant quelques années et puis au bout d'un moment, on va se dire, allez, pourquoi pas, on va finir par vous traiter parce que vous commencez à prendre de l'âge, allez, on vous traite, oh bah pourquoi pas, ça finit comme ça en général »

I1 : « S'il y a des choses qui évoluent au niveau du patient, s'il se met à fumer, si voilà, il décide d'arrêter complètement le sport et que son risque global risque d'augmenter, si un antécédent familial apparaît, voilà, qu'il m'apprend que sa sœur vient de faire un infarctus »

I3 : « Après si lui dans sa famille y a des nouveaux événements, des maladies cardio-vasculaires qui surviennent, ben il faudra se reposer la question encore plus sérieusement »

I9 : « Des fois, ça m'est arrivé, 2 fois assez récemment, ou il a fallu que je leur laisse le temps de voir et de se rendre compte qu'en fait, au stade où ils en étaient, ce n'étaient pas les règles hygiéno-diététiques, ce n'était pas la levure de riz rouge ou je ne sais pas quoi qui allait faire baisser leur taux de cholestérol mais la statine »

7.2. Introduction plus précoce

Plusieurs critères conduisent à une introduction de statines d'emblée ou plus précocement. Parmi-eux, il y a une valeur seuil de LDL.

I1 : « Alors s'il y a un critère où j'en prescris automatiquement, c'est si le LDL est supérieur à 2 g/L. Là enfin peu importe l'évaluation »

I5 : « le taux je pense moi plus... la 1,75 je tempore. Il serait à 2,3... »

La présence d'antécédents familiaux fait également partie également partie des critères d'introduction plus précoce.

I3 : « L'antécédent familial de premier degré, l'infarctus chez un parent de moins de 50 ans. [...] J'introduis assez rapidement »

I2 : « Un terrain familial conséquent, je n'attends pas la soixantaine ou la cinquantaine pour le prescrire, je le prescris bien avant »

I6 : « Typiquement les antécédents familiaux qui ne sont pas du tout contenus dans SCORE. Mais un gars qui a à peu près le même score qu'un autre, si lui, il a 4 antécédents dans sa famille »

I6 : « Ceux qui sont stadés en modéré ou haut risque, plus antécédents familiaux, je vais les traiter. Je ne vais pas attendre »

I2 : « Au vu du flou qui existe, moi je prescris toujours des statines chez les gens qui ont un terrain familial ou des séniors qui ont un LDL au-dessus de 1,3 g/L s'ils veulent bien »

Le niveau de risque cardiovasculaire considéré comme très élevé peut aussi être un critère à l'introduction plus rapide d'une statine.

I6 : « Les scores très hauts, je vais leur donner une statine, sauf si le patient ne veut pas. En tout cas, ma décision médicale, ça serait de leur donner »

Une hygiène de vie considérée comme non modifiable peut également justifier une introduction plus précoce.

I1 : « Peut-être que ça aurait changé ma prise en charge si je voyais qu'il n'y avait pas de possibilité pour lui de changer au niveau de son alimentation, règles hygiéno-diététiques. Peut-être que j'aurai introduit un traitement d'emblée »

I8 : « Par contre, s'il me dit "bah non, enfin je mange déjà pas mal ou je suis incapable d'arrêter de manger des desserts, des biscuits tout le temps" ben là je lui mets directement »
Certains critères propres au médecin généraliste peuvent motiver l'introduction d'une statine notamment le cholestérol élevé malgré l'IMC normal.

I4 : « Mais... a tort sans doute ou a raison, j'aurai tendance à être plus inquiet d'un taux de cholestérol élevé chez une personne qui n'aura pas de surpoids ou de ... donc là éventuellement j'aurai tendance à me poser plus la question dans ce cadre-là, ça peut être un élément »

Enfin, la volonté du patient, centrale dans la décision médicale partagée, peut conduire à instaurer le traitement.

I6 : « Sauf si par exemple à la première consult' avec du cholestérol, le patient me dit "écoutez moi je vois que mon cholestérol il monte, pareil j'ai un copain, il est mort, mon frère, machin, je ne sais pas quoi..." il veut le prendre, je vais lui donner »

7.3. Absence d'introduction

A l'inverse, plusieurs critères sont en défaveur de l'introduction d'une statine en prévention primaire. Parmi-eux, il y a le refus du patient, un risque évalué comme faible/modéré, un risque élevé sans atteinte cardiovasculaire aux examens complémentaires, une valeur de LDL en dessous d'un certain seuil, l'âge inférieur à 40 ans dont le SCORE2 ne peut être réalisé ou l'absence de modification de la catégorie de risque cardiovasculaire sur la grille SCORE2 malgré l'introduction d'une statine.

I4 : « Il faut un risque élevé de toute façon, évidemment. Un risque SCORE élevé. S'il y a un risque moyen je n'aurai pas tendance à introduire en premier lieu »

I6 : « Les scores faibles, je ne le fais pas »

I6 : « Si tout est à 0, si tout est à bas risque, c'est-à-dire, il n'a pas une seule plaque de cholestérol dans le corps, il a un score calcique faible, inférieur à 100, c'est des gens que je ne vais pas traiter »

I6 : « Alors par rapport à moi, si son LDL il était proche de 1 gramme, je ne me poserais pas de soucis »

I9 : « Par exemple, pour les moins de 40 ans, ils ne sont pas dans le SCORE. Ça ne rentre pas dedans. Donc eux d'office, je ne leur mets pas de statine »

I5 : « Mais chez quelqu'un qui n'a pas un très haut risque cardiovasculaire et chez qui la statine, ça ne changerait pas sa catégorie... »

I6 : « Il me dit "ah non, moi je ne veux absolument aucun traitement pour le cholestérol" Ben voilà, je vais lui dire "ok pourquoi pas, après tout ça se tente, on va suivre »

8. Prescription d'une statine

8.1. Objectifs

Une fois la statine introduite, certains médecins généralistes visent une cible de LDL tandis que d'autres ne se fixent pas d'objectif chiffré mais vérifient simplement que le taux de LDL diminue.

I4 : « Alors je fais un contrôle quand même, paradoxalement, pour vérifier quand même si ça baisse bien. [...] Mais c'est vrai que je n'ai pas d'objectif chiffré »

I4 : « Après je ne dis pas qu'au contrôle si, là je n'ai pas d'exemple en tête, mais je ne dis pas que si d'un truc qui me semble encore un peu excessif, je ne dis pas qu'éventuellement je ne serai pas amené à augmenter mais je ne suis pas dans l'idée, je ne mets pas en route un traitement en me disant je veux que son cholestérol passe de, par exemple son LDL passe de 1,75 à 1 quoi. Enfin je n'ai pas ça en tête »

Concernant la valeur cible de LDL, les objectifs varient selon les médecins généralistes. Certains se réfèrent à l'objectif selon le niveau de risque défini par l'outil SCORE2 tandis que d'autres fixent une cible personnalisée.

I9 : « Est-ce qu'il y a un objectif ? Ben oui, il y en a un. Elle est où ma règle ? L'objectif il est bas très vite, il me semble qu'il est à 1,0 je dirais. Voilà, alors ça c'est la règle théorique, mais après il y a la vraie vie »

I6 : « Ah c'est 0,7 en théorie... je trouve que c'est un objectif beaucoup trop bas... qu'on n'arrive jamais à avoir évidemment, même avec des médicaments si... et encore. Moi l'objectif je l'adapte pas mal »

I6 : « En prévention primaire, le 0,7 moi je ne le fais pas. Je vais vers les 1 gramme. Ça m'intéresse s'ils ont bien diminué »

I2 : « J'essaierai de le baisser à moins de 1,3 g/L »

I9 : « J'aimerais bien, il faut qu'il soit en dessous de 1,30 voire 1,20 »

I7 : « J'aurai plutôt visé autour de 1,10 quoi, vu les facteurs ou même 1 peut être. [...] A la louche »

I6 : « Bon lui tu vois, s'il était à 1 gramme ça m'irait, je me sentirais satisfaite »

I1 : « Je viserai en dessous de 1,6 g/L [...] Parce que c'est le critère risque faible »

I3 : « J'aimerais qu'il s'approche de 1 g/L de LDL [...] en fonction du SCORE à 6% »

I5 : « S'il est en risque élevé, effectivement c'est 1 gramme »

I5 : « Très élevé c'est même 0,7, élevé 1,0 et faible 1,15 [...] de la grille SCORE »

La cible de LDL peut être plus basse en présence d'antécédents familiaux ou d'anomalies aux examens complémentaires.

I2 : « S'il y a effectivement une sténose carotidienne, on est en prévention primaire mais faut être un peu plus sévère quoi. A ce moment-là les recos je crois c'est un LDL inférieur à 0,7 g/L, ça devient un polyvasculaire sévère. Et à ce moment-là j'essaye de passer sous les 0,7 »

I7 : « Je dirais inférieur à 1, 1,10. Autour de 1. Si du coup ils ont déjà eu des antécédents cardiovasculaires, je vais être plus exigeante. Quand il y a du diabète aussi je suis plus exigeante »

Certains médecins généralistes vont définir une cible en fonction du nombre de facteurs de risque et de l'âge du patient.

I10 : « Dès qu'il y a 2 facteurs, c'est un gramme. 2, 3 facteurs c'est un gramme. S'il y a du tabac c'est encore pire. Je pèse plus »

I3 : « A partir du moment où ils ont un facteur de risque 1 g/L et puis après ceux qui ont en plus un diabète 0,7 g/L »

I10 : « En fonction du nombre de facteurs de risque »

I10 : « Alors à son âge, LDL doit être inférieur à 1 gramme. A partir de, au-delà de 50 ans, donc 2 facteurs de risque, donc voilà, 2 facteurs de risque pour moi c'est 1 gramme [...] ça fait 3 donc oui c'est 1 gramme »

I10 : « Alors les jeunes, je laisse 1,4, 1,5 gramme. Ça ne me dérange pas. Mais après 50 ans »

8.2. Adaptation

Le traitement par statine est débuté à faible dose afin d'améliorer la tolérance. L'objectif est de limiter les effets indésirables pour favoriser l'observance.

I1 : « J'aurai tendance à introduire un traitement, petite dose »

I6 : « Presque tous, je commence à une toute petite dose »

I4 : « L'idée c'est d'avoir une statine faible-moyenne dose »

I1 : « Je commence toujours par simvastatine 10mg parce que par expérience c'est celle qui a le moins d'effets indésirables, dans ce que j'ai trouvé, c'est purement de l'observation. Je suis pas du tout sûr qu'il y a un truc fiable par rapport à ça, mais j'ai observé que c'était là où il y avait le moins de crampes et d'effets indésirables »

I6 : « Psychologiquement je leur mets rosuvastatine 5mg parce que 5mg c'est moins fort que 20 entre guillemets par rapport à la simva par exemple. Il paraît qu'elle est mieux tolérée, je ne sais pas si c'est vrai, là aussi c'est psychologique »

L'augmentation de posologie est progressive jusqu'à atteindre, dans certains cas, un objectif de LDL cible.

I1 : « Si elle convient bien, on peut augmenter de dosage, ça va de 10 à 40mg de mémoire »

I7 : « Souvent, je mets de l'atorvastatine 20 mg, mais je pense que ça, c'est par habitude. Et après, en recontrôlant, je réaugmente progressivement pour atteindre un objectif »

I6 : « Et puis mon escalade thérapeutique, je ne vais pas toujours à fond dans la pleine dose de statines, à peu près à mi-chemin, je rajoute l'ezetimibe »

En cas de mauvaise tolérance d'une statine, celle-ci peut être remplacée par une autre molécule afin de trouver celle qui sera la mieux tolérée.

I1 : « Je change assez facilement de molécule s'il y a des effets indésirables et une mauvaise tolérance parce que sinon il n'y aura pas une bonne observance de la part du patient donc autant changer »

I5 : « Difficile quand ils ne le tolèrent pas. Parce que les autres molécules elle ne sont pas aussi efficaces que les statines donc clairement on essaye de switcher, plusieurs statines, des fois, il y en a qui sont plus ou moins tolérés mais c'est difficile... »

Il peut être conseillé d'augmenter ses apports hydriques pour améliorer la tolérance.

I3 : « parfois on change de molécule, on leur conseille de s'hydrater beaucoup plus et on retente »

9. Alternative

Il existe peu d'alternative à la statine ayant une efficacité similaire. La levure de riz rouge peut être utilisée comme étape transitoire chez les patients réticents aux statines afin de les rassurer sur la tolérance, avant l'introduction d'une statine. Elle peut également être utilisée comme alternative chez certains patients, malgré l'absence de preuve d'efficacité sur la réduction du risque cardiovasculaire.

I5 : « Difficile quand ils ne le tolèrent pas. Parce que les autres molécules elle ne sont pas aussi efficaces que les statines »

I1 : « Parfois ce que je fais c'est que je ne mets pas forcément de statine, mais que je propose des compléments à base de levure de riz rouge. Des fois, c'est une première étape »

I1 : « Ça permet de montrer au patient qu'avec un traitement, entre guillemets, ça permet quand même de réduire le cholestérol et parfois c'est une première étape avant de passer à une statine si la levure de riz rouge par exemple ne suffit pas »

I6 : « Parfois, ils ne veulent pas, ils ne supportent pas, je leur dis "prenez un peu de levure de riz rouge" ce qui est débile parce que... enfin ce qui est débile de leur côté ce qui est complètement placebo de leur côté parce qu'en fait c'est la même molécule, ils sont exposés aux mêmes effets secondaires mais ils le supportent mieux parce que c'est de la phyto. Et donc parfois je leur dis "vous voyez, ça veut dire que normalement vous devriez bien supporter la vraie statine" C'est quand ils ont mal toléré »

I9 : « Alors même moi, ce qu'on m'avait dit c'est que la levure de riz rouge, c'est prouvé que ça fait baisser le taux de cholestérol mais ce n'est pas prouvé que ça diminue le risque d'accident cardiovasculaire. Donc on ne peut pas utiliser ça en prévention du risque cardiovasculaire »

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Le résultat principal

Cette étude a montré l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes concernant l'introduction de statines en prévention primaire.

Il y a cependant une démarche globalement similaire. Tout d'abord, le médecin généraliste recueille les données du patient. Il s'intéresse notamment à ses facteurs de risque cardiovasculaire, ses antécédents personnels et familiaux, ainsi qu'à son mode de vie.

Le médecin généraliste se fait un premier avis subjectif sur le risque du patient puis s'appuie sur différents critères pour décider d'introduire ou non une statine. La subjectivité de l'évaluation initiale amène à s'interroger sur la difficulté d'utilisation des scores. Celle-ci permet-elle simplement de se faire un avis plus rapidement sur la situation ou met-elle plutôt en évidence la difficulté des médecins à utiliser des scores associés à une conduite à tenir perçue comme trop stricte, trop complexe ou difficile à mettre en œuvre ? Le niveau de risque cardiovasculaire est ensuite déterminé, subjectivement ou à l'aide d'un score, en prenant en compte différents critères afin d'orienter la décision. Les antécédents familiaux, le diabète ou un risque très élevé constituent des critères particulièrement déterminants dans cette prise de décision. A l'inverse, d'autres critères sont en défaveur de l'introduction d'une statine comme le faible niveau de risque ou le jeune âge. Le médecin peut aussi demander un contrôle biologique ou d'autres examens complémentaires pour l'aider dans sa réflexion.

Il est intéressant de s'interroger sur la pertinence du contrôle lipidique. Il est admis que l'introduction d'une statine a pour but de traiter un risque cardiovasculaire et non une valeur de cholestérol. Une fois le premier bilan lipidique réalisé et le risque cardiovasculaire déterminé, il convient de s'interroger sur l'impact de la variation du taux de cholestérol dans la décision d'introduire un traitement. Le SCORE2 n'étant pas un outil de suivi, il n'est pas

nécessaire de le réévaluer une fois le risque cardiovasculaire déterminé. Si le médecin généraliste recontrôle le bilan lipidique, cela suppose qu'il cherche à évaluer un élément précis et qu'il en perçoit une utilité dans la prise en charge. Il peut être envisagé que le médecin, n'étant pas à l'aise avec la conduite à tenir, cherche à gagner inconsciemment du temps, remettre la décision à plus tard ou attendre l'apparition d'un nouvel élément. Cela reflète l'incertitude quant à l'introduction du traitement.

Si une valeur seuil de LDL est retenue, il faut pouvoir la définir. En l'absence de valeur seuil définie dans les recommandations, pourquoi réaliser ce contrôle ?

Certaines pratiques définissent une valeur seuil de manière arbitraire à partir de laquelle un traitement par statine est systématiquement introduit. Cependant cette approche pose question car elle limite la prise en charge à l'interprétation de la valeur du LDL et pourrait conduire à traiter un patient à risque faible.

De plus, une grande variété d'examen complémentaires, non spécifiés dans les recommandations, peuvent être réalisés pour s'aider dans la prise de décision.

Dans la relation médecin-patient, le médecin généraliste joue un rôle d'aiguillage en apportant les connaissances nécessaires à la prise de décision. Il est difficile d'orienter le patient quand les recommandations sont ressenties comme floues et difficilement atteignables. Les représentations du médecin généraliste influencent la décision thérapeutique ainsi que l'observance du patient. Le manque de conviction du médecin généraliste quant à la pertinence du traitement peut freiner la motivation du patient. L'avis du patient, notamment ses craintes, sont aussi prises en compte.

Ainsi, l'introduction d'une statine n'est jamais réalisée d'emblée et est généralement l'aboutissement d'un long processus. La prise en charge initiale repose toujours sur la mise en

place des règles hygiéno-diététiques. La fréquence des réévaluations va dépendre de l'inquiétude du médecin et du niveau de risque du patient.

Mon choix de débiter l'entretien par un cas clinique d'un patient à risque élevé en prévention primaire reposait sur le fait qu'une grande partie de la population appartient à cette catégorie. Il s'agit d'une large catégorie de risque entre 5 et 10% à 10 ans pour laquelle ne traiter personne reviendrait probablement à sous-traiter tandis que, traiter l'ensemble des patients de la catégorie reviendrait probablement à traiter en excès.

2. Comparaison avec la littérature

Les recommandations nous incitent à introduire des statines en prévention primaire du fait de la prévalence des maladies cardiovasculaires. Cette approche est basée sur le fait de réduire le développement de l'athérosclérose en diminuant les lipides et donc réduire la mortalité.

On retrouve un consensus sur l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'utilisation d'un score et non l'addition de facteurs de risque. Cependant, encore faut-il savoir comment interpréter ce résultat et quelle conduite adopter en fonction de celui-ci. Comme évoqué précédemment, les recommandations cardiologiques européennes (ESC) et de médecine générale (CNGE) sont en désaccord. Appliquées de manière stricte les recommandations de cardiologie conduiraient à traiter une bonne partie de la population. Certes les statines à dose fixe diminuent le risque coronarien et d'AVC de 20 à 25%, cependant, on peut se questionner sur la pertinence de l'introduction de celles-ci chez les patients à risque faible/ intermédiaire (risque inférieur à 5% à 10 ans) voir à risque fort (<10% à 10 ans) ainsi que la définition d'un objectif de LDL à atteindre. L'amélioration de la survie et la réduction d'évènements n'est pas démontrée

significativement dans certaines études. L'étude JUPITER de 2008 démontrait une nette réduction d'évènements cardiovasculaires. Mais en 2010, une réévaluation a montré une réduction significative des risques d'AVC et d'IDM sans efficacité sur la mortalité [30]. Une méta-analyse réalisée en 2010 évaluant la mortalité toutes causes confondues chez les patients à haut risque en prévention primaire n'a pas permis de mettre en évidence un bénéfice du traitement sur la mortalité [31].

De plus, ces potentiels effets protecteurs sont contrebalancés par le nombre d'effets indésirables possibles, d'autant plus chez les personnes âgées [22]. On parle de traiter un patient asymptomatique, à vie, avec de possibles effets indésirables pour prévenir un évènement cardiovasculaire qui, dans la plupart des cas n'arrivera jamais [32]. Cela nous amène à nous interroger sur la surmédicalisation de la population en bonne santé.

Il ne faut pas oublier que la notion de risque est un continuum et que les différentes catégories de risque : faible, intermédiaire, élevé et très élevé reflètent un concept. Les pourcentages de risques associés aux catégories sont arbitraires [28]. Cependant, seul le patient est en mesure de déterminer si le risque de faire un évènement cardiovasculaire lui paraît acceptable ou au contraire trop élevé. Cela relève de sa perception personnelle du risque. De plus, une augmentation du risque cardiovasculaire constitue une conséquence attendue du vieillissement. Est-ce inquiétant d'avoir un risque de 10% faire un évènement cardiovasculaire à 70 ans ? La question est de savoir à partir de quel moment cette augmentation est considérée comme anormale et nécessite une intervention thérapeutique.

Il convient de rappeler qu'il existe une polémique autour des statines quant à leur pertinence, notamment le rapport entre leurs bénéfices et leurs effets indésirables ainsi que la

suspicion de potentiels intérêts pour l'industrie pharmaceutique. Cela soulève la question d'une éventuelle surprescription au profit de celle-ci. Cette polémique a contribué à une certaine méfiance, tant au sein de la population générale que parmi les professionnels de santé [33]. D'autant plus que l'HAS a abrogé en 2018 des recommandations publiées 2017 pour cause de conflits d'intérêts [34].

Les incertitudes et les divergences entre les recommandations conduisent à une hétérogénéité des pratiques. En effet, comme évoqué dans cette étude, les médecins généralistes adaptent leur prise en charge à chaque patient en privilégiant la décision médicale partagée.

Une étude australienne réalisée en 2015 met en avant l'influence de la perception subjective du risque ressenti par le médecin ainsi que ses préoccupations liées aux effets indésirables, la motivation du patient et l'efficacité de la mise en place des règles hygiéno-diététiques par rapport aux seuils de risque [35]. Une étude suisse publiée en 2015 met en évidence l'importance de la décision médicale partagée reposant sur une évaluation personnalisée de la balance bénéfice/risque [23]. Des outils tel que le Mayoclinic score, le PEER peuvent être utiliser pour aider à prise de décision [36] [37].

En France, la difficulté des médecins généralistes à la prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention primaire est mise en évidence dans une thèse réalisée en Isère en 2018. Les médecins adaptent leur pratique et privilégient la décision médicale partagée. Le recours à l'utilisation de l'outils SCORE était peu fréquente par rapport à la pratique actuelle. Cela témoigne de la volonté des médecins généralistes d'appliquer au mieux les recommandations. L'objectif de LDL cible trop stricte et difficilement applicable avec des adaptations personnelles faisait déjà débat [24]. Il est parfois même retrouvé en prévention secondaire [10].

Certains critères dominants à l'introduction de statines tel que le diabète ou les comorbidités peuvent être mentionnés dans d'autres études, notamment dans l'étude qualitative française réalisé en 2023 sur le processus décisionnel des médecins généralistes à l'introduction de statines en prévention primaire [25]. Il est aussi rapporté une utilisation de score de risque cardiovasculaire variable et ressentie comme difficile à interpréter conduisant certains médecins à privilégier une approche plus empirique.

D'autres études se sont orientées vers la prescription de statines en prévention primaire chez les plus de 75 ans. En effet, le questionnement est encore plus important chez les personnes âgées ou l'on retrouve une diminution du bénéfice en termes de longévité et une majoration des effets indésirables [38] [39]. L'étude PROSPER, publié en 2002, démontre une diminution de la morbi-mortalité coronarienne sans incidence sur le risque d'AVC [40]. De plus, les patients de plus de 75 ans sont une population très hétérogène, encore plus complexes avec des comorbidités et des fragilités à prendre en compte ainsi que le risque majoré d'interactions médicamenteuses et de répercussions sur leur qualité de vie [41] [26] [27]. Il semble plus licite de prescrire un traitement en prévention primaire pour les patients considérés en bonne santé avec une grande espérance de vie [42] [43]. Encore une fois, la prise en charge repose sur une décision médicale partagée s'appuyant sur l'expérience du médecin et une évaluation individualisée.

Cette étude met donc en lumière la nécessité d'avoir des recommandations claires et adaptées à la médecine générale.

Pour terminer, il est important de rappeler la place centrale des règles hygiéno-diététiques. Celles-ci permettent une réduction des événements cardiovasculaires d'environ

30% malgré l'absence d'impact direct sur l'outil SCORE2 [5]. Il est donc difficile d'évaluer l'impact de ces modifications sur le risque cardiovasculaire initial. Ces mesures hygiéno-diététiques contribuent également à réduire le risque de certains cancers, du diabète, de la dépression et de l'anxiété [44]. La priorité ne devrait-elle pas être de majorer les efforts sur les mesures hygiéno-diététiques en agissant sur la sédentarité et les habitudes alimentaires quotidiennes plutôt qu'à l'instauration d'un traitement ?

3. Forces et limites de l'étude

3.1. Forces

Cette étude s'intéresse à la pratique des médecins généralistes concernant l'introduction de statines en prévention primaire. C'est un sujet d'actualité qui fait toujours débat après plusieurs années. Le médecin généraliste est l'acteur principal de la prévention primaire, il est donc important de lui donner la parole et recueillir son ressenti.

L'hétérogénéité de l'échantillonnage m'a permis de recueillir une variété de points de vue. Les entretiens individuels permettent d'avoir recours aux citations directes pour illustrer les principaux résultats tout en limitant les influences extérieures.

La conception de l'étude a été réalisée en essayant de respecter le maximum de critères de qualité COREQ pour s'assurer de la validité interne de l'étude. Le guide d'entretien a été modifié et amélioré au cours de l'étude. La suffisance des données a été confirmée par les deux derniers entretiens qui n'ont pas mis en évidence de données supplémentaires.

3.2. Limites

Il s'agit d'une première expérience de recherche qualitative ce qui peut influencer la qualité de l'étude et l'analyse des entretiens notamment en l'absence de double codage et de triangulation des données. En cas de doute, le directeur de thèse a été sollicité. L'interprétation

des résultats peut être influencé par la subjectivité du chercheur, un biais inhérent aux recherches qualitatives.

Il existe en biais de sélection lié au recrutement de participants initialement par connaissance. Celui-ci peut aussi créer un biais de communication et biaiser les réponses des médecins interrogés. A contrario, la connaissance du participant peut améliorer sa compréhension et facilité les échanges.

Les entretiens ont duré entre 6 à 21 minutes, soit une moyenne de 13 minutes et 10 secondes. Cette durée restreinte a probablement aminci les données. Cependant les données recueillies sont concordantes avec celles rapportées dans la littérature à ce sujet.

Au cours de mon travail, de nouvelles recommandations de l’ESC ont été publiés en 2025. La nouvelle classification des niveaux de risque des patients peut influencer l’interprétation des résultats. Cependant, aucun participant ne les a évoquées. Elles ne semblent pas avoir encore été prises en compte par les médecins avant la fin de mon recueil.

4. Les perspectives

Pour rappel, les recommandations de l’ESC de 2021 recommandaient d’utiliser les outils SCORE2 ou SCORE2-OP afin de déterminer un niveau de risque cardiovasculaire à 10 ans. Suivant le niveau de risque du patient, faible-intermédiaire, élevé ou très élevé, un objectif de LDL à atteindre lui était attribué.

Pour les patients de 50 à 70 ans [3] :

Tableau II: Catégories de risque cardiovasculaire global avant 2025

	SFC (2020)	ESC (2021)
Bas risque	SCORE < 1%	

Risque modéré	SCORE 1-5% Diabète chez des sujets jeunes (type 1 < 35 ans, type 2) et durée < 10 ans, sans autre facteur de risque	Risque faible-intermédiaire : SCORE2 < 5%
Risque élevé	SCORE 5-10% Facteur de risque majeur de niveau sévère, cholestérol total > 8 mmol/L (3,1 g/L) ou LDL > 4,9 mmol/L (1,9 g/L) ou HTA ≥ 180/110 Hypercholestérolémie familiale sans autre facteur de risque Insuffisance rénale modérée (DFG 30-59 ml/min) Diabète sans lésion d'organe cible, avec 1 facteur de risque majeur, d'ancienneté > 10 ans	SCORE2 5-10%
Risque très élevé	SCORE ≥ 10% Hypercholestérolémie familiale avec un facteur de risque majeur associé Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) Diabète avec : soit lésion d'organe cible, soit ≥ 3 facteurs de risque majeurs, soit diabète de type 1 de début précoce et évolution > 20 ans	SCORE2 > 10%

- un risque faible-intermédiaire a pour objectif un LDL inférieur à 1 g/L.
- un risque élevé a pour objectif un LDL inférieur à 1 g/L et suivant les comorbidités, la fragilité et les préférences du patient, peut être intensifié à 0,7 g/L.

- un risque très élevé, il a pour objectif un LDL inférieur à 1 g/L et peut être intensifié à 0,55 g/L suivant les conditions similaires des risques élevés.

La cible de LDL chez les moins de 70 ans à haut et très haut risque est classé IIAC soit un faible niveau de preuve basé sur un consensus d'avis d'experts et/ou petites études, études rétrospectives ou registres.

Récemment, en août 2025, l'ESC a publié une mise à jour des recommandations concernant la prise en charge des dyslipidémies [28].

Parmi ces nouvelles recommandations se trouve le changement de niveau de preuve concernant la recommandation d'un traitement par statine en prévention primaire chez les personnes à haut risque avec un LDL supérieur à 2,6 mmol/L (1 g/L) ou à très haut risque avec un LDL supérieur à 1,8 mmol/L (0,7 g/L) malgré l'optimisation des mesures non pharmacologiques, afin de réduire le risque cardiovasculaire. Ces recommandations ont maintenant le plus haut niveau de preuve soit grade 1A, c'est-à-dire qu'elles s'appuient sur des essais randomisés, revues systématiques et méta-analyses. Un seuil de LDL, qui n'était pas spécifié auparavant y est désormais introduit.

Ces modifications sont difficiles à comprendre. Le changement de niveau de preuve de recommandations s'appuie sur des méta-analyses publiées en 2010, 2012 et 2015 qui démontrent l'intérêt des statines à dose fixe sur la diminution du risque cardiovasculaire d'environ 20% sans mentionner de seuil de LDL [11] [45] [8]. De plus, ces méta-analyses étaient déjà publiés lors des recommandations de 2021. Il est donc légitime de s'interroger sur les raisons pour lesquelles elles conduisent aujourd'hui à une réévaluation du niveau de preuve.

Par ailleurs, les niveaux de risque cardiovasculaire évalués par le SCORE2 ont été revus à la hausse. Ces nouvelles recommandations semblent plus acceptables. Un risque considéré

comme élevé correspondant à un risque SCORE2 entre 5 et 10% correspond désormais à un risque SCORE2 compris entre 10 et 20%. L'article ne fournit cependant aucune explication concernant ses modifications.

Tableau III: Catégories de risque cardiovasculaire global depuis les nouvelles recommandations de l'ESC 2025

Risque faible	SCORE2 ou SCORE2-OP inférieur à 2%
Risque modéré	SCORE2 ou SCORE2-OP entre 2 et 10% Diabétique de type 1 de moins de 35 ans ou de type 2 de moins de 50 ans, évoluant depuis moins de 10 ans sans autre facteur de risque associé
Risque élevé	SCORE2 ou SCORE2-OP entre 10 et 20% Maladie rénale chronique modérée (DFG ente 30 et 59 ml/min) Diabète évoluant depuis plus de 10 ans sans atteinte d'organe cible, sans facteur de risque supplémentaire Patient atteint d'hypercholestérolémie familiale sans autre facteur de risque majeur Facteur de risque isolé élevé soit des triglycérides > 8 mmol/L (3,1 g/L), un LDL > 4,9 mmol/L (1,9 g/L) ou une hypertension artérielle > 180/110 mmHg
Risque très élevé	SCORE2 ou SCORE2-OP supérieur à 20% Patient atteint d'hypercholestérolémie familiale associée à un autre facteur de risque majeur Maladie rénale chronique sévère (DFG < 30 ml/min) Diabète avec atteinte d'un organe cible ou au moins 3 facteurs de risque majeurs ou un type 1 évoluant depuis plus de 20 ans

	Maladie cardiovasculaire athérosclérotique documentée, confirmée cliniquement ou par imagerie ; syndrome coronarien aigu, coronaropathie chronique, revascularisation coronarienne, AVC, AIT, maladie artérielle périphérique, lésions significatives coronariennes au scanner coronarien ou à la coronarographie, un score calcique élevé
--	--

A ce jour, aucune preuve ne justifie de fixer des objectifs différents de LDL en fonction du niveau de risque.

On peut s'interroger sur l'impact de ces modifications. Vont-elles permettre de clarifier les pratiques ou au contraire, d'accentuer leur hétérogénéité ? La publication de nouvelles recommandations de l'HAS sur : « le risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours », dont le groupe de travail est présidé par un médecin généraliste, est attendue au cours du second semestre 2026 [46][47]. Il serait souhaitable qu'elles soient davantage en adéquation avec les préoccupations de la médecine générale.

Il serait intéressant de réaliser un travail similaire à la suite de ces nouvelles recommandations. Cela permettrait d'évaluer si les médecins généralistes sont plus à l'aise avec la prise en charge.

5. Conclusion

Mon travail met en évidence une grande hétérogénéité des pratiques. La prescription de statine peut être influencée par des croyances, de fausses certitudes ou encore des impressions personnelles. Le temps accordé à la prise de décision témoigne d'une grande incertitude. Les nouvelles recommandations de l'ESC semblent toutefois plus accessibles. Les recommandations de l'HAS, attendues au cours du second semestre 2026, pourraient guider davantage les médecins généralistes et proposer une approche plus adaptée aux problématiques de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Les 10 principales causes de mortalité [En ligne] 2020 [cité 4 août 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Insee, Santé en Europe. Femmes et hommes, l'égalité en question [En ligne] 2022 [cité 21 août 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047785?sommaire=6047805#consulter>
3. Société française de cardiologie. Chapitre 2 - Item 222 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. [Internet] Paris : société française de cardiologie ; 2024. [Cité 18 juill. 2024]. Disponible sur : <https://www.sfcardio.fr/page/chapitre-2-item-222-facteurs-de-risque-cardiovasculaire-et-prevention#facteurs>
4. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E, et al. Benefits of the Mediterranean Diet : Insights From the PREDIMED Study. Prog Cardiovasc Dis. 2015 ;58(1) :50-60. doi : [10.1016/j.pcad.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.003) PubMed PMID : 25940230.
5. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. N Engl J Med. 21 juin 2018 ;378(25): e34. doi : [10.1056/NEJMoa1800389](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389) PubMed PMID : 29897866.
6. Martínez-González MA, Gea A, Ruiz-Canela M. The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. Circulation Research. mars 2019 ;124(5) :779-98. doi : [10.1161/CIRCRESAHA.118.313348](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313348)
7. 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 ;2013(1) :CD004816. doi : [10.1002/14651858.CD004816.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004816.pub5) PubMed PMID : 23440795 ; PubMed Central PMCID : PMC6481400.

8. Collaborators CTT (CTT). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease : meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. The Lancet. 11 août 2012 ;380(9841) :581-90. doi :[10.1016/S0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60367-5) PubMed PMID : 22607822.
9. Yourman LC, Cenzer IS, Boscardin WJ, Nguyen BT, Smith AK, Schonberg MA, et al. Evaluation of Time to Benefit of Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Adults Aged 50 to 75 Years : A Meta-analysis. JAMA Intern Med. 1 févr 2021 ;181(2) :179-85. doi :[10.1001/jamainternmed.2020.6084](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6084) PubMed PMID : 33196766 ; PubMed Central PMCID : PMC7670393.
10. Martinez L, Levy P, Cornet P, Kinouani S, Afonso M. Prédiction de l'impossibilité d'atteindre les valeurs recommandées de LDL-cholestérol chez des patients traités par statines et suivis par leur médecin généraliste. Exercer. 2013 ; 110 (suppl 3) : 86S-7S
11. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol : a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. The Lancet. 13 nov 2010 ;376(9753) :1670-81. doi :[10.1016/S0140-6736\(10\)61350-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61350-5)
12. Société française de cardiologie. Chapitre 3 Item 223 Dyslipidémies [internet] Paris : Société française de cardiologie ; 2024 [cité 18 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.sfcardio.fr/page/chapitre-3-item-223-dyslipidemies#tab34>
13. Scheen A, Wallemacq C. Cibler les dyslipidémies en prévention primaire des maladies cardiovasculaires. Rev Med Liege. juin 2024 ;79(5-6) :385-93. Disponible sur : <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/38869128>

14. Razavi AC, Mehta A, Sperling LS. Statin therapy for the primary prevention of cardiovascular disease : Pros. Atherosclerosis. sept 2022 ;356 :41-5. doi :[10.1016/j.atherosclerosis.2022.07.004](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2022.07.004) PubMed PMID : 35945050.
15. Chou R, Cantor A, Dana T, Wagner J, Ahmed AY, Fu R, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults : Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 23 août 2022 ;328(8) :754-71. doi :[10.1001/jama.2022.12138](https://doi.org/10.1001/jama.2022.12138) PubMed PMID: 35997724.
16. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. The Lancet. 8 oct 2005;366(9493):1267-78. doi:[10.1016/S0140-6736\(05\)67394-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67394-1)
17. Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. The Lancet. 19 nov 2016;388(10059):2532-61. doi:[10.1016/S0140-6736\(16\)31357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31357-5)
18. Pavageau S. Item 223 – Dyslipidémies. Collège national des généralistes enseignants. 5^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2024. Chapitre 46, 542-551
19. Collège national des généralistes enseignants [Communiqué de presse] Patient hypercholestérolémique : abandonner les cibles de LDL et traiter par statine selon le risque cardiovasculaire.[Internet] Montreuil : CNGE ; 9 avril 2014 [cité le 04 février 2025]. Disponible : <https://www.cnge.fr/wp-content/uploads/2024/02/Statines-et-risque-cardiovasculaire.pdf>
20. Arbeitsgruppe lipide und atherosklerose (GSLA/AGLA). Calculateur de risque ESC SCORE2/SCORE2-OP [Internet]. [cité 29 mai 2024]. Disponible sur: <https://agla.ch/fr/calculateurs-outils/calculateur-esc-score2>

21. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 7 sept 2021;42(34):3227-337. doi:[10.1093/eurheartj/ehab484](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484)
22. Durai V, Redberg RF. Statin therapy for the primary prevention of cardiovascular disease: Cons. *Atherosclerosis*. sept 2022;356:46-9. doi:[10.1016/j.atherosclerosis.2022.07.003](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2022.07.003)
PubMed PMID: 35934533.
23. Nanchen D, Vonnez JL, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire : comment décider avec le patient ? *Rev Med Suisse*. 25 nov 2015;496:2222-6. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-496/statines-en-prevention-primaire-comment-decider-avec-le-patient>
24. Allan-Pattoglia L, Bravais W. Quel est le ressenti des médecins généralistes isérois sur la prise en charge de l'hypercholestérolémie chez les 40-65 ans en prévention primaire suite à la parution des recommandations de la haute autorité de santé en 2017? [Thèse de doctorat]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes. 2018 Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01948467/document>
25. Onaisi R, Bezzazi A, Berthouin T, Boulet J, Hasselgard-Rowe J, Maisonneuve H. Statins for primary prevention in multimorbid patients: to prescribe or not to prescribe? A qualitative analysis of general practitioners' decision-making processes. *Family Practice*. 18 juill 2023;cmad068. doi:[10.1093/fampra/cmad068](https://doi.org/10.1093/fampra/cmad068)
26. Auguet P. Prescription des statines en prévention primaire chez les patients de plus de 75 ans par les médecins généralistes picards. [Thèse de doctorat]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne 9 oct 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02117946>
27. Pavageau S, Manar S, David M, Joseph JP, Lopez A. Statines en prévention primaire après 75 ans : décision partagée en l'absence de preuves. *Exercer*. 2018 ; 140 :52-7

28. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 7 nov 2025;46(42):4359-78. doi:[10.1093/eurheartj/ehaf190](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190) PubMed PMID: 40878289.
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4. doi:[10.1016/j.kine.2014.11.005](https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005)
30. de Lorgeril M, Salen P, Abramson J, Dodin S, Hamazaki T, Kostucki W, et al. Cholesterol lowering, cardiovascular diseases, and the rosuvastatin-JUPITER controversy: a critical reappraisal. *Arch Intern Med*. 28 juin 2010;170(12):1032-6. doi:[10.1001/archinternmed.2010.184](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.184) PubMed PMID: 20585068.
31. Ray KK, Seshasai SRK, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med*. 28 juin 2010;170(12):1024-31. doi:[10.1001/archinternmed.2010.182](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.182) PubMed PMID: 20585067.
32. Boussageon R, Aubin-Augier I, Pouchain D. Cholestérol et prévention primaire : une révolution fondée sur les faits. *Exercer*. 2015 ; volume 117:26-32
33. Femenias JB. Impact des médias sur la prescription des statines en médecine générale dans le département des Alpes-Maritimes. [Thèse de doctorat]. Nice, France : Université de Nice-Sophia Antipolis ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01922466v1/file/2018NICEM008.pdf>
34. Haute Autorité de Santé. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation. [en ligne] 2018 [cité 28 oct 2024]. 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

35. Bonner C, Jansen J, McKinn S, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. How do general practitioners and patients make decisions about cardiovascular disease risk? *Health Psychol.* mars 2015;34(3):253-61. doi:[10.1037/hea0000122](https://doi.org/10.1037/hea0000122) PubMed PMID: 25133842.
36. Mayo clinic. Statin Choice Decision Aid [Internet] Rochester : Mayo clinic [cité 29 mai 2024]. Disponible sur: <https://statindecisionaid.mayoclinic.org/statin/index>
37. PEER. Simplified Cardiovascular Decision Aid [Internet]. Canada : PEER [cité 29 mai 2024]. Disponible sur: <https://decisionaid.ca/cvd/>
38. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) Cholestérol : Faut-il arrêter la prise préventive de statines après 75 ans ? [Internet] Paris : Inserm ; 2020 [cité 28 oct 2024] Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/cholesterol-faut-il-arreter-prise-preventive-statines-apres-75-ans/>
39. Rasmussen P, Yandrapalli S, Aronow W. Statin therapy for primary cardiovascular prevention in adults older than 75 years. *Kardiol Pol.* 25 janv 2021;79(1):18-24. doi:[10.33963/KP.15743](https://doi.org/10.33963/KP.15743) PubMed PMID: 33427435.
40. Kulbertus H, Scheen AJ. L'étude PROSPER (PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk). *Rev Med Liege [en ligne]* 2002 [cité 18 juillet 2024] 57 : 12 : 809-813. Disponible sur : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/10616/1/200212_12.pdf
41. Pavageau S, Manar S, David M, Joseph J, Lopez A. Statines en prévention primaire après 75 ans : décision partagée en l'absence de preuves. *Exercer.* 2018 ; 140 : 52-7. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/951
42. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. *PLoS One.* 2017;12(1):e0170228. doi:[10.1371/journal.pone.0170228](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170228) PubMed PMID: 28085944; PubMed Central PMCID: PMC5234831.

43. Strandberg TE. Role of Statin Therapy in Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients. Curr Atheroscler Rep. 20 mai 2019;21(8):28. doi:[10.1007/s11883-019-0793-7](https://doi.org/10.1007/s11883-019-0793-7) PubMed PMID: 31111235; PubMed Central PMCID: PMC6527904.
44. Organisation mondiale de la santé. Activité physique [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2024 [cité 29 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
45. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials. The Lancet. 11 avr 2015;385(9976):1397-405. doi:[10.1016/S0140-6736\(14\)61368-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61368-4)
46. Haute autorité de santé. Productions programmées en 2026. [Internet] juillet 2026 [cité le 22 aout 2026] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-02/dir1/productions_programmees.pdf
47. Haute autorité de santé. Risque cardiovasculaire global et prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Note de cadrage [internet] HAS ; 2021 [cité le 22 aout 2026] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco404_cadrage_risque_cardiovasculaire_premier_recours_vf.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma explicatif sur l'introduction d'une statine 14

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Population de l'étude	13
Tableau II: Catégories de risque cardiovasculaire global avant 2025	46
Tableau III: Catégories de risque cardiovasculaire global depuis les nouvelles recommandations de l'ESC 2025	49

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	4
INTRODUCTION	7
MÉTHODES	11
1. Type d'étude	11
2. Population	11
3. Recueil des données	11
4. Aspects éthiques et réglementaires.....	12
RÉSULTATS	13
1. Caractéristiques des participants et des entretiens.....	13
2. Schéma explicatif	14
3. Appréciation globale des caractéristiques du patient	14
3.1. Facteurs de risque cardiovasculaire	14
3.2. Mode de vie	15
3.3. Taux de cholestérol	16
4. Mise en place des règles hygiéno-diététiques	17
5. Déterminants à l'introduction d'une statine	19
5.1. Contrôle biologique	19
5.2. Evaluation du risque cardiovasculaire	19
5.3. Examens complémentaires.....	22
5.4. Préférence du patient	23
5.5. Représentations du médecin généraliste	24
5.5.1. Absence de caractère urgent	24
5.5.2. Moteurs à la prescription.....	25
5.5.3. Freins à la prescription	26
a) Les recommandations	26
b) Facteurs extrinsèques	27
c) Effets indésirables	28
6. Décision médicale partagée	29
7. Temporalité de l'introduction de statine.....	30
7.1. Temps long	30
7.2. Introduction plus précoce.....	31
7.3. Absence d'introduction.....	33
8. Prescription d'une statine	34
8.1. Objectifs	34
8.2. Adaptation.....	36
9. Alternative	37
DISCUSSION ET CONCLUSION	39
1. Le résultat principal	39
2. Comparaison avec la littérature.....	41
3. Forces et limites de l'étude	45
3.1. Forces.....	45

3.2.	Limites.....	45
4.	Les perspectives	46
5.	Conclusion.....	51
	LISTE DES TABLEAUX.....	60
	TABLE DES MATIERES	61
	ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Critère de la grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ

N° et item	Guide questions/ description	Réponse
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.Enquêteur/ animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Margaux Humeau
2.Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3.Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne et remplaçante en médecine générale
4.Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune expérience en recherche qualitative
Relations avec les participants		
6.Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Pas tous ; anciens maitres de stage universitaire et médecins généralistes volontaires travaillant dans les mêmes structures
7.Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheurs ?	Interne/ remplaçante réalisant un projet de thèse
8.Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalisées au sujet de l'enquêteur/ animateur ?	Interne/ remplaçante réalisant un projet de thèse sur les statines en prévention primaire

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule de neige
11.Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail ou téléphone
12.Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13.Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun
Contexte		
14.Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet médical de chaque médecin
15.Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Critères de variations maximales : sexe, âge, durée et milieu d'exercice, accueil d'étudiants, formation annexe
Recueil de données		

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Questions non fournies. Cas clinique fourni. Guide testé au préalable
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, après l'entretien
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 6 à 21 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule avec participation du directeur de thèse en cas de doute
--	---	--

25.Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données recueillies
27.Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel®
28.Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29.Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/ résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30.Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : Lettre d'information

Cher confrère,

Je suis médecin généraliste remplaçante et dans le cadre de mon travail de thèse, je m'intéresse aux pratiques des médecins généralistes concernant l'introduction de statine en prévention primaire.

Devant l'absence de recommandations claires avec un niveau de preuve élevé, l'objectif de mon travail est d'essayer de comprendre pourquoi et comment est faite la prise de décision de prescrire ou non une statine en prévention primaire. Il n'est en aucun cas une évaluation des pratiques.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant 30 minutes environ dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré puis retranscrit. Je vous adresserai une retranscription si vous le souhaitez.

Je vous invite à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

Les résultats pourront vous être adressés si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Margaux Humeau

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Titre du travail : L'introduction de statine par les médecins généralistes en prévention primaire

Nom du thésard : Humeau Margaux

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS
D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e), ...

Né(e) le

Docteur en Médecine,

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio
- Les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- J'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- A ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers

A, le

Signature :

*Déclaration de révocation :

M., Mme :

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A, le

Signature :

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé

Bonjour, je suis Margaux Humeau, je réalise une étude qualitative dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale. L'entretien sera enregistré puis retranscrit et anonymisé. Vous pouvez interrompre l'enregistrement à tout moment. Vous pouvez vous opposer à l'exploitation des données.

1^{ERE} PARTIE : CARACTERISTIQUES

- Age, sexe
- Durée d'exercice
- Modalité d'exercice (seul, en groupe)
- Milieu d'exercice (urbain, semi urbain, rural)
- Formations annexes (Capacité, DU, FST, ...)
- Accueil d'étudiants (externe, interne)
- Groupes de pairs

Nous allons commencer avec un cas clinique. Je me permets de vous préciser que ceci n'est pas une évaluation mais bien un cas clinique pour avoir une base de discussion. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

2^{EME} PARTIE :

Cas clinique :

Homme de 63 ans, plombier, IMC à 26 kg/m², HTA traité par un IEC, dernière TA à 130/80. Il n'est pas diabétique. Il ne fume pas et boit occasionnellement le week-end.

Son bilan de cholestérol retrouve : cholestérol total à 2,4 g/L (soit 6.21 mmol/L), dont un HDL à 0,65 g/L (soit 1.68 mmol/L), triglycérides à 1,73 g/l et un LDL à 1,75 g/L (soit 4.53 mmol/L). Il est actif et fait 2 sorties de vélo par semaine. »

Qu'en pensez-vous ? *Si calcul du SCORE2 : risque élevé à 6 %.*

Quels critères vous amènent à envisager d'introduire un traitement ? Pourquoi ?

De manière générale :

- Qu'est-ce que vous pensez des statines en prévention primaire ?

Lors de votre pratique :

- Qu'est ce qui influence votre choix pour prescrire une statine en prévention primaire ?
- Comment évaluez-vous le risque cardio-vasculaire de votre patient ?

- Quels sont, selon vous, les principaux déterminants à la prescription de statine ? qu'est ce qui va faire que vous allez prescrire une statine ?
- Qu'est ce qui fait que vous considérez un patient à risque ?
- Que pensez-vous du SCORE 2 ?
- Quels objectifs recherchez-vous lorsque vous traitez un patient ? Que pensez-vous des cibles à atteindre ?

Prescription de statines en soins primaires par les médecins généralistes

RÉSUMÉ

Introduction : Les recommandations concernant la prescription de statines en prévention primaire sont discutables et parfois discordantes. Alors que l'utilisation d'un score pour évaluer le risque d'évènement cardiovasculaire à 10 ans est relativement admis, l'objectif de LDL à atteindre, toujours plus bas, induisant un nombre de patient à traiter toujours plus important fait débat. L'objectif principal de cette thèse était de recueillir les déterminants à l'introduction d'une statine chez médecins généralistes, acteurs principaux de la prévention primaire.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, menés jusqu'à saturation des données entre octobre 2025 et mars 2026. L'étude a été conçue pour répondre au maximum de critères de qualité de la grille COREQ. L'analyse a été réalisée selon une approche par la théorisation ancrée.

Résultats : Au total, dix médecins généralistes ont été interrogés. Ils accordent une grande importance au mode de vie des patients et à leur des facteurs de risque. Ils décrivent une prise en charge personnalisée, sans urgence, où la décision médicale partagée occupe une place centrale. Celle-ci est influencée par les représentations du médecin et du patient. Les critères à l'introduction de statines sont multiples. La décision médicale peut être aiguillée par la réalisation d'examen complémentaires à la recherche de complications vasculaires.

Conclusion : Cette étude a montré l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes concernant l'introduction de statines en prévention primaire, conséquence de recommandations manquant de clarté et difficilement applicable. Elle est généralement l'aboutissement d'un long processus basé sur la décision médicale partagée.

Mots-clés : risque cardiovasculaire ; cardiovasculaire ; prévention primaire ; statine ; médecins généralistes

Prescription of statins in primary care by general practitioners

ABSTRACT

Introduction : Recommendations regarding the prescription of statins for primary prevention are debatable and sometimes inconsistent. While the use of a score to assess the 10-year risk of a cardiovascular event is relatively widely accepted, the target LDL level—which is set ever lower, leading to an ever-increasing number of patients requiring treatment—remains a subject of debate. The main objective of this thesis was to identify the factors influencing the initiation of statin therapy among primary care physicians, who play a key role in primary prevention.

Materials and Methods : This was a qualitative study using semi-structured individual interviews, conducted until data saturation was reached between October 2025 and March 2026. The study was designed to meet as many of the COREQ framework's quality criteria as possible. The analysis was conducted using a grounded theory approach.

Results : A total of ten general practitioners were interviewed. They place great importance on patients' lifestyles and risk factors. They describe a personalized, non-urgent approach to care, in which shared medical decision-making plays a central role. This process is influenced by the perceptions of both the physician and the patient. There are multiple criteria for initiating statin therapy. The medical decision may be guided by the results of additional tests to screen for vascular complications.

Conclusion : This study demonstrated the heterogeneity of general practitioners' practices regarding the initiation of statins for primary prevention, a consequence of recommendations that lack clarity and are difficult to apply. It is generally the culmination of a lengthy process based on shared medical decision-making.

Keywords: Cardiovascular; cardiovascular risk; Primary prevention; Statin; general practitioners