



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation du risque cardiovasculaire :
qu'en pensent les médecins généralistes ?**

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2021 à 14h00
au Pôle Formation
par **Guillaume PERRON**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nicolas LAMBLIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Monsieur le Docteur Sandro NINNI

Monsieur le Docteur Bruno SIVERY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AIT	Accident ischémique transitoire
ANDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
AVC	Accident vasculaire cérébral
BMJ	British Medical Journal
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DMP	Décision médicale partagée
ERCV	Évaluation du risque cardiovasculaire
ESC	Société Européenne de Cardiologie
FA	Fibrillation atriale
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
IDM	Infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
LDL	Low density lipoproteine
MCV	Maladie cardiovasculaire
MDV	Mode de vie
PA	Pression artérielle
RCV	Risque cardiovasculaire
RCVG	Risque cardiovasculaire global
RIPH	Recherches impliquant la personne humaine
SCA	Syndrome coronarien aigu

Table des matières

TABLE DES MATIERES	3
RESUME	5
INTRODUCTION	6
I. Les maladies cardiovasculaires et leurs enjeux	6
II. Le risque cardiovasculaire (RCV) et son évaluation	7
III. Objectif de l'étude	10
MATERIEL ET METHODE	11
I. Type d'étude	11
II. Population	11
III. Recueil des données	11
IV. Analyse des données	12
V. Journal de bord	13
VI. Aspects éthiques et réglementaires	13
RESULTATS	14
I. Caractéristiques des entretiens	14
II. Dualité de l'évaluation du risque cardiovasculaire	15
A. Le RCV : un problème de santé publique mais un manque d'adhésion du patient ...	15
B. Une ERCV bien codifiée mais insatisfaisante	18
C. Une ERCV qui n'est peut-être pas si chronophage qu'elle n'y paraît	22
D. La réalisation de l'ERCV par qui mais surtout pour qui ?	23
III. La place du médecin généraliste au sein de son environnement	26
A. Une place adaptée à l'ERCV mais une remise en question permanente	26

B.	L'influence du patient sur les recommandations et la pratique du médecin.....	28
C.	Le médecin généraliste confronté à son expérience et ses convictions	30
D.	Le médecin généraliste entouré de ses confrères.....	32
E.	Les nouveautés médicales entraînent une adaptation du médecin généraliste	34
IV.	Des pistes d'amélioration.....	35
A.	Un temps dédié au risque cardiovasculaire.....	35
B.	Une actualisation des échelles de calcul du RCV	38
C.	Une évaluation plus pratique lors de la consultation	40
D.	Une formation à promouvoir	41
	DISCUSSION.....	42
I.	Les résultats principaux	42
II.	Les forces et limites	44
III.	La comparaison avec la littérature.....	46
A.	Le patient au cœur de la prise en charge médicale	46
B.	Une volonté de compréhension et d'adhésion du patient	47
C.	Une actualisation des échelles	51
D.	La prise en compte de nouveaux paramètres	52
E.	Une adaptation constante par la formation et le lien confraternel	54
IV.	Les perspectives.....	55
	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE	58
	ANNEXES.....	65

Résumé

Introduction : Les maladies cardiovasculaires représentent un enjeu de santé publique notamment par leurs conséquences biologiques, psychologiques et sociales. Le risque cardiovasculaire est la probabilité d'apparition d'un symptôme ou d'une maladie cardiovasculaire ; actuellement il est évalué selon des échelles recommandées par les sociétés savantes. L'objectif principal était de savoir ce que pensaient les médecins généralistes de cette évaluation du risque cardiovasculaire (ERCV).

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés par téléconférence auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France entre février et août 2021.

Résultats : Les médecins généralistes abordent fréquemment le risque cardiovasculaire à l'aide d'une méthode scientifique, néanmoins controversée. Cette méthode présente certaines limites, ils en proposent donc une actualisation. Ils recueillent de nouveaux éléments pour prendre en compte le patient dans sa globalité, rendant cette évaluation chronophage. Cette complémentarité permet de renforcer l'adhésion de patients parfois réfractaires au changement de mode de vie par la présentation d'un résultat clair et précis mais aussi par l'individualisation du discours. Ils souhaitent rendre le patient acteur de sa santé en recueillant ses connaissances, ses attentes mais également son avis sur les modifications des règles hygiéno-diététiques ou l'instauration d'un traitement, appliquant les principes de la décision médicale partagée (DMP). Pour favoriser ces changements, la compréhension et l'adhésion du patient doivent être maximales. C'est pour cela que les médecins généralistes proposent de réaliser des consultations dédiées. La relation de confiance médecin-patient, la connaissance du patient ainsi que l'expérience et les convictions des médecins généralistes vont entraîner des remises en question permanentes. Ils vont ainsi adapter leur ERCV grâce à ces réflexions et l'avis de leurs confrères généralistes et cardiologues.

Conclusion : Par l'amélioration de la littératie en santé, les patients pourraient augmenter leur participation à la DMP. Les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur leur connaissance des patients, leurs vécus et la pluralité des pratiques médicales ainsi que participer au travail collaboratif des sociétés savantes afin d'optimiser leur ERCV. Les axes d'amélioration proposés par les médecins généralistes pourraient être mis en œuvre et évalués en soins premiers.

Introduction

I. Les maladies cardiovasculaires et leurs enjeux

L'OMS estime à 17,7 millions le nombre de décès causés par les maladies cardiovasculaires chaque année. (1) Elles représentent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France. (2)

Les maladies cardiovasculaires (MCV) documentées sont :

- Les maladies cardiaques : l'infarctus du myocarde (IDM), le syndrome coronarien aigu (SCA),
- Les maladies vasculaires périphériques : l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), l'anévrisme aortique,
- Les maladies cérébrovasculaires : l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'accident ischémique transitoire (AIT).

Les enjeux liés aux MCV sont nombreux. Tout d'abord, il existe des enjeux financiers. Le coût des MCV en Europe a été estimé à environ 169 milliards par an. Les soins de santé représentent 62% de ce coût. Les pertes de productivité à la suite d'un événement cardiovasculaire seraient estimées à 21% des coûts globaux. (3)

Ensuite, nous pouvons relever des conséquences socio-professionnelles. Une étude française prospective de 2017 a étudié la reprise du travail chez 216 patients travailleurs indépendants après un IDM. Cette étude révèle que 93 patients (43%) n'avaient pas repris le travail à 90 jours. (4)

De plus, de nombreuses conséquences psychologiques ont pu être mises en évidence. Les troubles dépressifs sont fréquents chez les patients atteints d'une cardiopathie ischémique et ont de graves conséquences en termes de morbi-mortalité. Parmi les survivants d'un IDM, environ 20% des patients présentent des critères diagnostiques de dépression majeure. (5) Une autre étude observationnelle basée sur le registre national Swedeheart de 2018, a analysé 27 267 patients à 2 et 12 mois d'un IDM. Cette étude révèle que les symptômes de détresse émotionnelle étaient répandus dans 38% et 33% des cas, respectivement à 2 et 12 mois. (6) Ces troubles psychologiques étant également des facteurs de risque de MCV, ces patients présentent un risque 5 fois plus important de survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire. (7)

Enfin, les maladies cardiovasculaires peuvent également être la cause d'autres troubles survenant chez ces mêmes patients. La fibrillation atriale (FA) est un exemple type de conséquence d'une pathologie cardiovasculaire initiale telle que la cardiopathie ischémique. (8)

II. Le risque cardiovasculaire (RCV) et son évaluation

Un facteur de risque est un élément biologique ou clinique dont la présence ou l'augmentation peut mener à une majoration du risque de développement de MCV. Il existe une relation de causalité entre le facteur et la maladie. Classiquement, nous en identifions deux types :

- Les facteurs de risque non modifiables : l'âge, le sexe et les antécédents familiaux,
- Les facteurs de risque modifiables : le tabagisme, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) et la dyslipidémie. (9)

Nous pouvons y ajouter d'autres facteurs de risque identifiés dans l'étude Interheart (2004), comme l'obésité, le régime alimentaire, l'activité physique, la consommation d'alcool et les facteurs psychosociaux. (10)

Le risque cardiovasculaire global (RCVG) est la probabilité d'apparition d'un symptôme ou d'une complication cardiovasculaire. Différentes méthodes permettent d'estimer le RCVG par la prise en compte de facteurs de risque.

L'étude de Framingham constitue la première étude d'identification des facteurs de RCV, datant de 1948. Cette étude a fourni différents modèles, validés dans des populations variées, afin d'estimer le RCV de morbi-mortalité coronarienne ou cérébrovasculaire. Ces modèles sont performants pour classer les patients et prédire un risque d'évènement cardiovasculaire à 5 ou 10 ans. Dans la population européenne, il est nécessaire d'adapter ces modèles du fait de la surestimation du risque d'un facteur 2-3. (11)

La Société Européenne de Cardiologie (ESC) a publié en 2003 les modèles de SCORE, issus d'études de cohortes européennes et s'intéressant au risque de décès par MCV. Deux équations de risque ont été élaborées en fonction de la prévalence faible ou forte des MCV. Ces modèles permettent de classer les patients par niveaux de risque. Leur performance n'a pas été évaluée dans une population française représentative. (12)

En France, l'échelle recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est le SCORE. Cette échelle tient compte de différents facteurs de RCV pour des patients âgés de 45 à 65 ans : l'HTA, l'âge, le cholestérol total, les antécédents personnels cardiovasculaires et le tabac. Les patients atteints de diabète sont classés d'emblée en RCV élevé. (13)

Les recommandations de l'ESC datant de 2019 proposaient une modification des catégories de RCV et un élargissement des âges d'inclusion. Elles mettaient en avant l'intérêt d'imageries spécialisées et de nouveaux dosages lipidiques. Elles revoyaient également à la baisse les seuils d'introduction d'un traitement hypolipémiant.(14) Les nouvelles recommandations de l'ESC 2021 sont apparues une fois ce travail terminé ; elles présentent un algorithme SCORE actualisé, SCORE2, il estime le risque individuel sur 10 ans d'événements cardiovasculaires mortels ou non, chez des personnes apparemment en bonne santé, âgées de 40 à 69 ans. (15)

De nouvelles recherches voient le jour régulièrement pour tenter d'améliorer la prédiction d'événements cardiovasculaires en prévention primaire. Nous faisons actuellement face aux différentes recommandations des sociétés savantes. En effet, une revue de littérature menée par Damen et al. publiée en 2016 dans le BMJ se basant sur 9 965 articles a permis la mise en évidence de 363 modèles de prédictions du RCV. (16)

En 2019, le conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants conseillait quant à lui d'axer la prise en charge sur le patient « à risque cardiovasculaire » et non pas centrée sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Il proposait une prise en charge du RCVG, un seuil choisi par le patient ainsi que des interventions centrées sur le patient. (17)

L'enjeu pour le corps médical est de réaliser une évaluation du RCVG pour adapter la prise en charge à chaque patient. Il semblerait que cet objectif ne concerne pas seulement les patients en prévention primaire, mais également ceux ayant déjà subi un événement cardiovasculaire indésirable.

III. Objectif de l'étude

Dans ce contexte, les MCV représentent un enjeu de santé publique majeur, dont les facteurs de risque sont modifiables. Le médecin généraliste est en première ligne de la prise en charge du patient et doit faire face à de constantes nouveautés en termes d'ERCV.

L'objectif de cette étude était de savoir ce que pensaient les médecins généralistes de l'ERCV en soins premiers. Nous avons également essayé de relever leurs propositions afin d'en améliorer l'évaluation.

Matériel et Méthode

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, avec une analyse inspirée de la théorisation ancrée. Une théorie ancrée est construite de façon inductive en partant de l'expérience de personnes partageant une problématique commune. Il s'agit donc de créer un modèle qui explicite un processus. Cette modélisation théorique consiste en un aller-retour permanent entre le concret (le terrain) et la théorie, ce qui légitime ce type d'analyse dans ce travail. (18)

II. Population

Une méthode d'échantillonnage théorique a été choisie pour le recrutement des participants. L'échantillonnage a été orienté par la théorie au fur et à mesure de son émergence. Il n'y avait pas d'*a priori* sur les caractéristiques des participants de l'étude.

Les participants ont été recrutés parmi les médecins généralistes libéraux en exercice de la région des Hauts-de-France. Le premier médecin choisi était une connaissance du chercheur. Au total, 17 médecins généralistes ont été contactés dont 10 ont été interrogés. La suffisance théorique des données a été définie par 2 entretiens n'apportant pas de nouvelles propriétés. Elle a donc été retenue au 10^{ème} entretien.

III. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par des entretiens semi-dirigés individuels. Des démarches avaient été réalisées pour la constitution de *focus groups* afin de promouvoir des interactions entre les participants, malheureusement ceux-ci ont été rendus impossibles à cause des restrictions dues à la crise sanitaire. Un guide d'entretien avait été réalisé *a priori*

avec des questions ouvertes. L'élaboration du guide a été permise par la lecture au préalable de la littérature. Ce guide d'entretien a été modulé au fur et à mesure des entretiens (annexes).

Les entretiens se sont déroulés du 20 février 2021 au 4 août 2021. Ils ont été réalisés en téléconférence à l'aide de la plateforme sécurisée Zoom® via l'Université de Lille 2. Les restrictions dues à la crise sanitaire ainsi que l'éloignement géographique d'un chercheur ont imposé cette méthode de recueil.

Chaque entretien a été enregistré dans son intégralité par un dictaphone. Ensuite, l'enregistrement a été retranscrit sur le logiciel informatique Word® sans changement ; le vocabulaire et la syntaxe restant conformes aux dires des participants (annexes). Ces verbatims ont été soumis aux participants de l'étude afin qu'ils puissent s'assurer que les propos étaient fidèlement retranscrits.

IV. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (GP et MC). Elle a été conduite à l'aide du logiciel NVivo® qui a permis l'étiquetage, cela consiste à transformer les données des entretiens en données analysables et pertinentes. Une microanalyse a été menée à la suite du premier entretien. Selon la méthode d'analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée, une étiquette est une unité de sens tirée de l'expérience du participant.

A l'aide de ces données, nous avons pu faire émerger des propriétés (versions théoriques des étiquettes expérientielles) ainsi que des catégories afin d'organiser les propriétés.

L'analyse axiale a reposé sur l'articulation des propriétés et des catégories des différents entretiens autour d'axes répondant à l'objectif de l'étude.

La dernière étape, l'analyse intégrative permet l'intégration des différents axes travaillés dans un modèle global.

V. Journal de bord

Un journal de bord (annexes) a été réalisé dès le début de l'étude sur support informatique. Il a permis de poser les premiers questionnements des chercheurs ainsi que leurs *a priori*. Il a également servi de recueil des différentes étapes et problématiques rencontrées durant l'élaboration et la réalisation de cette recherche. Le journal de bord était partagé par les différents chercheurs.

VI. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude ne faisant pas partie des recherches impliquant la personne humaine (RIPH), elle se situait donc hors Loi dite Jardé et ne requérait donc pas l'avis d'un Comité de Protection des Personnes avant de débiter les recherches. En effet, ce travail se fonde sur des entretiens compréhensifs permettant d'analyser des expériences de médecins généralistes. Cette étude a été validée par la CNIL (Référence Registre DPO : 2020-99) le 27 janvier 2021.

Résultats

I. Caractéristiques des entretiens

Dix médecins généralistes ont accepté de participer à cette étude. Les médecins interrogés exerçaient dans la région des Hauts-de-France. Les entretiens ont duré entre 18 et 45 minutes. La suffisance théorique des données a été constatée au 8^{ème} entretien, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette suffisance.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants de l'étude

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Enseignement	Durée
Médecin 1	H	> 50 ans	Urbain	MSP	Oui	27'
Médecin 2	H	> 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	45'
Médecin 3	F	< 50 ans	Rural	MSP	Non	23'
Médecin 4	H	> 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	18'
Médecin 5	H	< 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	30'
Médecin 6	H	< 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	25'
Médecin 7	F	< 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	29'
Médecin 8	H	< 50 ans	Semi-rural	MSP	En cours	33'
Médecin 9	H	< 50 ans	Urbain	MSP	Non	40'
Médecin 10	F	> 50 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	25'

II. Dualité de l'évaluation du risque cardiovasculaire

A. Le RCV : un problème de santé publique mais un manque d'adhésion du patient

1. Un thème courant

La prise en charge d'un patient à risque cardiovasculaire est un sujet très fréquemment rencontré en consultation de médecine générale.

P9 : Non, c'est intéressant de se poser la question parce que ça concerne beaucoup de patients. Ça concerne 80% des patients qu'on voit, le risque cardiovasculaire.

P4 : Oui, oui, oui, j'en ai déjà eu un tout à l'heure.

P6 : Le fait de parler d'activité physique et tout ça, c'est tout le temps pour aborder le risque cardiovasculaire donc probablement pas la dernière consultation parce que c'était une consultation de pédiatrie mais la consultation d'avant.

Les facteurs de RCV sont souvent au premier plan et permettent d'initier une consultation d'ERCV. Dans cette étude, le risque cardiovasculaire n'a été évalué que sur points d'appels.

P9 : C'est un patient, patient diabétique, obésité morbide, qui n'est pas très observant par rapport à ses traitements.

P7 : C'est une dame sans gros antécédent cardiovasculaire particulier d'une soixantaine d'années, qui avait un taux de cholestérol assez important, donc cholestérol isolé, avec une tension normale non corrigée par un antihypertenseur.

Les médecins généralistes ont conscience de l'enjeu important que représente ce problème de santé publique mais reportent parfois leur évaluation, la relayant au second plan.

P6 : Ben parce que les maladies cardiovasculaires sont la seconde cause depuis très peu de temps de mortalité au monde, ça vaut le coup quoi.

P4 : Après on peut se dire qu'on ne le fait pas ce jour-là, et qu'on le fera la prochaine fois.

2. Un manque d'adhésion du patient

Selon les médecins interrogés, les patients ne prennent pas conscience de la présence et de l'implication de leurs facteurs de risque. Ils sous-estiment également les comportements socialement jugés comme négatifs.

P9 : Mais toutes ces maladies : diabète, hypertension, dyslipidémie ; ils n'ont pas de symptômes, ce n'est pas comme quand ils ont une entorse ou une douleur, une pneumopathie, ils n'ont pas de symptômes de cette maladie-là donc ils ne vont pas forcément se rendre compte qu'ils sont malades.

P6 : Ben c'est quand même assez connu que pour les comportements qui sont socialement plutôt négatifs, la personne a plutôt honte, qu'un sentiment... et donc va sous-estimer sa consommation d'alcool et sa consommation... et sa consommation de choses grasses et sucrées pour ne pas être stigmatisée.

P9 : Parce qu'on est les gens, qu'ils vont venir consulter pour autre chose, il y en a très peu qui viennent en disant je voudrais faire un point sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Ça n'existe quasiment pas.

Les médecins généralistes essaient de leur faire accepter ces éléments. Ils évoquent l'importance de l'information à donner aux patients et parfois la difficulté que cela représente pour les patients.

P6 : J'aborde avec le patient, déjà les... je lui demande ce qu'il connaît des facteurs de risque cardiovasculaire en général.

P9 : L'utilité... ben déjà... mettre dans leur tête une petite alerte : risque.

P10 : On pense qu'il est vraiment à risque, qu'il va se passer quelque chose, qu'il n'est pas bien... il faut réussir à lui faire prendre conscience de ce qu'on a pressenti et là il faut le faire réagir. C'est là où des fois c'est le plus compliqué.

Quand ils souhaitent amener le patient à une prise de conscience du risque ou à la nécessité d'un changement, les médecins interrogés utilisent une approche centrée sur le patient.

P8 : Après je pense qu'il faut, on ne peut pas leur faire peur, mais leur montrer pourquoi traiter ces facteurs de risque a un intérêt pour eux, en se basant sur leur vie, leur quotidien : « moi mon seul kiff c'est ma petite fille » ; « votre petite fille si vous voulez la voir grandir c'est maintenant que ça se joue ».

P10 : « Où est-ce que vous en êtes de votre arrêt du tabac finalement, vous avez essayé, vous y arrivez » bon alors une fois, puis après : « et le poids ça va, allez on se pèse, on regarde » ; sur le ton de la bienveillance tout le temps ».

Les médecins décrivent chez les patients des réticences et des difficultés à amorcer le changement d'habitudes. Pour certains d'entre eux, les patients paraissent même fermés et réfractaires.

P8 : J'ai senti une certaine réticence, disons que c'est une première petite étape. Aborder cette problématique-là et d'avoir tout de suite un espèce de : « m'embête pas avec ça ».

P6 : Les patients, ce qui est pénible c'est qu'ils... que souvent ils ne veulent pas changer de comportement mais bon ça, il faut les travailler.

P10 : C'est vraiment pour certains, ceux qui n'ont pas envie d'entendre, ils n'entendront pas de toute façon. Ils ne veulent pas et quand ils ne veulent pas, ils ne veulent pas.

B. Une ERCV bien codifiée mais insatisfaisante

1. Une confiance des médecins généralistes dans l'outil d'évaluation

Les médecins interrogés font part de leur confiance envers les sociétés savantes mais également envers les différents outils disponibles pour le calcul du RCV.

P3 : Ceci dit, ça a quand même été établi par des sociétés savantes, donc euh... je euh ... je leur fais confiance quelque part.

P5 : Tu vois ... Et ça c'est un outil qui est utilisé aussi par la société française de médecine générale, donc je pense que c'est l'outil qui est répandu quoi.

Ces outils ont été jugés comme pertinents grâce à une ERCV facile, claire et reproductible.

P9 : Je dois pouvoir te le retrouver, je l'utilise un peu par facilité, le truc qui est inclus dans mon logiciel.

P7 : Donc après globalement c'est assez clair, les outils qu'il y a sur internet pour calculer rapidement le risque c'est pas mal, parce que au moins... donc ça c'est fait, on a des choses assez claires.

P5 : Dès l'instant où tu as une référence et que tu t'y réfères à chaque consultation, c'est un outil qui est stable.

Les résultats obtenus par l'évaluation du risque sont décrits comme un outil approprié pour initier les modifications d'habitudes ou l'introduction d'un traitement.

P8 : Je pense que oui, je pense que quand les patients sentent qu'on est bien clair dans ces explications, qu'on donne des chiffres précis, je pense que ça peut renforcer leur adhésion.

P1 : Ça fait beaucoup de facteurs de risque, donc quand ils ont un papier qui leur indique que là ils ont un risque ... je trouve que ça apporte plus pour le patient.

P7 : Je trouve que les chiffres qu'on obtient c'est peut-être bien pour introduire une statine, pour convaincre le patient.

2. Des outils d'évaluation en inadéquation avec la pratique

Malgré des échelles de calcul du RCV profitables, elles sont également critiquées pour leur manque de paramètres, leur simplification de la médecine et par conséquent leur manque de prise en compte de la globalité du patient.

P2 : Il n'y a pas que les problèmes métaboliques, il y a l'hygiène de vie, il faut savoir ce qu'ils bouffent, je pense qu'il ne faut pas... les échelles de risque cardiovasculaire ne prennent pas en compte tout ça.

P7 : De toute façon la grille de SCORE, elle ne prend pas en compte les antécédents personnels, elle ne prend pas en compte les antécédents familiaux qui sont quand même hyper-importants. Quand on sait qu'un patient, son père il a eu un infarctus à 45 ans, sa grand-mère paternelle pareil, je pense qu'en terme de risque cardiovasculaire c'est important.

P4 : Je trouve que maintenant on veut toujours mettre les patients en grilles. Or quand on fait des grilles ou quand on fait des ... il y a toujours des gens qui ne rentrent pas dans des cases, qui sont des cas particuliers etc. et moi ça me gêne un peu toutes ces histoires de grilles, d'échelles et tout.

P2 : Les différents paramètres utilisés dans ces échelles ne tiennent pas compte de l'individu, c'est un calcul brut ce n'est pas une personne seule, c'est : l'état cardiovasculaire de monsieur untel à l'instant T c'est ça, donc il faut faire ça.

Ils estiment que ces outils ne leur sont pas destinés et qu'ils conviennent plus facilement à une médecine hospitalière ou à certains spécialistes d'organes.

P5 : Après en cardiologie j'imagine qu'eux ils utilisent le score à d'autres fins.

P1 : Je pense que ça correspond à l'hôpital, nous on a une relation particulière [...] j'ai des patients que je connais depuis des années, donc on n'est pas sur cette histoire.

Nous avons également remarqué une méconnaissance du médecin généraliste concernant ces outils d'évaluation.

P5 : Ben depuis peu, je n'en avais pas connaissance avant, depuis que l'on me l'a donné, j'essaie effectivement de l'utiliser.

P10 : Mais alors il y a peut-être déjà quelque chose qui existe et que je n'utilise pas et qui pourrait peut-être l'aider, franchement je ne sais pas.

Ces différentes observations conduisent indéniablement à une inutilisation de ces échelles.

P8 : Si la question c'est quels outils j'utilise pour évaluer le risque cardiovasculaire du patient, la réponse c'est : aucun.

P1 : Non mais moi le SCORE je le mets sur l'ordinateur, je ne travaille pas par rapport au SCORE, je ne le regarde jamais.

P2 : Pas forcément utiliser les dogmes de la médecine qui ne sont pas forcément des dogmes de terrain mais des dogmes d'études faites... et encore des études qui sont sans arrêt controversées et qui se contredisent les unes par rapport aux autres, on finit par ne plus savoir quoi.

3. Les médecins généralistes s'essaient donc à de nouvelles façons d'évaluer

Nous avons relevé une ambivalence dans leur méthode d'évaluation.

P3 : Je trouve ça un peu bête d'appliquer des recommandations bêtement, et qu'il faut aussi qu'on s'adapte à nos patients. Quoi qu'il en soit, il y a un moment où il faut les prendre en charge.

P7 : Calculer rapidement le risque c'est pas mal, parce que au moins... donc ça c'est fait, on a des choses assez claires. Le pourcentage du score, ça je trouve ça moyen mais bon après voilà...

Dans ce contexte, les médecins généralistes abordent l'évaluation à l'aide de méthodes complémentaires.

P9 : Oui, je pense à grande échelle c'est pertinent, après ça doit rester adaptable au cas par cas ; mais à grande échelle c'est pertinent parce que ça nous donne des lignes directrices pour le patient.

P7 : Non mais après c'est du feeling et je veux dire... c'est de la logique aussi, c'est bien d'avoir le SCORE à tout ça.

P6 : Si je l'utilise mais ... c'est le deuxième temps je trouve. [...] Tu ne te fais pas... tu ne commences pas à penser au SCORE quand tu n'as pas les 2-3 critères qui font que ça va augmenter.

Les médecins généralistes complètent l'évaluation qualifiée de scientifique, reposant sur des échelles de calcul, en recueillant de nouveaux éléments tels que : l'hygiène de vie, la physionomie et les antécédents.

P7 : Du coup, j'en ai discuté avec elle, de son équilibre alimentaire etc. j'ai essayé de voir si on pouvait changer.

P4 : Par exemple le mode de vie, son hygiène de vie, sa... sa silhouette, s'il est gros, s'il est longiligne, s'il fume, par exemple.

P6 : Donc il faut que j'interroge sur sa consommation de tabac et sa consommation d'alcool. Et du coup j'interroge aussi, mais ça c'est systématique, sur son activité physique au quotidien.

P1 : Dans une famille où il n'y pas un cardiaque, on ne va pas se comporter de la même façon que quand ils sont tous cardiaques et qu'ils sont tous vivants.

Les médecins généralistes justifient cela par une adhésion du patient renforcée par la prise en compte de sa globalité et de sa complexité.

P8 : Je pense que si déjà ils ont l'impression que le discours est bien calibré sur eux, ils vont y adhérer un peu plus.

P3 : C'est un peu du cas par cas, parce que pour le coup on fait en fonction de... la réceptivité du patient qu'on a en face de nous, on sait si, on voit rapidement... et puis on les connaît, donc on voit si on peut jouer là-dessus ou pas.

C. Une ERCV qui n'est peut-être pas si chronophage qu'elle n'y paraît

Les premiers entretiens concernant l'ERCV qualifiaient celle-ci de chronophage.

P1 : Après, celui qui fait 80 actes par jour ça m'étonnerait qu'il fasse ça.

P3 : Parce que c'est chronophage mais après ça dépend aussi du rythme qu'on s'impose.

P7 : À cause du temps que ça prend en consultation. Parce que je prends 15 minutes par patient et je déteste être en retard.

Les médecins généralistes précisent pourtant que l'ERCV réalisée comme recommandée était plutôt rapide.

P5 : En fait moi ça va très vite, le patient est devant moi, pendant qu'il me parle : hop hop, je remplis les informations sur le logiciel et ça me calcule directement le risque.

P1 : L'évaluer ça ne prend rien, il suffit d'appuyer sur une touche.

P2 : Ça prend 30 secondes à cliquer sur son ordinateur.

Ce sont plutôt les recueils de données et les échanges menés lors de l'entretien qui en font une évaluation chronophage.

P7 : Après si on se base que sur ce que le patient dit ça prend 3 secondes, si on cherche un peu, ça prend un peu plus de temps.

P1 : Mais si vous demandez de faire de l'éducation alimentaire ou des trucs comme ça, ça ne prend pas 3 secondes, ce n'est pas possible.

P7 : C'est surtout tout ce qui est alimentaire, quand on demande à un patient une perte de poids ou ce genre de choses. Du coup il faut déjà trouver quel est le problème et ensuite souvent les patients ils demandent des conseils etc. Ça, ça prend vachement de temps.

D. La réalisation de l'ERCV par qui mais surtout pour qui ?

1. Une évaluation réalisée par le médecin généraliste

Nous avons constaté que l'ERCV est principalement réalisée par le médecin généraliste, voire même simplement par un logiciel informatique.

P5 : Sur mon ordinateur, j'ai un questionnaire qui me permet de calculer le risque... le risque cardiovasculaire global du patient

P9 : J'ai une aide dans mon logiciel qui me calcule les objectifs avec les différents facteurs, les critères déjà rentrés : le poids, la taille, l'IMC, les antécédents qui sont remplis dans le formulaire, il y a déjà un formulaire tout prêt.

P1 : Mes patients sont documentés, donc automatiquement il me sort un risque cardiovasculaire.

La réalisation d'une ERCV permet aux médecins généralistes de se déresponsabiliser de cette évaluation afin de convaincre le patient aux changements de mode de vie (MDV).

P5 : Moi ça me permet d'appuyer un petit peu, si tu veux, ma conduite à tenir sur le mode de vie du patient, ben voilà le coca à 16 heures et le coca à 20 heures ce n'est peut-être pas terrible, regardez même mon logiciel me le dit donc faites attention voilà.

P10 : Il peut être suffisant, mais on n'a pas forcément envie d'endosser toujours toute la responsabilité de tout.

P8 : Je me base à nouveau sur le petit calcul de l'objectif LDL, c'est d'avoir un espèce d'objet neutre qu'on peut présenter au patient pour se dédouaner.

2. Une évaluation réalisée pour le patient

Bien que l'ERCV soit réalisée principalement par les médecins généralistes, ils évaluent le RCV dans une perspective de réduction de la morbi-mortalité pour le patient.

P6 : Donc lutter contre les facteurs de risque cardiovasculaire c'est principalement l'alimentation et l'activité physique, éventuellement le sevrage tabagique ou le sevrage alcoolique.

P5 : Ça nous permettra de suivre un petit peu l'évolution de votre état cardiovasculaire. Après je vais lui dire voilà vous pouvez faire un effort sur l'alimentation, sur l'exercice physique etc.

P7 : Quand je le fais c'est dans un but, souvent c'est quand j'évalue le risque cardiovasculaire c'est soit pour instaurer un traitement ou pour argumenter l'arrêt du tabac ou ce genre de choses, sur la perte de poids etc.

L'ERCV est décrite comme un outil d'amorçage de la discussion, entraînant chez les patients une réflexion, une réaction.

P8 : J'ai l'impression qu'ils aiment bien regarder, voir ça, d'avoir des comparatifs, des objectifs donc là l'idée c'est que ça vienne de moi et que l'on parte de ça pour ensuite élargir la discussion.

P5 : Bon nombre de patients viennent nous voir pour n'importe quelle information qu'ils ont entendue à la radio, à la télé, des choses comme ça. Et ça nous permet après derrière en consultation d'en discuter, c'est intéressant.

Les médecins généralistes discutent également avec le patient à la suite de cette évaluation de l'intérêt de mise en place d'un traitement.

P2 : Parce que justement on discutait de l'intérêt de renforcer son traitement cardiovasculaire par l'instauration de statine.

P5 : Je n'impose jamais le traitement au patient. [...] Je ne vais pas imposer un traitement à un patient.

P1 : Après moi en ce qui me concerne, ça me permet d'étalonner mon traitement.

Par cette ERCV, les médecins généralistes souhaitent mettre le patient au cœur de sa prise en charge, le rendre acteur de sa santé.

P9 : Je pense que les gens qui viennent pour se poser la question de facteurs de risque, de faire un bilan, l'évaluation est forcément bonne parce qu'on prend le temps de regarder, de leur expliquer.

P8 : Eux ils regardent leur prise de sang, ils sont aussi acteurs de leur prise en charge pour la plupart.

Les médecins généralistes estiment intéressant d'élargir cette évaluation en prônant une discussion ouverte avec le patient permettant une prise en compte de son avis et de ses attentes, mais également une inclusion du patient dans la réalisation de l'évaluation.

P2 : Je veux dire, il faut dialoguer et je pense que les échelles de calcul du risque cardiovasculaire ne prennent pas en compte des paramètres qui sont fondamentaux.

P6 : Je lui demande s'il a des envies de changements avec des interventions brèves par rapport au tabac par exemple, ou s'il a des envies de changements au niveau diététique, est-ce qu'éventuellement il souhaite qu'on fasse une consultation dédiée par rapport à ça et ou d'aller voir une diététicienne.

P1 : Par rapport au patient, par rapport au ... moi je lui explique ce qu'il risque puis on discute ensemble, et on voit ce qu'il fait. Faire un régime à un mec qui ne fera jamais de régime, c'est complètement débile.

P5 : Là dans le calcul du risque cardiovasculaire c'est moi qui remplis tout, moi j'aime bien les... le calcul des risques où le patient intervient c'est-à-dire que je ne suis pas tout seul à calculer le risque, lui il intervient dans le calcul du score.

III. La place du médecin généraliste au sein de son environnement

A. Une place adaptée à l'ERCV mais une remise en question permanente

1. Le médecin généraliste, un rôle central de l'évaluation

Les médecins généralistes considèrent leur place justifiée dans l'ERCV par leur connaissance du patient.

P8 : Effectivement, peut-être qu'au final c'est quand même moi qui connais le mieux le patient, notamment sur ses habitudes, sur ses bios, je les connais par cœur, je les ai régulièrement, je sais s'il fume, s'il boit, l'évolution de son poids.

P1 : Nous on connaît bien nos patients, donc je veux dire... les facteurs de risque on les connaît, ce n'est pas comme un cardiologue qui voit le patient pour la première fois et qui doit donner un ...

P7 : C'est-à-dire ma place ? [...] C'est notre boulot, je ne sais pas.

Ils réalisent une médecine de premier recours avec de fréquentes rencontres des patients, ils estiment parfois même être le seul interlocuteur.

P3 : Je pense que nous, on est le premier recours en fait, on est le premier rempart, je pense que nous on a un gros rôle d'éducation, de prévention.

P9 : Si nous on ne les dépiste pas, on passe forcément à travers les mailles du filet parce que personne derrière ne va aller les rechercher pour ça.

P7 : Après, nous c'est notre boulot aussi, on voit les patients tout le temps, fin tout le temps... c'est nous qui les voyons le plus.

Les médecins généralistes précisent que les patients les choisissent et leur accordent leur confiance.

P10 : C'est une question de confiance et puis de ressenti, ils viennent me voir parce que... je pense qu'ils ont envie de voir quelqu'un qui travaille peut-être un petit peu comme ça aussi.

P2 : Il n'est pas bête, il sait très bien qu'il y a des médicaments pour le cholestérol. Il en discute avec ses copains qui en ont, ou ses copines qui en ont et lui il se dit : « ben moi je n'en ai pas » et ça ne le gêne pas, il fait confiance en son médecin.

P9 : Ils ressortent avec une statine, un antihypertenseur et d'autres médicaments et du coup, là ils ont du mal à adhérer et souvent ils viennent nous voir pour savoir s'ils doivent vraiment tout prendre : « est-ce que c'est nécessaire ? ».

2. Une remise en question constante de sa pratique

Une place centrale semble être accordée aux médecins généralistes pour l'ERCv, pourtant ils reconnaissent des connaissances inexacts des outils d'évaluation.

P7 : Pour ça il faudrait que je me rappelle des recommandations exactes.

P6 : Euh... ben tous les critères que... tous les critères officiels de la... des facteurs de risque cardiovasculaire. [...] D'accord donc dans les recommandations aucun de ces facteurs n'est pris en compte ? Du risque cardiovasculaire ?

P3 : Je le fais avec le... les... je ne connais plus le nom des tables d'ailleurs mais avec les tableaux-là, vous savez rouge, vert et jaune.

Les échelles de calcul du RCV ont été jugées controversées.

P2 : Des études qui sont sans arrêt controversées et qui se contredisent les unes par rapport aux autres, on finit par ne plus savoir quoi.

P6 : Oui, effectivement il y a des controverses sur ce truc-là et c'est pour ça que c'est intéressant...

Il existe une diversité de pratiques médicales, de motifs de consultation et de population.

P4 : Moi j'en viens à me dire qu'on fait ce qu'on peut, chacun un petit peu... on a aussi nous-mêmes nos préférences, nos pathologies préférées.

P2 : On voit des gens, on saute du coq à l'âne, de la fracture du col fémoral au cancer polymétastatique, au post-AVC, à la pneumopathie, si on regarde il y a des outils pour tout.

P5 : Tu sais moi je suis à Tourcoing, j'ai beaucoup de... j'ai beaucoup de Maghrébins, j'ai beaucoup de Portugais et d'Italiens et des Turcs aussi et des Serbes aussi.

Ces différents facteurs vont entraîner chez les médecins généralistes des doutes sur leur ERCV ainsi que des remises en question.

P7 : Je ne sais pas trop, je ne saurais pas la juger, je ne sais pas si c'est bien ou pas bien, je fais comme je le sens, je ne sais pas la juger, je ne saurais pas dire.

P4 : Je pense que comme elle est un peu instinctive, elle n'est probablement pas au top.

Ces remises en question vont amener les médecins généralistes à moduler leur pratique mais également leur évaluation.

P4 : Je me rends compte quand même que je ne suis pas au top, j'ai voilà ... je pense que personne n'est au top. Il y a peut-être quand même moyen d'améliorer.

P6 : Je pense que ma pratique a énormément changé, qu'elle s'est probablement améliorée parce que p..... je n'étais pas terrible au début.

P10 : J'aimerais bien avoir un retour s'il y a des choses que je ne fais pas bien ; ça, ça m'intéresse.

B. L'influence du patient sur les recommandations et la pratique du médecin

1. Les recommandations scientifiques sont modulées par la connaissance du patient

Les médecins généralistes contestent les recommandations des sociétés savantes, les critiquant notamment sur les objectifs imposés.

P1 : J'estime qu'il y en a ras le bol des normes, de tout ce que l'on nous impose, ça nous prend la tête.

P9 : Il faut tout scorer maintenant, que ça soit en pneumo, en cardio etc.

P7 : Parce que si je ne me trompe pas, je crois que c'est ce que l'on devrait faire.

Ces objectifs sont considérés comme inadaptés pour les patients en soins premiers.

P9 : Il parle globalement de patient à risque faible, donc dans la population courante il a un objectif < 1,15. Ce qui m'embête un petit peu là-dedans c'est que globalement on va mettre 80% des gens sous statine.

P5 : Dans les patients à haut risque, ils me demandent un LDL < 1 g, ça en général je le réadapte à <0,7g.

Les médecins généralistes vont moduler ces recommandations en fonction de leur connaissance des patients notamment de leur MDV.

P9 : En général quand ils n'ont pas de facteurs de risque et qu'ils sont autour de 1,5 ou 1,6 je les laisse assez tranquilles. [...] Laisser peut-être un peu plus tranquille celui qui est à 1,4 de LDL alors qu'il devrait être à 1,3 et à côté de ça : il a une hygiène de vie, il mange des légumes de son jardin, il fait du vélo trois fois par semaine, qu'il est dynamique.

P3 : Je trouve ça un peu bête d'appliquer des recommandations bêtement, et qu'il faut aussi qu'on s'adapte à nos patients.

P2 : Et puis il y en a d'autres je suis d'accord, s'ils ont une simple hypertension artérielle avec un LDL cholestérol à 1,40 ça ne me gêne pas.

2. La pratique du médecin fluctue en fonction du patient

En effet, les médecins généralistes adaptent leur pratique et le contenu de leur consultation selon le patient.

P10 : On a aussi des patients beaucoup moins capables de comprendre les choses écrites, ce n'est pas possible donc si on ne le dit pas... donc pour ceux-là c'est : dire, dire, dire, dire et redire.

P5 : Ma discussion est plus ou moins ferme en fonction de l'état de santé du patient.

P8 : Les créneaux ils sont de 15 minutes, les gens le savent, même si évidemment c'est malléable et tant mieux d'ailleurs, parce qu'on ne prend pas autant pour un rhume et pour une personne qui vient de perdre son mari.

La connaissance du patient va également jouer un rôle dans l'ERCV.

P9 : Puis, par ce qu'ils vont nous dire aussi, par leur mode de vie c'est-à-dire qu'il y a des patients qui sont à haut risque cardiovasculaire sur le papier, mais qui sont sportifs, qui font du vélo, qui font autre chose, qui mangent correctement.

P4 : Je pense que moi je manque peut-être un peu de rigueur avec le temps. Mais bon... je pense que je compense ça par la connaissance de mes patients.

C. Le médecin généraliste confronté à son expérience et ses convictions

1. L'expérience du médecin généraliste au service de l'ERCV

Les médecins généralistes réalisent une ERCV en fonction de leur formation.

P5 : Écoute, moi mon expérience personnelle est peut-être un peu biaisée dans la mesure où j'ai fait six mois en cardio. Donc ça fait peut-être partie des choses sur lesquelles je fais un petit peu plus attention.

P6 : De part les formations et le vécu et l'expérience au quotidien ben forcément oui elle s'est améliorée.

P7 : Le reste c'est... c'est ce que je pense qu'il faut faire par rapport au cours, fin par rapport à ce qu'on m'a appris ?

Les expériences vécues par les patients ont influencé la pratique des médecins généralistes.

P6 : Quand on a des patients qui meurent de problèmes cardiovasculaires, après on est un peu plus sensibilisé. Donc l'expérience faite que... je suis probablement passé à côté de choses à certains moments comme tout le monde, mais que ça m'a sensibilisé sur le sujet.

P9 : Après, je pense qu'en se fiant à son ressenti, à son instinct on passe forcément à côté de certains patients pour qui on pense qu'ils sont en bonne santé alors que finalement d'un point de vue objectif ils ne le sont pas, donc je pense que ça fait une évaluation moins bonne.

P2 : Une évaluation... cet homme a quand même vécu de 50 à 75 ans sans prendre de statine et il ne s'en porte pas plus mal.

2. Le médecin généraliste pratique selon ses convictions

En effet, ce n'est pas forcément l'âge du médecin, mais plutôt ses convictions qui vont le pousser à la réalisation d'une ERCV.

P7 : Non je pense que ça dépend de la personnalité du médecin. [...] Je ne pense pas que ce soit, en soit le fait que je sois jeune ou pas, c'est juste que c'est surtout le côté : j'aime bien tout ce qui est éducatif donc du coup je le fais.

P8 : Je ne suis pas sûr que ce soit forcément une question d'âge mais peut-être plus une question de tempérament, de façon de faire.

Néanmoins, l'âge peut intervenir dans la façon d'exercer grâce à l'informatisation.

P9 : Déjà ils utilisent moins d'outils informatiques, pour la plupart, je ne parle pas de 100%, mais je pense qu'ils sont moins dans l'informatique.

P5 : Mais moi du fait que je sois informatisé et que j'ai un outil quand même informatique assez pointu et qui me permet de guider très facilement la consultation j'utilise facilement le risque cardiovasculaire global.

D. Le médecin généraliste entouré de ses confrères

1. Les confrères cardiologues

Les spécialistes en cardiologie s'avèrent être également au cœur de la prise en charge du RCV.

P7 : Non le plus légitime c'est probablement le cardio, après ...

P8 : Je pense que dans ma pratique inconsciemment je me mets un peu en second derrière les cardios.

P3 : Je ne sais pas si ce sont les plus à même mais je pense qu'ils font, qu'il faut qu'ils fassent partie de la discussion.

Les médecins généralistes entendent les messages des cardiologues sans pour autant converser avec eux.

P4 : Je pense qu'ils peuvent aussi trouver leur place, peut-être dans leur courrier nous inciter à le faire etc.

P9 : Après, en général, les patients comme ça, ils sont aussi suivis par un cardio, dans le courrier il rappelle régulièrement les objectifs, souvent c'est <0,7 voire 0,55.

Ils sont consultés par les médecins généralistes pour des conseils et des suites de prise en charge spécifique.

P8 : Aussi peut-être par chance parce qu'on a des spécialistes sur place etc., mais je vais avoir tendance à vite passer la main aux cardios.

P10 : Mais dès que je sens que ce n'est plus pour moi, je vais passer la main pour me rassurer et pour ne pas mettre le patient en risque de quoi que ce soit. Je ne suis pas cardiologue encore une fois, je leur dis : « je ne suis pas cardiologue » donc quand il faut passer la main, il faut passer la main.

P6 : Il n'y a pas un intérêt démentiel à aller voir un cardiologue pour ça, sauf à devoir faire des examens complémentaires.

Les médecins généralistes ont confiance en l'avis des cardiologues, leurs conseils sont donc appliqués.

P10 : Non pas vraiment, si je ne sais pas, je l'envoie chez le cardio pour qu'il me donne son avis et qu'il me rassure un peu en fait.

P9 : En général, quand il y a un objectif qui est fixé par un cardio, je suis cet objectif-là.

2. Les confrères médecins généralistes

Lors de l'évocation de la pratique des autres médecins généralistes, les participants ne portent pas de jugement sur la pratique de leurs confrères.

P2 : Chacun fait ce qu'il veut, je ne suis pas là pour juger la pratique de mes confrères.

P1 : Je ne sais pas, chacun fait comme il veut.

P6 : On ne pense pas grand-chose, fin... en général ce n'est pas sur le sujet qui amène le plus de discussions sur terre.

Néanmoins, ils souhaitent comparer leur exercice avec celui des autres.

P4 : Écoute, ça m'intéresserait de voir la pratique de mes confrères.

P6 : C'est que je souhaiterais avoir, soit ta présentation de thèse, soit la thèse sous format PDF quand tu l'auras terminée et soutenue brillamment j'espère ; parce que voilà les résultats m'intéressent.

P10 : Aucune idée (rires) je ne sais pas, je ne sais pas si c'est bien, c'est comme ça que je fonctionne. Tu me donneras le retour.

Les discussions confraternelles, la formation des jeunes confrères et les comparaisons de pratique permettent d'améliorer leur ERCV.

P8 : « Tiens c'est quoi ça, ah ouais c'est... », « c'est un truc que peut-être... que j'ai qui me permet de voir le niveau de risque cardiovasculaire global pour ce patient », « ah ouais montre-moi un peu, ah ouais okay ça a l'air pas mal, je te le pique, c'est quel site, c'est quel outil ? ».

P2 : Je pense que le fait d'avoir un interne, oui ça aide à discuter. Ça permet de ne pas avoir une médecine isolée même si on est en cabinet de groupe et je pense que les discussions sont bénéfiques aux deux.

P9 : On m'a présenté il n'y a pas longtemps une nouvelle échelle avec les hauts risques, le risque élevé, modéré et faible.

E. Les nouveautés médicales entraînent une adaptation du médecin généraliste

Les médecins généralistes s'intéressent aux découvertes scientifiques et essaient de les inclure dans leur pratique.

P9 : Je n'en avais pas connaissance avant, depuis que l'on me l'a donnée j'essaie effectivement de l'utiliser.

P6 : Les recommandations en général au niveau cardiovasculaire ont probablement changé, ben je crois qu'au début de ma pratique le périmètre abdominal n'était pas pris en compte. Donc... donc voilà, j'ai été sensibilisé au fur et à mesure des années par ces problèmes-là.

P1 : Pour moi le patient n'est pas une case, encore une fois les ROSP, je le fais pour les ROSP.

L'informatisation du monde médical a permis d'améliorer l'ERCV.

P5 : Ben avant d'avoir cet outil sur... sur mon logiciel, non je pense que je ne le calculais pas aussi facilement.

P1 : Moi avant qu'il y ait l'ordinateur, j'évaluais sans ordinateur, donc j'évaluais en fonction des facteurs de risque, plus il y avait de facteurs de risque, plus j'adaptais mon traitement en fonction de cela.

Toutes ces modifications ne vont s'effectuer que si les médecins généralistes sont persuadés de l'intérêt pour leurs patients.

P8 : De changer les habitudes de ma pratique, si je vois que cet outil fonctionne bien et que surtout ça change ma façon de faire, et que ça a un intérêt pour le patient.

P1 : L'ordinateur moi ça m'apporte surtout pour le patient.

IV. Des pistes d'amélioration

A. Un temps dédié au risque cardiovasculaire

1. Créer une consultation dédiée

Une des principales idées développées lors de ces entretiens est la réalisation de consultations dédiées à l'ERCV.

P8 : En ayant un temps et en ayant l'habitude de le prendre, de consacrer un temps dédié lors de la consultation voire une consultation entière si c'est possible.

P4 : Il faudrait que les patients aussi s'habituent à venir pour un problème, un problème à la fois par consultation.

P2 : On peut faire des consultations dédiées, c'est une bonne chose, il faudrait... Oui je pense qu'on pourrait une fois par an pour les patients à haut risque cardiovasculaire prendre un peu plus de temps que ce qu'on prend.

Ces consultations permettraient de réaliser de la prévention cardiovasculaire.

P3 : En faisant beaucoup de prévention déjà, parce que si... aussi la prévention était mieux axée, fin il y en a déjà mais si... c'est sûr que si les gens ne fumaient pas, si ... s'ils ne fument pas, si tout le monde fait du sport et mange équilibré il y aurait beaucoup moins de... de cardiovasculaire.

P4 : Ça serait peut-être bien de faire des consultations spécifiques uniquement dédiées, uniquement à ça, ou disons : une consultation par exemple, en leur disant : vous venez quand vous n'êtes pas malade juste pour faire un peu de prévention.

P9 : Le moyen de lever ces difficultés-là c'est de faire de l'information sur ce qu'est un risque cardiovasculaire, ce qui cause le risque cardiovasculaire. C'est d'être dans l'information avant qu'il ne soit malade.

Les médecins généralistes n'estiment néanmoins pas nécessaire de réaliser une revalorisation financière pour ce type de consultation.

P7 : Je n'ai pas d'idée particulière, par exemple tout ce qui est cotation tout ça, personnellement je ne cote pas de chose particulière donc ça ne changera pas grand-chose.

P1 : Moi la facturation de la consultation tout ça, je ne l'ai pas fait parce que... toutes les facturations, c'est vrai que moi je vois mes remplaçants sont au taquet là-dessus, mais moi non, j'en suis encore à mes 25.

2. Pallier l'incompréhension et le manque d'adhésion du patient

Les médecins généralistes ont relevé un problème majeur : les consultations multi-motifs sont considérées comme néfastes dans leur pratique.

P4 : Ça peut être une limite parfois oui, parfois les gens... on a des gens bavards, on a des gens qui ont plusieurs problèmes exposés donc voilà.

P8 : Souvent c'est un peu mélangé, c'est-à-dire que la personne dit : « je viens pour mon renouvellement », sauf qu'en fait, elle peut te parler de 2-3 autres trucs, d'un autre thème qui n'a rien à voir avec sa pathologie chronique cardiovasculaire ou autre, il va te parler d'un truc hyper intime, d'une connerie mais qui nécessite du temps donc du coup ça peut aller un peu dans tous les sens.

La complication principale identifiée est celle de l'incompréhension du patient lors de la délivrance de plusieurs informations.

P7 : Si on veut faire les choses correctement il ne faut pas leur balancer 50 infos en 3 minutes, je suis obligé de prendre du temps pour ça.

P5 : Quand tu rajoutes un motif, un motif, un motif tu ne peux pas être concentré et prendre le temps d'expliquer au patient et de délivrer une information qu'il va retenir. À mon sens au-delà de trois informations délivrées au patient, trois à cinq informations délivrées au patient, ton information après elle est perdue.

P3 : Parce que si c'est pour aller vite, et ne pas bien expliquer aux patients et que derrière ils ne comprennent pas, est-ce que ça vaut le coup de se dire que... on prend moins de temps... je n'en suis pas sûr.

Ce type de consultation conduit à un manque d'adhésion du patient.

P9 : Il y a des gens à qui on découvre en même temps une hypertension, un diabète, du cholestérol je leur donne les traitements sur trois consultations parce que si je fais sortir des gens du jour au lendemain avec trois ou quatre cachets qu'ils n'avaient pas en avant, ils ne vont en prendre aucun.

3. Favoriser la discussion avec le patient et la DMP

Ces consultations permettraient de prendre plus de temps avec les patients.

P3 : Est-ce qu'il ne vaut mieux pas passer un peu plus de temps avec nos patients et que ce soit bénéfique plutôt que de se dire : « ah ben non je ne le fais pas, parce que ça me prend trop de temps ».

P9 : En les amenant progressivement ils vont un peu plus adhérer.

Les médecins généralistes pourraient donc établir un dialogue.

P10 : Je pense que quand on est avec un patient, il faut des fois saisir l'opportunité d'un échange qui se fait bien sur quelque chose et c'est le moment en fait d'en parler.

La délivrance d'une information claire et facilement comprise serait bénéfique pour les patients.

P5 : Pour délivrer une information qui soit juste et bien comprise par le patient.

P8 : Je pense qu'il faut que le patient réalise pourquoi on le fait. Ce n'est pas juste parce que c'est notre boulot, il faut qu'il comprenne que ce n'est pas juste une routine où on dit ça à tout le monde.

Les patients seraient au centre de l'évaluation avec une décision, sur les changements de règles hygiéno-diététiques ou l'instauration de traitement, partagée entre le patient et le médecin.

P1 : Parce que de toute manière on ne peut pas aller contre la volonté du patient. C'est un choix, on suit le patient, on respecte.

P5 : Je ne vais pas imposer un traitement à un patient. Après, si c'est un patient qui se met en danger parce qu'il a une tension élevée et qu'il ne veut pas la traiter, là par contre je l'informe de la prise de décision que je prends par rapport à sa tension et au traitement qu'il faudrait instaurer. S'il ne le veut pas et qu'il se met en danger, là par contre j'essaie d'imposer le traitement.

P2 : Après je veux dire on peut peut-être... et de l'avis du patient bien évidemment, un patient qui dirait : « Tiens... Je ne comprends pas, je n'ai pas de médicaments pour le cholestérol, mes copains en ont ». On lui explique : « Est-ce-que vous voulez en essayer, en prendre un ? », il y en a qui disent oui, on leur donne.

B. Une actualisation des échelles de calcul du RCV

1. Une prise en compte de nouveaux éléments et un patient au centre de l'évaluation

Les médecins généralistes proposent une actualisation des échelles d'ERCV avec la prise en compte de nouveaux éléments.

P3 : Il y a peut-être... il y a quand même de la recherche... permanente en médecine et il y a peut-être de nouveaux éléments qui sont sortis et que j'ignore, probablement d'ailleurs.

P7 : De toute façon, la grille de SCORE, elle ne prend pas en compte les antécédents personnels, elle ne prend pas en compte les antécédents familiaux qui sont quand même hyper-importants. [...] Faire des calculs pour les intégrer dedans, je ne sais pas...

P2 : Il y a des échelles d'évaluation dans d'autres spécialités qui tiennent bien plus compte du terrain, qui sont certes un peu plus longues, qui tiennent compte de tout ça.

Il existe une volonté, une fois de plus, de mettre le patient au centre de l'ERCV.

P2 : Les dogmes c'est bien, mais est-ce qu'il faut ... mais je pense que les patients c'est mieux.

P3 : Alors est-ce qu'il faut évaluer leur activité physique au quotidien en fonction du métier, de la pratique sportive, parce que l'air de rien ça a quand même un rôle protecteur. Je pense que ça pourrait... ça serait intéressant... alors est-ce que c'est possible et faisable en médecine générale, ça reste... c'est une autre question.

P2 : Donc je pense, que rien ne vaut le calcul du risque cardiovasculaire en fonction de toutes ces données, notamment de l'environnement et des comorbidités.

Les médecins généralistes souhaiteraient participer avec les cardiologues à ce nouveau travail.

P3 : Je pense en discussion avec les cardiologues qui... qui ont peut-être de nouveaux éléments à apporter en fait. [...] Je ne sais pas si ce sont les plus à même mais je pense qu'ils font... qu'il faut qu'ils fassent partie de la discussion.

2. Des échelles obsolètes et inadéquates

Les échelles d'ERCV sont perçues par les médecins généralistes comme obsolètes.

P9 : Ce logiciel-là il me donne l'objectif théorique selon les recos HAS de 2010 qui sont un peu passées.

P3 : Parce que l'air de rien si ça fait 20 ans il y a peut-être...

Ces mêmes échelles sont également critiquées pour leur manque d'adéquation avec le patient de soins premiers.

P1 : Mais après nous, on adapte, on n'est pas forcément aux normes décrites à l'hôpital.

C. Une évaluation plus pratique lors de la consultation

Des propositions ont émané des entretiens sur la création d'outils d'évaluation simples et rapides.

P8 : Et puis voilà, si je trouvais quelque chose de facilement utilisable, de facile à inclure dans le temps de ma consultation.

P9 : Ça serait bien que ce soit calculé presque à chaque consultation et que ça se fasse de manière entre guillemets automatique sur le logiciel.

Ces nouveaux outils permettraient une meilleure compréhension par le patient ainsi qu'une évaluation beaucoup plus régulière.

P10 : Je ne sais pas, peut-être lui créer pour lui, une échelle de risque, quelque chose qui fasse la synthèse un petit peu de tous ses facteurs de risque, lui montrer où est-ce qu'il en est finalement. [...] Donc pour ceux-là, peut-être que de le voir écrit, de se voir placer sur une courbe, situer ça peut... comment dire... leur mettre vraiment dans la tête le point sur le problème et la situation où ils se trouvent.

P1 : Finalement ça permet à l'occasion de devoir rentrer ces facteurs de risque.

P8 : Parce que si je mets 5 minutes et que l'autre décroche complètement, qu'il regarde sa montre et puis finalement je lui sors un truc qui n'est que pour moi, en disant que : « vous savez, vous avez 7,6% de risque de faire un AVC » et que le mec en face ne sait même pas ce que c'est un AVC, oui je me serais fait plaisir mais je ne suis pas sûr que j'aurais été très utile et très efficace pour le patient.

D. Une formation à promouvoir

1. La formation médicale continue (FMC)

Les médecins généralistes font preuve de réflexivité, évoquant la nécessité d'une formation personnelle adaptée aux situations cliniques rencontrées.

P3 : Ouais je sais que les cardiologues font ça, mais euh ... J'ai eu 2-3 cas, d'ailleurs c'est un truc sur lequel il faut que je me penche parce que j'ai vu que ça se faisait mais sans savoir vraiment ce que c'était.

P7 : Pour ça il faudrait que je me rappelle des recommandations exactes, et du coup je pense que je re-regarderai.

P6 : Mais tu sais, c'est toujours les trucs où ça te travaille donc après forcément je vais revoir, je vais aller retravailler un peu.

Cette formation médicale serait permise par des campagnes de prévention mais également à l'aide d'outils facilement utilisables.

P6 : J'imagine qu'une campagne de prévention à destination des médecins, des sollicitations pour des webinaires, ce genre de choses pourrait... qui me rappellerait les critères.

P6 : Moi je parlerais en premier de Twitter®, Twitter® qui est un outil de formation continue extraordinaire avec des... c'est presque une FMC au quotidien.

2. L'information du patient afin d'améliorer sa connaissance

Certains pensent que les campagnes de prévention à destination du patient l'aideraient à se questionner et le rendre acteur de sa santé.

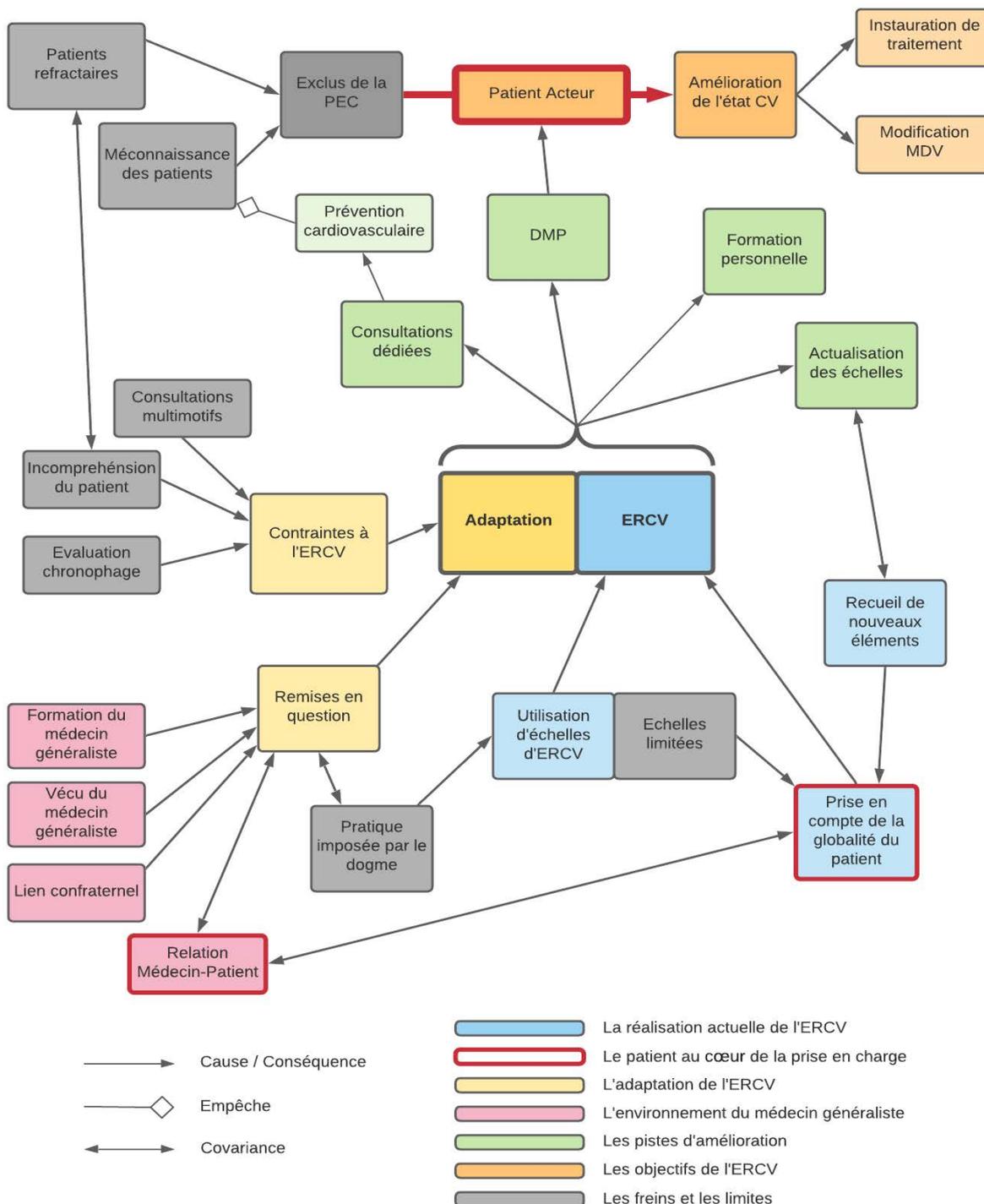
P5 : Avec toutes les informations, les clips TV, en salle d'attente la diffusion de messages concernant le tabagisme etc., la diffusion des messages de santé publique.

P4 : Avec un affichage dans la salle d'attente, en disant une fois par an prenez... venez une fois par an quand tout va bien juste pour parler de votre prévention, ça permettrait de parler des facteurs de risque cardiovasculaire.

DISCUSSION

I. Les résultats principaux

Figure 1 : Modèle explicatif des résultats



La prise en charge d'un patient à risque cardiovasculaire est un problème de santé publique majeur, dont les médecins généralistes ont conscience. Cependant, l'ERCV n'était initiée que sur points d'appels.

Les médecins généralistes pensent que leurs patients méconnaissent l'implication de leurs facteurs de risque et qu'ils sous-estiment parfois leurs comportements. Par la discussion, les médecins généralistes tentent d'amener les patients, parfois réfractaires, à moduler ces facteurs de risques.

Les médecins généralistes, aidés d'outils informatiques, abordent l'ERCV en s'appuyant sur une méthode scientifique, imposée par les sociétés savantes, en laquelle ils ont partiellement confiance. Cette méthode controversée présente certaines limites, ils en proposent une actualisation. Ils recueillent de nouveaux éléments pour prendre en compte le patient dans sa globalité, rendant cette évaluation chronophage. Cette complémentarité permet la présentation d'un résultat clair et l'individualisation du discours, renforçant l'adhésion du patient au changement de son MDV.

Cette ERCV est réalisée par les médecins généralistes, elle leur permet d'améliorer leurs prises en charge. Néanmoins, l'intérêt principal de l'évaluation reste le patient, que les médecins généralistes placent au centre de leurs réflexions. Ils souhaitent rendre le patient acteur de sa santé en recueillant ses attentes, ses connaissances mais également son avis sur les modifications des règles hygiéno-diététiques proposées ou sur l'instauration d'un traitement, reprenant donc le principe de la DMP.

Pour favoriser ces changements, la compréhension et l'adhésion du patient doivent

être maximales. C'est pour cela que les médecins généralistes proposent de réaliser des consultations dédiées à l'ERCV et à la prévention cardiovasculaire.

La relation de confiance médecin-patient, la connaissance du patient ainsi que l'expérience et les convictions des médecins généralistes vont entraîner des remises en question permanentes. Ils vont ainsi adapter leur ERCV et leurs objectifs mais également leur pratique.

Les médecins généralistes s'entourent de l'avis de leurs confrères cardiologues, en leur accordant une place centrale dans l'ERCV. Les cardiologues conseillent de façon avisée les médecins généralistes et sont susceptibles de proposer des améliorations de l'ERCV. Les médecins généralistes s'intéressent également à l'avis de leurs confrères omnipraticiens, ainsi qu'aux avancées médicales pour améliorer leur pratique.

II. Les forces et limites

Une grille méthodologique COREQ (annexes) a été réalisée lors de la déclaration de thèse auprès de l'Université de Lille 2 et complétée à la fin de ce travail.

Il n'existe actuellement pas d'étude abordant ce thème du point de vue des médecins généralistes ; ils semblent pourtant être au cœur de l'ERCV, ce qui légitime ce travail.

Un journal de bord a permis de recueillir les remises en question des investigateurs quant à leur méthodologie, permettant un aller-retour permanent afin d'améliorer le travail de recherche.

La question de recherche a évolué avec la lecture bibliographique, les questionnements de terrain mais également la crise sanitaire. Une méthode de recueils des données par *focus groups* avait initialement été choisie. L'émulation d'idées recherchée par cette méthode a été permise par la modification régulière du guide d'entretien et le recrutement des participants selon la méthode d'échantillonnage théorique. En effet, cette méthode permet un recrutement des participants orienté par la théorie. Néanmoins, aucun des médecins interrogés n'exerçait dans un cabinet seul.

Les entretiens ont été réalisés en téléconférence du fait de la crise sanitaire et de la localisation d'un des chercheurs. Nous avons essayé de relever, de la façon la plus juste, le langage non verbal lors des entretiens. Le premier participant était une connaissance des chercheurs, ceci afin de permettre une communication plus facile et surtout de favoriser un échange critique sur la méthodologie de l'entretien. Certains entretiens ont été de courte durée, la cause principale était le manque de temps accordé par les participants à l'entretien, l'approfondissement de leurs idées était donc limité. Les informations transmises avant les entretiens suivants ont ensuite été ajustées.

Nous avons, après chaque entretien, réalisé une triangulation des données ainsi qu'une analyse par échanges verbaux afin de trouver les propriétés les plus justes et d'améliorer l'interrogatoire. Une lecture d'ouvrage d'initiation à la recherche qualitative a permis d'améliorer la façon de mener les entretiens et d'interpréter les résultats, en effet les codeurs étaient débutants dans la recherche qualitative et dans les entretiens. (19–21)

III. La comparaison avec la littérature

A. Le patient au cœur de la prise en charge médicale

Une revue narrative de littérature de 2018 basée sur 2 206 documents de science sociale et de santé publique présente les éléments qui ont permis de rendre un patient acteur. Les crises sanitaires telles que l'affaire du sang contaminé, la maladie de Creutzfeld-Jakob ou l'épidémie de VIH, ont fait émerger des collectifs afin de faire pression sur le monde médical et les responsables politiques. (22) Les patients cherchent à se détacher du pouvoir médical et deviennent acteurs de leur santé. La place du patient reste cependant limitée à la délivrance d'une information, au recueil de son avis et à son implication dans la prise en charge ; cette participation facilitée par le médecin semble évidente mais reste en pratique très peu développée. (23)

L'HAS en 2013 évoque une étude rétrospective qui conclue qu'une plus grande implication des patients est associée à une diminution des événements indésirables. Le patient est donc placé au centre de la prise en charge du médecin généraliste. Afin de majorer l'adhésion du patient, l'HAS présente la DMP comme l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision commune. (24)

L'approche centrée sur le patient est adaptée à la spécificité de la médecine générale, elle permet de centrer davantage la situation sur la personne plutôt que sur sa maladie en y intégrant une approche globale biopsychosociale grâce à une écoute active de la personne. Cette démarche clinique a été élaborée pour contrebalancer les limites et insuffisances de la démarche biomédicale centrée sur la maladie. (25)

L'efficacité de la DMP sur les résultats de santé des patients a été analysée en 2016 à l'aide d'une revue systématique de la littérature. Cette étude suggère que la DMP améliore la satisfaction des patients, leur adhésion au traitement et leur qualité de vie. Elle favorise un renforcement de la relation, une diminution des conflits décisionnels et des regrets liés à la décision. Il semble également que le temps de la consultation ne soit pas rallongé. (26)

Les nouvelles recommandations de l'ESC 2021 proposent, en accord avec notre étude, une estimation des risques et bénéfices quotidiens pour favoriser la communication et la DMP. (15)

B. Une volonté de compréhension et d'adhésion du patient

Certains médecins ont précisé que les patients manquaient de connaissance sur les facteurs de risque cardiovasculaire et leur pathologie. Une simple connaissance des risques n'entraîne pas forcément à elle seule un changement des habitudes des patients. La littératie en santé est définie par la motivation et les compétences des individus à accéder, à comprendre et à utiliser l'information en vue de décision concernant la santé des patients. Le niveau de littératie en France est considéré comme préoccupant. (27)

Il a été identifié chez 2 264 patients souffrant d'HTA dans le cadre des soins premiers qu'ils n'avaient pas la compréhension globale de leur maladie, avec 41% des participants qui ne connaissaient pas leur niveau de pression artérielle (PA). Cependant, contrairement à ce que l'on pouvait penser, 90% des participants ont déclaré savoir qu'une baisse de la PA améliorerait leur santé. (28)

Les patients comprennent facilement que diminuer leur PA entraîne chez eux une amélioration de leur santé, ceci probablement par les consultations médicales provoquées par leur maladie, les traitements prescrits et les informations transmises des médecins.

Néanmoins, la réelle implication des facteurs de risque n'est pas connue. Une étude transversale descriptive et multicentrique a été réalisée en centres de soins premiers et spécialisés en Espagne chez 980 patients hypertendus traités. Les résultats précisent que 41,7% des participants affirmaient que personne ne leur avait expliqué la pathologie, 35,8% ne considéraient pas l'hypertension comme chronique et 51,4% ne connaissaient pas l'implication de l'HTA dans les pathologies rénales. (29) Une étude réalisée par Sadaune L. auprès de 78 patients de plus de 70 ans, inclus dans 16 cabinets de médecine générale de Seine-Maritime, précise que seulement 38,5% des patients interrogés avaient connaissance des complications de l'HTA. (30) Il semblerait donc que les patients aient conscience qu'une amélioration de leurs facteurs de risque améliorerait leur état de santé global mais ils n'en connaissent pas les conséquences directes.

Les changements de MDV restent parfois insuffisants. Une population de 144 patients a été étudiée en 2015 dans un secteur de soins premiers en Thaïlande. Les résultats révèlent que malgré une connaissance élevée de la maladie, leurs pratiques en termes de changements alimentaires et d'exercices étaient faibles. (31)

Une information délivrée à un patient améliore sa compréhension et permet donc d'induire des changements plus facilement. Une méta-analyse de 2014 basée sur 84 articles, a révélé que les aides visuelles transmises aux patients amélioraient leur compréhension et leur satisfaction. (32) Il paraît donc intéressant de mettre un place une information plus adéquate des participants par la DMP mais également des campagnes de prévention. Mais sont-elles efficaces ?

Cent trois revues publiées entre 1995 et 2008 ont été intégrées dans une méta-analyse visant à juger l'efficacité d'interventions ayant pour but de modifier 6 comportements : l'alimentation saine, l'exercice physique, le tabagisme, l'abus d'alcool, la prise de risque sexuel et la consommation de drogues illicites. Les interventions les plus efficaces comprenaient les conseils de médecins ou les consultations individuelles et les préventions sur le lieu de travail ou à l'école. Les campagnes de prévention médiatiques ou politiques ont certes des effets mais considérés comme faibles à modérés. Les preuves portent surtout sur les effets à court terme. (33) Les patients sont effectivement plus impliqués quand le message transmis prend en compte l'individu.

Cependant, certaines campagnes de prévention s'avèrent efficaces. Truth Initiative®, créée en 1998 est la plus grande organisation américaine de santé publique à but non lucratif qui s'engage à faire diminuer le tabagisme et la dépendance nicotinique. Truth Initiative® a réalisé des spots publicitaires basés sur les manipulations de l'industrie du tabac. (34) L'Institut National de Santé Publique du Québec publie en 2017 un rapport qui précise que l'exposition à cette campagne Truth FinishIt® a entraîné : une diminution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et une diminution de l'initiation au tabagisme. (35) En effet, Davis et al. en 2007 mesurait les effets de la campagne sur la perception de la prévalence du tabagisme au sein des jeunes en leur demandant « Parmi chaque groupe de 10 personnes de ton âge, combien fument à ton avis? ». La perception de prévalence des 12-17 ans est passée de 45,4% en 1999-2000 à 37,5% en 2003, représentant une baisse de 17,4%. (36) Un effet dose a été démontré ; des niveaux plus élevés de sensibilisation à la publicité mensongère sont significativement associés à une probabilité plus élevée de déclarer être en accord avec des idées anti-tabac. (37)

Cela indique donc que la prévention individuelle voire même les politiques et les stratégies de préventions globales sont prometteuses et donc à poursuivre. Trois éléments semblent indissociables pour une campagne de prévention efficace : une autorité légitime s’empare du sujet, relayée par une « pression sociale » et dont le contenu doit être clair et intelligent. Une campagne efficace doit également fixer ses objectifs, s’adresser à la population visée et s’aider de supports. Les messages diffusés doivent être attractifs pour permettre une meilleure diffusion de l’information et s’adapter aux évolutions technologiques. (38)

Les consultations individuelles sont bénéfiques à la prévention et la compréhension du patient. Il semble pertinent de pouvoir accorder plus de temps au praticien dans cette discussion avec le patient. Selon l’Institut National du Cancer, les consultations d’annonce permettent de meilleures conditions d’information, d’écoute et de soutien. Une consultation d’annonce se poursuit par une proposition thérapeutique. (39) Tout comme pour l’annonce d’un cancer, il paraît déraisonnable d’annoncer une maladie à un patient sans même pouvoir lui annoncer les possibilités thérapeutiques.

Les médecins généralistes de notre étude proposent la réalisation de ce type de consultations. Les patients y sont également favorables, ils souhaitent être davantage sensibilisés à la prévention par leur médecin généraliste, en développant une communication personnalisée et de proximité. Les patients considèrent que ce type de consultation leur permettrait de dépister plus précocement certaines pathologies, afin de les éviter et ainsi d’améliorer leur qualité de vie avec une prise en charge globale. (40)

Un travail de 2008 publié dans *Exercer*[®] a étudié la consultation de prévention globale dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique sur près de 444 consultations. La durée moyenne était de 40 minutes pour 79% des médecins généralistes. Les thèmes les plus abordés étaient : le RCV 19,7%, l'obésité 14,2%, le tabac 10,9% et la dépression 1,2%, ces 3 derniers motifs sont directement liés au RCV, cela représenterait donc au total : 45,0% des consultations. Un document a été remis à 365 patients, soit lors de 83,5% des consultations. La moitié des médecins étaient favorables à la réalisation de ce type de consultations mais souhaitaient un aménagement financier et méthodologique. Les consultations étaient jugées très ou moyennement utiles pour 98,5% des patients. Après la consultation, les patients étaient beaucoup plus ou autant rassurés respectivement à 61,2% et 32%. Le résultat le plus intéressant de cette étude était que 88,2% des patients estimaient qu'une généralisation de ces consultations, à la population générale, serait bénéfique. (41)

Une prévention ainsi qu'une ERCV doivent être répétées, par exemple tous les 5 ans, bien qu'il n'existe pas de données scientifiques solides pour guider les intervalles, il paraît donc intéressant de réaliser cette ERCV lors de ces consultations. (15)

La simple connaissance du risque ne suffit pas à un changement d'habitus. Il convient donc aujourd'hui de mettre en place des actions permettant de décrypter les mécanismes pour un meilleur accès à la littérature en santé, de prendre en compte ce problème dans les politiques de santé publique, de veiller à créer des environnements favorables et d'assurer une meilleure communication en santé. (27)

C. Une actualisation des échelles

Les échelles d'ERCV sont principalement jugées comme inadaptées à l'exercice quotidien des médecins généralistes. Une actualisation des échelles a été réalisée récemment

avec un algorithme SCORE, désormais SCORE2, qui estime le risque individuel sur 10 ans d'événements cardiovasculaires mortels et non mortels chez les personnes apparemment en bonne santé, âgées de 40 à 69 ans présentant des facteurs de risque non traités ou stables depuis plusieurs années. (42) L'algorithme SCORE2-OP quant à lui estime les événements de MCV fatals et non fatals à 5 ans et à 10 ans, ajustés aux risques concurrents, chez des personnes apparemment en bonne santé, âgées de ≥ 70 ans. (43)

Dans les dernières recommandations de l'ESC 2021, la notion de seuils de traitement reste présente. Néanmoins, aucun seuil de risque total de MCV n'implique un traitement obligatoire. Sur l'ensemble de l'éventail du risque de MCV, la décision d'entreprendre des interventions reste une question de considération individuelle et de DMP. (15)

D. La prise en compte de nouveaux paramètres

Les médecins généralistes estiment que les échelles d'ERCV sont inadéquates, ils les considèrent limitées par le manque de paramètres pris en compte, simplifiant donc la médecine. L'évaluation des modificateurs de risque potentiel semble particulièrement pertinente si le risque de l'individu est proche d'un seuil décisionnel. Le nombre de patients dans cette "zone grise" est important. Certains participants de notre étude recueillaient d'autres éléments tels que les antécédents familiaux, l'hygiène alimentaire et de vie, la physiologie du patient et l'ancienneté de la dyslipidémie.

Le stress psychosocial est associé, selon un modèle dose-réponse, au développement et à la progression des MCV, indépendamment des facteurs de risque conventionnels et du sexe. (44) Une étude de cohorte prospective avec un suivi médian de 8,4 ans a rapporté des effets favorables du dépistage de la dépression sur les MCV. (45)

D'autres études semblent préconiser l'utilisation de facteurs de correction, multiplicateurs, qui seraient utiles pour tenir compte du risque de MCV imposé par l'ethnicité indépendamment des autres facteurs ; les données les plus récentes proviennent des résultats de l'étude QRISK3 au Royaume-Uni. (46)

Les dernières recommandations de l'ESC redonnent la place à l'iconographie, mais elle relève principalement des soins secondaires. Le score calcique reclasse le risque de MCV, il peut être envisagé chez les patients dont les risques calculés se situent autour des seuils de décision. (47) Néanmoins, cet outil semble difficile à interpréter en médecine générale. Le score calcique ne fournit pas d'information directe sur la charge totale de la plaque ou la sévérité de la sténose, il est conseillé aux cliniciens de consulter les protocoles existants pour une interprétation efficace. (15) L'évaluation échographique de l'artère carotide reclasse aussi le risque de MCV et peut être considérée comme un modificateur de risque chez les patients à risque intermédiaire. (48)

L'impact de la fragilité sur le risque de MCV a été démontré, elle est donc considérée comme un modificateur potentiel du risque global. (49) Néanmoins, la capacité des mesures de fragilité à améliorer la prédiction du risque de MCV n'a pas été formellement évaluée. L'ESC ne recommande donc pas l'intégration de cette mesure dans l'ERCV, cela illustre la complexité de l'évaluation globale. (15)

Dans les études ayant évalué les effets des antécédents familiaux, ceux-ci sont restés significativement associés aux MCV. (50) Cependant, l'utilisation des antécédents familiaux de coronaropathie n'a pas amélioré la classification des individus dans les catégories de risque. (51)

Chez les hommes atteints de MCV, la contribution du travail au risque de décès était cliniquement significative et indépendante des facteurs de risque conventionnels et de leurs traitements. Les soins standards ciblant les facteurs de risque conventionnels sont donc peu susceptibles d'atténuer le risque de mortalité associé au stress au travail. (52) Nous devons donc axer notre prise en charge sur la considération de la condition socioprofessionnelle des patients.

Mis à part ces modificateurs de risque, des comorbidités peuvent influencer le risque de MCV. Celles-ci augmentent souvent la probabilité de MCV ou sont associées à un pronostic clinique plus défavorable. Plusieurs comorbidités ont été identifiées telle que l'insuffisance rénale, qui est associée à un risque plus élevé de pathologie coronarienne (53). Il convient donc de considérer le patient dans sa globalité pour une évaluation optimale.

E. Une adaptation constante par la formation et le lien confraternel

Les médecins interrogés dans notre étude regrettent un manque de connaissance ou une inexactitude des connaissances. Nous avons relevé que les médecins généralistes ont une volonté de formation personnelle. Une étude quantitative réalisée auprès de 56 médecins lorrains confirme ce sentiment de formation constante, en effet 94,6% des médecins pensaient s'être formés continuellement depuis leur installation. (54) Néanmoins, les dernières données sur la participation des médecins généralistes au développement professionnel continu précisent que seulement 27,8% des médecins généralistes sont inscrits auprès de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). (55) Même si la FMC ne se résume pas à l'inscription à l'ANPDC, ce paradoxe mériterait d'être expliqué.

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. (Article R.4127-56 du code de la santé publique). Le lien confraternel qui existe entre les médecins doit être promu, il permet une amélioration de leur pratique par une remise en question et une découverte de nouvelles recommandations. L'échange doit être valorisé entre tous les spécialistes, chacun abordant le patient avec son domaine de compétences et ses connaissances. L'HAS précise que la discussion doit être confraternelle, bienveillante, non culpabilisante, sans recherche de responsabilités et axée sur le parcours du patient. (56)

Les échanges et les discussions dans l'intérêt du patient, entre confrères, sont à faciliter et à promouvoir. Nous remarquons d'ailleurs que l'écriture de nouvelles recommandations implique de plus en plus différentes sociétés savantes.

IV. Les perspectives

Les médecins généralistes interrogés ont pu s'exprimer sur l'ERCV, les entretiens se sont déroulés avant les dernières recommandations de l'ESC 2021, des éléments communs ont été identifiés. Il serait intéressant de connaître leurs avis sur les nouvelles recommandations de l'ESC 2021 qui semblent être en accord avec les résultats de l'étude.

Les résultats de l'étude suggèrent d'établir des consultations dédiées qui permettraient de réaliser de la prévention et de l'éducation afin de permettre une prise en charge centrée sur le patient. Il semble pertinent de promouvoir cette idée aux organismes de santé pour une tentative de mise en œuvre.

L'amélioration des outils de calcul intégrés dans les logiciels métiers participe elle aussi à la facilitation du travail et mérite de se poursuivre.

Des campagnes de prévention pour des risques spécifiques comme l'AVC existent déjà, elles visent à améliorer la littératie en santé de la population. Ces actions doivent se poursuivre à destination des patients pour les sensibiliser aux facteurs de risque cardiovasculaire et leur implication, et également auprès des médecins afin de leur faire prendre conscience de l'importance de l'évaluation.

Dans un but de formation, les médecins généralistes interrogés souhaitaient connaître les résultats de notre étude, ces derniers leur seront transmis.

Conclusion

Par l'amélioration de la littératie en santé, les patients, éléments centraux de l'ERCV, pourraient augmenter leur participation à la DMP. Les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur leur connaissance des patients, leurs vécus et la pluralité des pratiques médicales afin d'optimiser leur ERCV. La prise en compte de la globalité des patients est primordiale pour améliorer leur adhésion aux changements de MDV afin de moduler leur RCV. Le travail collaboratif des sociétés savantes de médecine générale et de cardiologie mérite d'être poursuivi afin d'actualiser et d'améliorer l'ERCV. Cette participation à la réflexivité et à la rédaction des recommandations permettrait aux médecins généralistes de mieux s'impliquer dans l'ERCV. Dans notre étude, les médecins généralistes ont proposé des axes d'amélioration qui pourraient être mis en œuvre et évalués en soins premiers.

Bibliographie

1. WHO. À propos des maladies cardiovasculaires. [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/index.html
2. ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
3. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J.* juill 2006;27(13):1610-9.
4. Latil F, Iliou MC, Boileau C, Pietri JX, Lechien C, Ha-Vinh P, et al. Retour au travail après un accident coronarien aigu. *Ann Cardiol Angéiologie.* avr 2017;66(2):81-6.
5. Jiang W, Davidson JRT. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J.* nov 2005;150(5):871-81.
6. Norlund F, Lissåker C, Wallert J, Held C, Olsson EM. Factors associated with emotional distress in patients with myocardial infarction: Results from the SWEDHEART registry. *Eur J Prev Cardiol.* juin 2018;25(9):910-20.
7. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA.* 3 oct 2001;286(13):1621-7.
8. Ninni S, Lemesle G, Meurice T, Tricot O, Lamblin N, Bauters C. Real-Life Incident Atrial Fibrillation in Outpatients with Coronary Artery Disease. *J Clin Med.* 24 juill 2020;9(8):2367.
9. Collège national des enseignants de cardiologie. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. Vol. 2ème édition. Elsevier Masson;
10. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of

potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet Lond Engl.* 11 sept 2004;364(9438):937-52.

11. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham study. *JAMA.* 11 mai 1979;241(19):2035-8.

12. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* juin 2003;24(11):987-1003.

13. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497591/fr/methodes-d-evaluation-du-risque-cardio-vasculaire-global

14. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 14 janv 2020;41(3):407-77.

15. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice | European Heart Journal | Oxford Academic. *Eur Heart J.* 7 sept 2021;42(34):3227-337.

16. Damen JAAG, Hooft L, Schuit E, Debray TPA, Collins GS, Tzoulaki I, et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *BMJ.* 16 mai 2016;i2416.

17. Dibao-Dina C, Pouchain D, Partouche H, Letrilliart L, Boussageon R. De la prise en charge centrée sur les facteurs de risque cardiovasculaire à la prise en charge centrée sur le patient « à risque cardiovasculaire ». *Exercer.* sept 2019;4.

18. Glaser B SA. La découverte de la théorisation ancrée. 2e ed. Paris : Armand Colin; 2008.

19. Lebeau J-P, Aubin-Augier I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé-CNGE. 2021.
20. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. 2ème. De Boeck Supérieur; 2014.
21. Université de Lille. ACTE [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: https://moodle.univ-lille.fr/pluginfile.php/269782/mod_topaze/content/10/10/index.html
22. Barbot J, Fillion E. La dynamique des victimes. Les formes d'engagement associatif face aux contaminations iatrogènes (VIH et prion). *Sociol Sociétés*. 2007;39(1):217-47.
23. Mougéot F, Robelet M, Rambaud C, Ocelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*. 2018;30(1):73-81.
24. Haute Autorité de Santé HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
25. Moreau A, Gilles de la Londe J, Ferrat E, Vallot S, Renard V, Aubin-Augier I. L'approche centrée sur le patient. *Exercer*. avr 2019;30(152):167-74.
26. Vallot S, Yana J, Moscovia L, Fabre J, Brossier S, Aubin-Augier I, et al. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ? *Exercer*. janv 2018;29(149):25-39.
27. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *Santé En Action*. juin 2017;(440):11-3.
28. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med*. mars 2005;20(3):219-25.
29. Estrada D, Sierra C, Soriano RM, Jordán AI, Plaza N, Fernández C, et al. Grade of

knowledge of hypertension in hypertensive patients. *Enfermeria Clin Engl Ed.* avr 2020;30(2):99-107.

30. Sadaune L. Évaluation du niveau de connaissances de l'hypertension artérielle chez des patients de plus de 70 ans en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie.* 2018. dumas-01905922.

31. Chotisiri L, Yamarat K, Taneepanichskul S. Exploring knowledge, attitudes, and practices toward older adults with hypertension in primary care. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:559-64.

32. Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, Allen E, Aung K, Beyth R, et al. Evidence-Based Risk Communication: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 19 août 2014;161(4):270.

33. Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health.* 8 sept 2010;10:538.

34. Truth Initiative: inspiring lives free from smoking, vaping, and nicotine [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://truthinitiative.org/>

35. Montreuil A, O'Neill S, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Synthèse de connaissances sur l'efficacité des interventions de contremarketing pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes: mise à jour 2017. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2017.

36. Davis KC, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Association between national smoking prevention campaigns and perceived smoking prevalence among youth in the United States. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2007;41(5):430-6.

37. Vallone D, Cantrell J, Bennett M, Smith A, Rath JM, Xiao H, et al. Evidence of the Impact of the truth FinishIt Campaign. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 2 avr 2018;20(5):543-51.

38. Sandrine C, Nora D, Kévi D, Mathieu L, Charlyne M, Céline P, et al. Les campagnes de communication dans les médias pour lutter contre le tabagisme : intérêt et efficacité. *Éc Hautes Études En Santé Publique*. 2009;51.
39. Les temps d'annonce de la maladie - Parcours de soins [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Parcours-de-soins/Temps-d-annonce-de-la-maladie>
40. Provost E. Avis et ressentis des patients sur la proposition d'une consultation dédiée à la prévention pratiquée par le médecin généraliste : une étude qualitative. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. dumas-02948224.
41. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? *Exercer*. 2008;19:36-41.
42. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 1 juill 2021;42(25):2439-54.
43. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J*. 1 juill 2021;42(25):2455-67.
44. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. sept 2004;364(9438):953-62.
45. Kim J-M, Stewart R, Kang H-J, Kim S-Y, Kim J-W, Lee H-J, et al. Long-term cardiac outcomes of depression screening, diagnosis and treatment in patients with acute coronary syndrome: the DEPACS study. *Psychol Med*. avr 2021;51(6):964-74.
46. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3

risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ*. 23 mai 2017;357:j2099.

47. Peters SAE, den Ruijter HM, Bots ML, Moons KGM. Improvements in risk stratification for the occurrence of cardiovascular disease by imaging subclinical atherosclerosis: a systematic review. *Heart Br Card Soc*. févr 2012;98(3):177-84.

48. Stein JH, Korcarz CE, Hurst RT, Lonn E, Kendall CB, Mohler ER, et al. Use of Carotid Ultrasound to Identify Subclinical Vascular Disease and Evaluate Cardiovascular Disease Risk: A Consensus Statement from the American Society of Echocardiography Carotid Intima-Media Thickness Task Force Endorsed by the Society for Vascular Medicine. *J Am Soc Echocardiogr*. févr 2008;21(2):93-111.

49. Afilalo J, Alexander KP, Mack MJ, Maurer MS, Green P, Allen LA, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *J Am Coll Cardiol*. 4 mars 2014;63(8):747-62.

50. Bachmann JM, Willis BL, Ayers CR, Khera A, Berry JD. Association between family history and coronary heart disease death across long-term follow-up in men: the Cooper Center Longitudinal Study. *Circulation*. 26 juin 2012;125(25):3092-8.

51. Sivapalaratnam S, Boekholdt SM, Trip MD, Sandhu MS, Luben R, Kastelein JJP, et al. Family history of premature coronary heart disease and risk prediction in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Heart Br Card Soc*. déc 2010;96(24):1985-9.

52. Kivimäki M, Pentti J, Ferrie JE, Batty GD, Nyberg ST, Jokela M, et al. Work stress and risk of death in men and women with and without cardiometabolic disease: a multicohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. sept 2018;6(9):705-13.

53. Manjunath G, Tighiouart H, Ibrahim H, MacLeod B, Salem DN, Griffith JL, et al. Level of kidney function as a risk factor for atherosclerotic cardiovascular outcomes in the community. *J Am Coll Cardiol*. 1 janv 2003;41(1):47-55.

54. Geeraert M. Évaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932058.
55. Le CMG rend publics les chiffres clés du DPC en médecine générale [Internet]. CMG. 2021 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/le-cmg-rend-publics-les-chiffres-cles-du-dpc-en-medecine-generale/>
56. Le patient traceur en ville [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2614161/fr/le-patient-traceur-en-ville

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de contrôle COREQ

Liste de contrôle COREQ

	Item	Guide questions/description
Equipe de recherche et réflexion		
Caractéristiques personnelles		
	Enquêteur/animateur	Guillaume Perron
	Titres académiques	MCA Dr Baran (Directeur de Thèse)
	Activité	Médecine Générale libérale remplaçant
	Genre	Homme
	Expérience et formation	Débutant
Relation avec les participants		
	Relation antérieure	Connaissance d'un participant
	Connaissance des participants du sujet	Médecine Générale et Cardiologie
	Caractéristiques de l'enquêteur	Enoncé de l'objectif aux deux premiers participants
Conception de l'étude		
Cadre théorique		
	Orientation méthodologique et théorie	Inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
	Échantillonnage	Selon la théorie
	Prise de contact	Téléphonique puis courriel
	Taille de l'échantillon	10 participants
	Non-participation	7 personnes, manque de temps, pas de réponse
Contexte		
	Cadre de la collecte des données	Domicile / Cabinet
	Présence de non participants	Non
	Description de l'échantillon	Médecin généraliste installé - Hauts-de-France
Recueil des données		
	Guide d'entretien	Question brise-glace / questions ouvertes
	Entretiens répétés	Non
	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio dictaphone
	Cahier de terrain	Journal de bord tenu
	Durée	De 18 à 45 minutes
	Seuil de saturation	Seuil de saturation discuté lors de la triangulation
	Retour des transcriptions	Transcriptions retournées aux participants
Analyse et résultats		
Analyse des données		
	Nombre de personnes codant les données	2
	Description de l'arbre de codage	Non
	Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir des données
	Logiciel	NVivo
	Vérification par les participants	Transmissions à venir
Rédaction		
	Citations présentes	Citations présentes et numérotées
	Cohérence des données et des résultats	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Oui
	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 2 : Extrait du journal de bord (1)Initialement :

Durant mon premier stage de médecine ambulatoire. Interpellation sur le trop grand nombre d'examens biologiques prescrits sans réelle attente, sans but clinique ou thérapeutique. De nombreuses prescriptions étaient réalisées juste à la demande du patient, ou alors le médecin réalisait un bilan biologique de façon systématique quasi annuelle ou semestrielle.

J'ai donc remis en cause la pratique actuelle de mes praticiens. J'ai donc essayé de trouver un sujet de thèse, ex : qu'attendent les médecins généralistes d'un bilan biologique prescrit de façon systématique, pourquoi le font-ils, etc ?

Cours ED sur le risque cardiovasculaire :

Cours très intéressant sur l'évaluation du RCV et la prévention du RCV, RHD, etc ...

Demande faite donc au Dr Baran de pouvoir diriger une thèse, avec présentation de mon idée initiale. Adaptation du sujet au risque cardiovasculaire. Et donc à une réflexion sur l'abondance de prescription de statine, avec des effets indésirables maintenant bien connus. Je m'étais posé une question : au vu du nombre d'examens biologiques demandés, et donc la réception de résultats biologiques pathologiques comme le bilan lipidique, est-ce qu'un résultat biologique lipidique pathologique entraîne prescription de statine ?

Discussion avec le Dr R..... (Coordinatrice de GEP) :

Elle m'a alors dit que ça ressemblait à une thèse, (il n'y qu'à, il faut qu'on) sans réelle innovation. Je me suis donc dit que l'élaboration d'un outil d'aide à la déprescription des statines pour les médecins généralistes, ça pouvait être très intéressant. J'ai donc soumis cette idée à mon directeur de thèse, qui trouvait effectivement que cela pouvait être une bonne idée. J'ai donc pu lire beaucoup d'articles sur le sujet.

Lecture bibliographique sur les examens paracliniques, l'évaluation du RCV, la prescription de statines, études sur l'efficacité des statines / conseillée par mon directeur de thèse.

Je souhaitais essayer d'élaborer un outil d'aide à la prescription / déprescription des statines, j'en ai discuté avec un ami interne de cardio qui m'a dit qu'il en existait déjà, le SCORE, (sur le coup je me suis dit qu'effectivement cet outil existait déjà, mais à posteriori je me dis que bien sûr que non ça n'existe pas, l'évaluation du RCV par le SCORE ne peut pas à elle seule décider d'un traitement hypolipémiant) ... je me suis alors demandé si ces scores étaient appliqués, si les med G les connaissaient ?

J'aurais aimé pouvoir interroger des médecins généralistes sur leurs pratiques Pourquoi prescrivez-vous le bilan ? demande du patient ? bilan annuel ? ...

- *Qu'en attendez-vous ?*
- *À partir de quels résultats, prescrivez-vous des statines ?*

... Je me suis dit qu'il y aurait très probablement un gros biais par rapport à leur connaissance et leur réelle pratique.

Faut-il interroger le patient ? Et essayer de savoir s'il sait pourquoi il a ce traitement, je pense que ça peut être intéressant si on se rend compte que beaucoup de patients ne savent pas pourquoi ils ont ce traitement ou alors juste sur une prise de sang une fois.

Annexe 3 : Extrait du journal de bord (2)

06/06/20

Méthode de recherche qualitative par focus group sur le modèle de la théorisation ancrée : décidée lors de l'entretien téléphonique le 05/05/20. Et après questionnement auprès du Dr C.... devant la divergence d'idées pour la meilleure méthode de recherche.

Finalisation de la fiche de thèse

Début de l'élaboration du guide d'entretien des focus groups

Précision quant au recrutement des participants : base de données urps, localisation Métropole Urbaine Lille pour facilitation de la réalisation des entretiens de groupe.

09/06/20

Fiche de thèse : ok

Guide d'entretien : première ébauche

Fiche de renseignements sur les médecins : ok

Fiche sur informations à donner aux médecins : ok

Listes URPS demandées auprès de l'URPS et faculté de médecine : x

Salle pour entretiens demandée à la faculté

Dès que fiche validée + guide d'entretien : envoyer à la CNIL, pour récupérer le récépissé de déclaration de thèse

[...]

Vu le contexte actuel et l'impossibilité de réalisation d'entretiens en focus group : interdiction du rassemblement de plus de 6 personnes, càd 4 médecins en plus de nous deux.

Entretien semi-dirigé par visio

- Voir avec CNIL si modification de la déclaration pour un entretien semi-dirigé : x
- Revoir guide d'entretien
- Méthode pour entretien individuel
- Article EXERCER sur méthodologie

[...]

Remarques personnelles sur entretien n° 5 :

Pas trop d'induction : + / Beaucoup de relances pour émergence d'idées : +

J'aurais dû lui demander de m'expliquer à quoi correspondait son échelle sous format papier 3D.

« Prévention particulière » je voulais dire : Attention particulière

Information du patient en fonction de son changement de facteur de risque : mais échelle ne donne que 4 stades ... j'aurais dû lui demander si elle était assez discriminante ?

Question sur expérience en tant que MG : j'aurais dû dire en tant que jeune MG, préciser le fait qu'il est jeune

Sur les échelles cardiologiques utilisées, Pourquoi ? – plus pertinent : qu'est-ce qu'elles t'apportent ?

Questions des confrères à moduler : trop fermée

Quand il me dit que les anciens médecins utilisent d'autres outils : j'aurais dû demander quels outils tu penses qu'ils utilisent ?

Annexe 4 : Premier guide d'entretien

Thème : évaluation du RCV
1. Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation durant laquelle vous avez abordé le risque cardiovasculaire ? - Oui : ... - Si non : Est-ce que vous souvenez la dernière situation avec un patient hypertendu / dyslipidémique / tabagique ... ?
2. Qu'est-ce qui vous a aidé à y penser ?
3. Comment avez-vous évalué le risque cardiovasculaire ?
4. Que pensez-vous des échelles de calcul du risque cardiovasculaire ?
5. Que pensez-vous des facteurs de risque utilisés dans ces échelles ?
6. Que pensez-vous de la place du patient dans cette évaluation ?
7. Quels ont été les effets bénéfiques à votre évaluation du RCV ?
8. Que pensez-vous de la qualité de votre évaluation ?
9. Avez-vous pensé à d'autres façons d'évaluer ?
10. Quels ont été les problèmes rencontrés, et comment pensez-vous qu'il soit possible de lever ces difficultés ?
11. Avez-vous déjà discuté de ce genre de problématique avec d'autres confrères ?
12. Que pensez-vous de votre place dans cette évaluation et de celle des cardiologues ?
13. Quelles mises en œuvre vous permettraient d'améliorer cette évaluation ?

Annexe 5 : Dernier guide d'entretien

Thème : évaluation du RCV
1. Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation durant laquelle vous avez abordé le risque cardiovasculaire ? - Oui : ... - Si non : Est-ce que vous souvenez la dernière situation avec un patient hypertendu / dyslipidémique / tabagique ... ?
2. Qu'est-ce qui vous a aidé à y penser ?
3. Comment avez-vous évalué le risque cardiovasculaire ?
4. Comment utilisez-vous cette ERCV ? Quelle est votre utilité des résultats obtenus ?
5. Que pensez-vous de la qualité de votre évaluation ?
6. Quels ont été les problèmes rencontrés ?
7. Comment pensez-vous qu'il soit possible de lever ces difficultés ?
8. Que pensez-vous de votre place dans cette évaluation et de celle des cardiologues ?
9. Quelles mises en œuvre vous permettraient d'améliorer cette évaluation ?

Annexe 6 : Extrait du verbatim de l'entretien n°6

Et donc vous me dites que vous le faites de façon systématique dans vos consultations.

Oui, en fait je n'évalue pas le risque à proprement parler cardiovasculaire à chaque consultation mais à chaque consultation il y a de la prévention qui me semble rentrer dans ce cadre-là avec l'activité physique et l'alimentation, c'est quasiment... l'activité physique c'est systématique à chaque consultation. Et euh je me suis perdu. J'avais 2 histoires fin... j'avais deux idées et j'en ai perdu une. Est-ce que tu peux reposer ta question ?

Vous étiez en train de dire que vous n'évaluez pas systématiquement le risque cardiovasculaire mais que à chaque consultation vous abordez avec le patient l'activité physique et... ?

(Réflexion) ... et je me pose la question systématiquement de savoir si à mon avis c'est quelqu'un à risque cardiovasculaire ou pas, sans en évaluer toutes les composantes à la CMGE quoi.

C'est-à-dire ?

Euh ben tous les critères que tous les critères officiels de la des facteurs de risque cardiovasculaire.

Et pourquoi ?

Parce que je pense, ce n'est pas pertinent d'évaluer tous les critères cardiovasculaires à chaque consultation, le fait d'y penser on place de fait les gens dans des groupes à risque ou pas à risque. Je crois que c'est la base du métier de généraliste, c'est de la consultation, fin c'est une des... choses qui me semble primordiale et presque inconsciente.

Si je peux préciser, pourquoi vous n'évaluez pas selon ces recommandations ?

Parce que je le fais pour des populations ciblées, je pense. En fait je l'évalue quand, quand sciemment je... il y a un des critères qui font rentrer, un critère de risque cardiovasculaire, donc en fait je l'évalue on peut dire presque.

Et comment vous l'évaluez précisément ce risque cardiovasculaire ?

Et ben c'est surtout à l'interrogatoire et un peu à l'examen clinique avec le périmètre abdominal éventuellement et l'interrogatoire c'est les antécédents, les habitus ; voilà principalement.

Annexe 7 : Extrait du verbatim de l'entretien n°8

Que penses-tu de l'évaluation du risque cardiovasculaire, de la qualité de ton évaluation du risque cardiovasculaire ?

Elle est sûrement perfectible.

Pourquoi ?

Parce que je ne me base pas sur... je ne me base sur aucun outil à proprement parler, des chaînes de calcul du risque global etc. À partir de là elle est probablement perfectible. Après je pense que j'aurais besoin de voir l'intérêt réel sur le changement de ma pratique pour commencer à utiliser ce genre d'outils, comme là je ne le vois pas forcément c'est sûr que ça ne m'encourage pas à changer mes habitudes, mais sûrement que oui, c'est perfectible.

Et qu'est-ce qui pourrait te permettre de changer de pratique ?

Justement, de passer chez un de mes... on est très nombreux au cabinet, de passer chez un de mes associés, et puis de voir une fenêtre ouverte en disant : « tiens c'est quoi ça, ah ouais c'est... », « c'est un truc que, peut-être que j'ai, qui me permet de voir le niveau de risque cardiovasculaire global pour ce patient », « ah ouais montre-moi un peu, ah ouais ok ça a l'air pas mal, je te le pique, c'est quel site, c'est quel outil ? ». Et puis voilà, si je trouvais quelque chose de facilement utilisable, de facile à inclure dans le temps de ma consultation, et qui me permettrait d'avoir un réel avantage pour mieux percevoir le risque du patient et puis pouvoir surtout lui retranscrire, ben oui dans ces cas-là c'est quelque chose que je pourrais adopter, c'est surtout ça.

Un outil à intégrer dans la consultation, tu as dit par rapport au temps, pourquoi ?

C'est la contrainte numéro 1, je pense pour beaucoup de métiers mais en tout cas en médecine générale libérale, oui oui. On a des prises de rendez-vous maintenant qui sont normées, si on passe par des plateformes comme Doctolib ce qui est notre cas depuis longtemps, les créneaux ils sont de 15 minutes, les gens le savent, même si évidemment c'est malléable et tant mieux d'ailleurs, parce qu'on ne prend pas autant pour un rhume et pour une personne qui vient de perdre son mari. C'est quand même toujours la contrainte numéro 1, donc au-delà du temps il faut que soit quelque chose qui se passe bien, si c'est pour être 3 heures sur ce logiciel à perdre complètement le contact avec le patient, je pense qu'on passe déjà beaucoup de temps sur l'ordi et pas assez en visu donc il faut que ce soit un truc intuitif, facile. Parce que si je mets 5 minutes et que l'autre décroche complètement, qu'il regarde sa montre et puis finalement je lui sors un truc qui n'est que pour moi en disant que : « vous savez, vous avez 7,6% de risque de faire un AVC » et que le mec en face ne sait même pas ce que c'est un AVC, oui je me serais fait plaisir mais je ne suis pas sûr que j'aurais été très utile et très efficace pour le patient. Donc c'est plus dans ce sens-là quoi.

Quand tu évoques 7,6 à quoi tu penses derrière ? Tu penses à quelque chose de particulier ?

C'est un pourcentage de risque cardiovasculaire, sur le coup je dis ça comme ça.

AUTEUR : Nom : PERRON

Prénom : Guillaume

Date de soutenance : 19 octobre 2021

Titre de la thèse : Évaluation du risque cardiovasculaire : qu'en pensent les médecins généralistes ?

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : risque cardiovasculaire, soins premiers, médecine générale, améliorations

Résumé :

Introduction : Les maladies cardiovasculaires représentent un enjeu de santé publique au vu de leurs conséquences biologiques, psychologiques et sociales. Le risque cardiovasculaire est la probabilité d'apparition d'un symptôme ou d'une maladie cardiovasculaire ; actuellement il est évalué selon des échelles recommandées par les sociétés savantes. L'objectif principal était de savoir ce que pensaient les médecins généralistes de cette évaluation du risque cardiovasculaire (ERCV).

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés par téléconférence auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France entre février et août 2021.

Résultats : Les médecins généralistes abordent fréquemment le risque cardiovasculaire à l'aide d'une méthode scientifique, néanmoins controversée. Cette méthode présente certaines limites, ils en proposent donc une actualisation. Ils recueillent de nouveaux éléments pour prendre en compte le patient dans sa globalité, rendant cette évaluation chronophage. Cette complémentarité permet de renforcer l'adhésion de patients parfois réfractaires au changement de mode de vie par la présentation d'un résultat clair et précis mais aussi par l'individualisation du discours. Ils souhaitent rendre le patient acteur de sa santé en recueillant ses connaissances, ses attentes mais également son avis sur les modifications des règles hygiéno-diététiques ou l'instauration d'un traitement, permettant une décision médicale partagée (DMP). Pour favoriser ces changements, la compréhension et l'adhésion du patient doivent être maximales. C'est pour cela que les médecins généralistes proposent de réaliser des consultations dédiées. La relation de confiance médecin-patient, la connaissance du patient ainsi que l'expérience et les convictions des médecins généralistes vont entraîner des remises en question permanentes. Ils vont ainsi adapter leur ERCV grâce à ces réflexions et l'avis de leurs confrères omnipraticiens ou cardiologues.

Conclusion : Par l'amélioration de la littérature en santé, les patients pourraient augmenter leur participation à la DMP. Les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur leur connaissance des patients, leurs vécus et la pluralité des pratiques médicales ainsi que participer au travail collaboratif des sociétés savantes afin d'optimiser leur ERCV. Les axes d'amélioration proposés par les médecins généralistes pourraient être mis en œuvre et évalués en soins premiers.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nicolas LAMBLIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Monsieur le Docteur Sandro NINNI

Monsieur le Docteur Bruno SIVERY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jan BARAN