

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Tiphaine du MAS de PAYSAC

Née le 2 mai 1994 à Limoges (87)

**Freins et leviers des médecins généralistes à la prescription d'un
hypolipémiant en prévention primaire :**

une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologue, Doyen de la faculté de médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, Directrice du département de médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Myriam LAPENNE-CREUSOT, Médecine générale – Tours

Directrice de thèse : Docteur Véronique BOUVIER-BALAND, Médecine Générale – Tours

Résumé en français

Introduction : les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde. Une partie de ces maladies pourrait être évitée grâce à la prévention primaire. Celle-ci repose sur la prise en charge des facteurs de risque, dont les dyslipidémies, qui font l'objet de recommandations de traitement par des hypolipémiants. La prescription de ces traitements par les médecins généralistes reste très variable. L'objectif de notre étude était d'explorer les freins et leviers des médecins généralistes à la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire.

Méthode : une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée (Grounded Theory Method), a été menée auprès de neuf médecins généralistes. Les données ont été recueillies entre août 2023 et août 2025 lors d'entretiens individuels semi-dirigés, enregistrés, retranscrits puis analysés de manière itérative jusqu'à saturation théorique. Ensuite, un modèle explicatif a été établi à partir de ces données.

Résultats : les résultats mettent en évidence la complexité du processus décisionnel en matière de prescription d'hypolipémiants en prévention primaire en médecine générale. Au-delà de l'application stricte des recommandations, notre étude montre que les médecins construisent leur propre théorie, en prenant position sur le sujet, puis ils la mettent en pratique face aux réalités du terrain. En théorie, nous observons parfois une prescription défensive ou médico-légale, ou encore l'intégration des convictions personnelles du médecin dans son raisonnement. En pratique, pour certains, la décision ne peut se faire sans une relation préalable avec le patient. Pour d'autres encore, cette décision n'est pas seulement médicale mais aussi psychosociale, ancrée dans le quotidien du terrain. Ces constats montrent que la décision médicale ne se résume pas à un simple choix thérapeutique, mais s'élabore à travers un raisonnement complexe et multidimensionnel.

Discussion : cette étude montre que la variabilité observée est le reflet d'un raisonnement clinique complexe et nuancé, témoignant d'un ajustement entre réflexion théorique et adaptation pratique. Cette étude permet de mieux comprendre comment les médecins mobilisent leurs repères, valeurs et réflexions pour accompagner leurs patients dans une démarche de soin global, personnalisée et évolutive. Ce modèle pourrait inspirer des recommandations pour promouvoir une prévention véritablement individualisée.

Mots-clés : Dyslipidémie / Hyperlipidémie / Hypercholestérolémie / Hypertriglycéridémie / Prévention cardiovasculaire / Prévention primaire / Médecine préventive / Promotion de la santé / Médecins généralistes / Médecine générale / Hypolipémiant / Statine / Etude qualitative

Résumé en anglais

Barriers and facilitators for general practitioners in prescribing lipid-lowering drugs for primary prevention : a qualitative study based on semi-structured interviews

Introduction : cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. A significant proportion of these conditions could be prevented through primary prevention, which relies on the management of risk factors, including dyslipidemia. Current clinical guidelines recommend the use of lipid-lowering agents for this purpose. However, prescription practices among general practitioners remain highly variable. The aim of our study was to explore the barriers and facilitators influencing general practitioners' prescription of lipid-lowering therapy in primary prevention.

Method : a qualitative study inspired by the Grounded Theory Method was conducted among nine general practitioners. Data were collected between August 2023 and August 2025 through individual semi-structured interviews, which were recorded, transcribed and analyzed through an iterative process of coding until theoretical saturation was reached. An explanatory model was then developed based on these data.

Results : the findings show the complexity of the decision-making process regarding the prescription of lipid-lowering agents for primary prevention in general practice. Beyond the strict application of clinical guidelines, our study shows that physicians construct their own theoretical framework, taking a stance on the issue, and then put it into practice in response to real-world conditions. In theory, some prescriptions reflect defensive or medico-legal reasoning, or the integration of the physician's personal convictions into the decision-making process. In practice, for some participants, prescribing decisions cannot be made without first establishing a relationship with the patient. For others, the decision is not purely medical but also psychosocial, embedded in the everyday context of practice. The findings indicate that medical decision-making extends beyond a therapeutic choice and develops through a complex, multidimensional reasoning process.

Discussion : this study shows that the observed variability reflects a complex and nuanced clinical reasoning process, illustrating a balance between theoretical reflection and practical adaptation. It provides insights into how physicians draw upon their knowledge, values, and reflections to support patients through a comprehensive, personalized and evolving approach to care. This model could serve as a basis for developing recommendations aimed at promoting truly individualized prevention.

Keywords : Dyslipidemia / Hyperlipidemia / Hypercholesterolemia / Hypertriglyceridemia / Cardiovascular prevention / Primary Prevention / Preventive Medicine / Health Promotion / General Practitioner / General medicine / Lipid-lowering drug / Statins / Qualitative study

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOUVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINTAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUTEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaïda	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CML : Cellules Musculaires Lisses

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Dr : Docteur

ESC/EAS : *European Society of Cardiology* : Société Européenne de Cardiologie / d'Athérosclérose

FMC : Formation Médicale Continue

GTM : *Grounded Theory Methodology* : Méthodologie de la Théorisation Ancrée

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée : indicateur de l'équilibre glycémique sur 3 mois

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion : antihypertenseur

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

HDL : *High-Density Lipoprotein* : Lipoprotéine de haute densité

LDL : *Low-Density Lipoprotein* : Lipoprotéine de basse densité

LDL-C : *Low-Density Lipoprotein Cholesterol* : cholestérol transporté par les lipoprotéines de basse densité

MB : Marie Boutteyre

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCSK9 : *Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin type 9* : proprotéine convertase de type subtilisine/kexine 9, enzyme régulant les récepteurs du LDL-Cholestérol.

QI : Quotient Intellectuel

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAV : Service-Après-Vente

SPÉ : Spécialiste

TDP : Tiphaine du Mas de Paysac

VBB : Véronique Bouvier-Baland

VLDL : *Very-Low-Density Lipoprotein* : Lipoprotéine de très basse densité

Table des matières

Résumé en français.....	2
Résumé en anglais	3
Abréviations	10
Table des matières	11
Remerciements	13
Introduction	15
Matériels et méthode	17
Type d'étude	17
Caractéristiques des chercheurs	17
Population cible	17
Recueil des données	18
Aspects éthiques et réglementaires	19
Analyse des données	20
Résultats	21
Population étudiée.....	21
Catégories	22
PARTIE 1 : Construire sa théorie : se positionner sur le sujet.....	22
I. Composer avec les risques	23
I.A. Équilibrer les risques pour le patient.....	23
I.B. Se protéger juridiquement	26
II. Trouver des repères dans l'incertitude	28
II.A. Matérialiser l'incertitude	28
II.B. Douter des fondements scientifiques	30
II.C. Décider dans l'incertitude	32
III. Donner du sens à sa prescription	34
III.A. Réfléchir à une pratique raisonnée	34
III.B. Soigner en cohérence avec ses convictions personnelles	36
IV. Se réajuster dans une médecine en mutation.....	37
IV.A. S'adapter à des repères qui changent	37
IV.B. Réfléchir aux limites de la prévention.....	38

IV.C. Faire évoluer sa pratique avec l'expérience	39
PARTIE 2 : ...et la mettre en pratique : s'ajuster aux réalités du terrain	41
I. Placer la relation au cœur de la décision.....	42
I.A. Construire une relation de confiance	42
I.B. Intégrer l'autonomie du patient dans la décision	44
I.C. Préserver l'alliance avec le patient.....	45
II. Prescrire est indissociable du terrain	47
II.A. Ancrer le terrain dans la décision	47
II.B. S'ajuster à la réalité des patients.....	49
II.C. Faire du temps un outil du soin.....	51
III. Être chef d'orchestre des acteurs du soin	53
III.A. Assumer un rôle central de coordination.....	53
III.B. Construire une cohérence collective.....	55
III.C. Gérer les dynamiques interprofessionnelles	56
IV.D. Préserver son indépendance malgré les influences	58
Résultat principal	60
Discussion	62
Comparaison avec la littérature	62
Forces et limites	66
Perspectives	68
Conclusion.....	69
Annexes	70
Annexe 1 : Évolution du guide d'entretiens et du choix des participants.....	70
Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux participants de l'étude.....	75
Annexe 3 : Formulaire de consentement à participer à l'étude	77
Annexe 4 : Ethique - réponse de madame Magali REHAULT	78
Références bibliographiques	79

Remerciements

Au professeur Denis ANGOULVANT, merci d'avoir accepté de présider mon jury sur ce sujet à la croisée de la médecine générale et de la cardiologie.

Au professeur Clarisse DIBAO-DINA, merci d'avoir accepté de lire et d'évaluer ma thèse. Votre expertise sur le sujet apporte un éclairage précieux à ce travail.

Au docteur Myriam LAPENNE-CREUSOT, merci pour l'intérêt porté à mon travail et pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au docteur Véronique BOUVIER-BALAND, merci de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse. Ton exemple en tant que maître de stage m'inspire chaque jour à donner le meilleur de moi-même pour mes patients. Merci pour ton accompagnement, ta disponibilité, tes conseils et ta relecture toujours attentive tout au long de ce travail.

Merci aux patients qui, chaque jour de ma formation, m'ont transmis leur histoire et m'ont permis de me former. Merci pour votre confiance.

Merci à mes maîtres de stage, aux médecins, internes, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens... qui m'ont chacun tant apporté. Votre rôle a été essentiel tout au long de mon parcours.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à ma thèse et d'avoir pris du temps pour répondre à mes si nombreuses questions.

Merci à tous mes relecteurs attentifs qui se reconnaîtront. Honnêtement, sans vous, bien des erreurs seraient passées inaperçues.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde. En 2022, elles étaient responsables de 19,8 millions de décès, représentant 32 % des décès globaux, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Parmi ces décès, 85 % étaient dus à des maladies coronariennes ou à des accidents vasculaires cérébraux (AVC).(1)

Plusieurs facteurs de risque favorisent ces maladies. Certains relèvent des habitudes de vie, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une alimentation pauvre en fruits et légumes ou la sédentarité. D'autres sont d'ordre métabolique, tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'obésité abdominale, ainsi que des facteurs psychosociaux, comme le stress ou la dépression. Parmi ces troubles métaboliques, les dyslipidémies se distinguent par une anomalie du taux de lipides dans le sang.(1–3)

Agir sur ces facteurs de risque pour éviter la survenue de ces maladies, c'est agir en prévention primaire. Plus exactement, selon l'OMS, la prévention primaire se définit comme : « L'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque ».(4)

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans cette prévention primaire et sont les premiers concernés par la prescription de ces traitements quand elle est nécessaire. En 2016, par exemple, une étude montrait que les deux tiers des premières discussions sur les statines, un hypolipémiant, avaient lieu avec un généraliste.(5,6)

Cependant, plusieurs études ont montré une forte variabilité dans la prescription des traitements hypolipémiants en prévention primaire. En 2023, une étude française affirmait que moins d'un quart des patients éligibles à un traitement hypolipémiant en recevait un, montrant une sous-prescription marquée en prévention primaire.(7)

En complémentarité, une étude suisse récente montrait également inadéquation des prescriptions de statines en prévention primaire. Selon cette étude, le traitement était prescrit de façon appropriée dans 66,3 % des cas, avec une sous-utilisation dans 18,2 % des cas et une surutilisation dans 15 % des cas chez des patients multimorbides et polymédiqués.(8)

À l'échelle européenne, les résultats de l'étude observationnelle récente SANTORINI confirment cette tendance. Selon cette étude, 70 % des patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire n'atteignent pas les objectifs de LDL-C recommandé. Autrement dit, ils sont traités, mais de manière insuffisante.(9) Cette variabilité des pratiques s'inscrit dans un contexte plus large. Selon Santé publique France, la proportion d'adultes traités pour un taux de LDL identique a diminué de 29,6 % entre 2006 et 2015.(10)

Les médecins généralistes, eux-mêmes, semblent percevoir cette variabilité. Dans la thèse de 2017 du docteur Paul d'Avout, analysant les pratiques des médecins généralistes picards, 69,7 % des médecins interrogés admettaient parfois ne pas prescrire un traitement hypolipémiant en prévention primaire, même lorsque le patient en aurait besoin.(11)

À ce jour, plusieurs facteurs peuvent expliquer ces données. Tout d'abord, la prescription d'un traitement hypolipémiant en prévention primaire est une décision complexe intégrant le risque cardiovasculaire global, les comorbidités, les préférences du patient et les éventuels effets secondaires du traitement.(12) De plus, l'initiation d'un traitement chez des patients asymptomatiques peut poser des difficultés pour les praticiens.(7,13)

Les controverses entourant l'efficacité et la sécurité des hypolipémiants, notamment des statines, au cours des dernières années peuvent expliquer la diversité des pratiques médicales. Certains chercheurs suggèrent que les bénéfices de ces médicaments l'emportent sur leurs risques potentiels.(14,15)

Cependant, d'autres analyses soulignent les effets secondaires possibles et remettent en question leur utilisation en prévention primaire, comme observé dans les publications de la revue Prescrire.(16,17)

En novembre 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a abrogé ses recommandations sur les stratégies de prise en charge des principales dyslipidémies. Cette décision faisait suite à l'identification de liens d'intérêts non déclarés de certains experts et a ravivé les préoccupations entourant l'impartialité dans l'élaboration des directives médicales accentuant les incertitudes et les controverses.(18,19)

Ces controverses ne se limitent pas au corps médical. Elles entraînent aussi des répercussions chez les patients. Une étude récente publiée dans Exercer en 2022, a mis en lumière l'impact significatif des médias sur les choix des patients en matière de continuité ou d'interruption de leur traitement. Plus précisément, plus de la moitié des arrêts de statines décidés par les patients, ont été attribués à l'intérêt suscité par la polémique médiatique.(20)

Dans ce contexte, l'actualisation des recommandations par la Société européenne de cardiologie (ESC) en 2025, ainsi que la note de cadrage conjoint de la HAS et du CNGE en 2021 visent à redéfinir le cadre de la prévention cardiovasculaire et la place des hypolipémiants en prévention primaire.(21,22)

Ainsi, les médecins généralistes se retrouvent en première ligne dans la prescription ou non d'hypolipémiants en prévention primaire. Il apparaît donc nécessaire, au-delà des chiffres, de comprendre comment ils construisent leurs décisions.

L'objectif de notre étude était d'explorer les freins et leviers des médecins généralistes à la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire.

Matériels et méthode

Type d'étude

La méthodologie de recherche choisie relevait d'une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée (GTM) telle qu'évoquée dans le livre « The Discovery of Grounded Theory » de Glaser et Strauss et décrite dans le livre : « Initiation à la recherche qualitative en santé ». (23,24) Cette méthode a été retenue pour développer une compréhension approfondie des freins et leviers à la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire. Cette méthode a permis d'explorer les processus décisionnels des médecins généralistes et de construire un modèle explicatif à partir des discours recueillis.

Caractéristiques des chercheurs

Les chercheurs pour ce travail de recherche :

Chercheur : Tiphaine du Mas de Paysac (TDP), actuellement interne en médecine générale en dernière année de thèse, sans expérience préalable dans la recherche, ayant dirigé seule les entretiens.

Superviseur : Véronique Bouvier-Baland (VBB), directrice de thèse, maître de stage et médecin généraliste, ayant déjà supervisé plusieurs travaux de recherche.

Avant le commencement de l'étude, trois des futurs médecins inclus dans cette recherche étaient connus à titre personnel du chercheur, lors de parcours de stage ou de remplacements.

Population cible

La sélection des participants a suivi un échantillonnage raisonné et théorique. Le recrutement initial s'est fait dans la population d'intérêt puis a été orienté selon la théorie au fur et à mesure de son émergence. (Annexe 1)

Le recrutement des participants s'est fait par le biais de communications téléphoniques, par mails et réseaux sociaux. Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à l'entretien, à l'exception de trois médecins, l'une n'ayant pas répondu à la sollicitation sans en expliquer les raisons, une deuxième en raison de contraintes professionnelles et une troisième, initialement favorable, n'a finalement pas pu participer en raison d'un problème d'emploi du temps. Le nombre de médecins inclus au total était de neuf.

Les critères d'inclusion étaient que les participants devaient être des médecins généralistes prescrivant des hypolipémiants en prévention primaire. Les médecins non généralistes et ceux ne pratiquant pas la médecine générale ont été exclus.

Recueil des données

Le recueil de données s'est fait par entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes ou en visioconférence. Les participants étaient dans leur cabinet, face à leur logiciel médical. Ce choix méthodologique visait à leur permettre de démarrer l'entretien à partir d'un exemple concret d'un patient de leur choix pour limiter au mieux le biais de désirabilité. Le format individuel a été privilégié pour faciliter une discussion ouverte et approfondie.

Composé initialement de questions ouvertes centrées sur la problématique de recherche, le guide d'entretien a évolué de manière itérative au fil des entretiens. De nouvelles questions ont été ajoutées progressivement pour explorer les hypothèses émergentes et affiner les catégories en construction conformément aux principes de la théorisation ancrée. Le guide d'entretien a été testé initialement sur un proche de mon entourage non-médecin. Le guide d'entretien ainsi que son évolution sont présentés en annexe 1.

Après consentement oral, puis écrit avec signature, l'entretien était enregistré au format audio avec prise de notes pendant l'échange. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits intégralement et anonymisés. La retranscription de ces entretiens était proposée aux participants ainsi que l'analyse s'ils le souhaitaient, afin qu'ils aient la possibilité de commenter ou corriger. Un seul participant a souhaité recevoir la retranscription de son entretien.

Le choix d'utiliser l'enregistrement audio plutôt que vidéo s'est fondé sur la volonté de préserver la confidentialité des participants en limitant la capture visuelle et la gêne éventuelle. Cela permettait par ailleurs d'assurer une collecte exhaustive des échanges verbaux, préservant ainsi les nuances, le ton et les émotions dans les données recueillies.

Par ailleurs, les caractéristiques de chaque médecin ont été notées dans un fichier Excel séparé et ont été anonymisées.

La collecte des données s'est déroulée sur une période s'étendant d'août 2023 à août 2025, pendant laquelle les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés. La durée moyenne de chaque entretien était d'environ 51 minutes avec un minimum à 21 minutes et un maximum à 1 heure et 25 minutes.

La collecte de données a pris fin lors de l'obtention d'une saturation théorique des données après l'absence d'apparition de nouvelles données lors des deux derniers entretiens pouvant compléter les catégories existantes ou en créer de nouvelles.

Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont accordé leur consentement après avoir lu une lettre d'information détaillée expliquant le cadre de la thèse, les procédures de recherche et les droits des participants (Annexe 2). Ce consentement a été obtenu de manière explicite, par oral puis par écrit, avec la signature d'un formulaire de consentement (Annexe 3). Ils ont été informés de leur droit de mettre fin à l'entretien à tout moment et ont été encouragés à poser des questions pour clarifier toute incertitude concernant leur participation à l'étude.

Dans un souci de confidentialité et de protection des données, l'anonymisation des données a été initiée dès la phase de retranscription. Les noms propres et toute information permettant l'identification des individus ont été encodés par des astérisques accompagné de précisions entre parenthèses (Ex : nom, ville, interne...) afin de conserver au mieux le contexte des échanges.

Afin de renforcer la rigueur éthique de la recherche, l'avis de Madame Magali Réhault, attachée de recherche clinique coordonnatrice de la cellule recherche non-interventionnelle à la Direction de la Recherche et de l'Innovation au C.H.R.U. de TOURS - Hôpital Bretonneau, a été sollicité par mail. La réponse reçue le 24/08/2023 a confirmé la non-nécessité d'enregistrer la thèse à la CNIL, comme en atteste le document annexe 4.

Conformément aux directives de Madame REHAULT et pour assurer la confidentialité intégrale des participants, les enregistrements audio des entretiens ont été supprimés à la fin de la retranscription.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer par les chercheurs. De plus, afin de garantir la neutralité et l'objectivité dans l'analyse des données, tous les a priori ont été consciencieusement notés en amont du travail de recherche.

Analyse des données

L'analyse s'est déroulée en respectant les principes de la théorisation ancrée. L'étiquetage initial a été conduit à l'aide du logiciel NVivo (TDP).

Lors de l'analyse ouverte, certains passages délicats préalablement anonymisés ont été triangulés avec une collègue, Marie Boutteyre (MB) médecin généraliste en cours de thèse également.

Ensuite, l'ensemble de l'analyse ouverte a été triangulé par la confrontation de mes résultats (TDP) avec ceux de ma directrice de thèse (VBB).

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées puis facilitées par l'utilisation du logiciel NVivo (TDP).

Un journal de bord sous format Word et papier a permis de consigner les idées au fur et à mesure.

Résultats

Population étudiée

Caractéristiques	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09
Sexe	Homme	Femme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme
Age (années)	62	28	34	47	57	67	63	51	54
Zone d'exercice	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Urbain
Cabinet de groupe / MSP	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
Durée d'exercice (années)	36	3	7	20	28	44	35	19	28
Durée d'installation (années)	33	0,08	3	6	26	38	32	17	25
Groupe de pairs	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
Maître de stage (MSU)	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Membre d'un syndicat	non	non	non	non	non	oui	oui	non	non
Médecin chercheur	non	non	non	non	non	non	oui	non	non
Travaille avec une IPA	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non
Médecin homéopathe	non	non	non	non	non	non	non	non	oui
Modalité d'entretien	Présentiel	Présentiel	Visio	Visio	Présentiel	Présentiel	Présentiel	Présentiel	Visio
Durée de l'entretien (heures : minutes : secondes)	00:34:07	00:21:48	00:33:10	00:54:42	01:06:56	01:25:36	01:13:37	00:49:22	00:45:31

0,08 an = 1 mois

Durée moyenne des entretiens **00:51:39**

Tableau 1

Caractéristiques des participants

PARTIE 1 :

**Construire sa théorie :
se positionner sur le sujet...**

Dans les entretiens sur les freins et leviers de la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire, il est ressorti le fait qu'avant même de s'ajuster à la réalité de la prescription, les médecins interrogés s'efforçaient de clarifier leur propre position sur le sujet. En quelque sorte, ils construisaient leur théorie, leur positionnement sur ce sujet, au-delà de l'application mécanique des recommandations.

Cela signifiait, pour eux, composer avec l'ambivalence du risque, se protéger dans un contexte juridiquement incertain, rechercher des repères face à l'incertitude et questionner la solidité des fondements scientifiques de cette prescription. Ce cheminement théorique, marqué parfois par l'expérience et pour certains par leurs convictions personnelles, leur permettait de donner une cohérence à leur choix dans la décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire.

I. Composer avec les risques

I.A. Équilibrer les risques pour le patient

Prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire engageait inévitablement le médecin dans une logique de prise de risque. D'un côté, le traitement exposait à des effets indésirables potentiels et de l'autre, l'absence de traitement pouvait être perçue comme une inaction délétère voire une mise en danger des patients.

Lors des entretiens, cette tension entre action et inaction s'est déclinée dans des positionnements variés, que les médecins articulaient autour de cinq formes principales de rapport au risque.

I.A.1. Craindre de nuire par inaction

Chez certains praticiens, comme M02, la menace cardiovasculaire dominait la réflexion et suscitait une véritable alarme qui influait nettement sur ses décisions :

M02 « : Vaut mieux prévenir que guérir hein, et que bah ça a quand même des conséquences qui peuvent être importantes, infarctus, AVC etc., Qu'il faut pas le prendre à la légère. [...] Moi je préfère leur mettre un traitement alors qu'ils n'ont rien plutôt que d'agir après qu'il y ait une catastrophe. »

I.A.2. Prescrire est un risque en soi

À l'inverse, chez d'autres praticiens interrogés, ressortait un autre versant de la réflexion. Prescrire comportait aussi sa part de risque et pouvait susciter des réticences.

M03 : « Bah je vais peut-être pas rajouter un truc qui peut avoir des effets secondaires etc. [...] donc les risques hépatiques principalement. [...] Bah prescrire, c'est risqué. »

De plus, la toxicité potentielle d'un traitement pouvait être aussi perçue comme une menace en soi conduisant certains médecins, comme M08, à adopter une prudence face à la prescription médicamenteuse de manière générale.

M08 : « Sauf que y a un jour par semaine où je prescris pas de poison.

I : (Air surpris) Ah, de poison...

M08 : Bah surtout les hypolipémifiants, oui (rires) tous les médicaments... Je pars du principe que tous les médicaments sont des poisons sinon on ne ferait pas 10 ans d'études pour apprendre à les manier correctement et ils seraient en vente libre en grande surface. »

La crainte de déclencher une cascade médicamenteuse contribuait également à cette réserve face à la prescription :

M06 : « Et puis après de traiter les effets secondaires, on donne un médicament, bah y a un effet secondaire na na na... On va jusqu'où ? »

I.A.3. Anticiper les risques différés

Certains médecins adoptaient une posture de vigilance dans le temps, attentifs à la lente progression du risque cardiovasculaire, même en l'absence de signes cliniques immédiats. La progression silencieuse des facteurs de risque justifiait selon eux une action en amont.

M04 : « Le problème, c'est qu'on accumule les facteurs de risque et qu'à force de les accumuler ça augmente votre risque cardiovasculaire. [...] Notre objectif de prise en charge aujourd'hui, c'est un objectif sur le long cours et à long terme pas un objectif à une semaine ou 10 jours. »

Cette même logique temporelle s'appliquait aussi aux effets indésirables des traitements. Certains médecins exprimaient une inquiétude face aux conséquences différées, cumulatives ou encore incertaines de la prescription. Cette prudence s'accompagnait d'un regard critique sur les effets indésirables à long terme.

M06 : « Les risques, ils sont cumulatifs en fonction de la durée. Le risque de diabète, il est plus important, c'est quatre pour mille pour quatre ans. Donc, pour 6, 8 ou 12 ans, ça augmente »

M08 : « Y a des tas de médicaments qui font leurs preuves sur 4 ans, 5 ans qui diminuent les risques et qui après les font exploser euh, parce qu'on découvre que y avait un autre risque derrière. »

I.A.4. Stopper en cas d'effets indésirables

Face aux effets indésirables, certains médecins avaient une vision plus pragmatique marquée par une grande souplesse, en particulier en prévention primaire, où les traitements étaient plus facilement stoppés en cas d'apparition d'effets indésirables :

M03 : « Les douleurs musculaires, ben à la limite, voilà, si c'est le cas, bah on arrête ou si c'est pas vraiment indispensable. [...] Moi je, du coup, je m'acharne pas s'ils ont des effets secondaires pour un traitement, voilà en prévention primaire, moi, je dis « On a essayé. Puis

voilà. » [...] Mais en prévention primaire, il y a une solution, c'est arrêter le traitement et puis voilà. »

I.A.5. Relativiser le risque d'une prescription

Toutefois, tous les médecins interrogés ne percevaient pas forcément la prescription comme un acte fondamentalement risqué. Les effets indésirables étaient parfois jugés rares, connus et facilement gérables.

M01 « De toute façon, on ne prend pas beaucoup de risques. »

I.B. Se protéger juridiquement

À côté du risque médical pesant sur le patient, certains médecins intégraient également une autre forme de risque : celui de leur propre responsabilité. C'est moins la balance bénéfice/risque clinique qui est ici en jeu que la nécessité pour eux de se prémunir face à un climat perçu comme incertain sur le plan juridique. Ainsi, plusieurs médecins adoptaient une posture de prudence renforcée, de médecine « défensive », où prescrire pouvait devenir un moyen de se protéger plus qu'un choix strictement thérapeutique. En prévention primaire, cette stratégie de protection juridique devenait un levier majeur pour légitimer leur prescription.

I.B.1. Prescrire pour se couvrir

Certains médecins reconnaissaient prescrire non pas pour répondre à un besoin médical immédiat, mais pour éviter de se voir reprocher l'absence de traitement. La décision devenait alors moins un acte de soin qu'un réflexe de protection médico-légale.

M03 « Si si, ça effectivement et très souvent en prévention primaire, si je l'ai prescrit, c'est pas pour la santé du patient, c'est peut-être même pour le risque juridique. [...] Plus à but médico-légal ».

I.B.2. Tracer le refus de traitement

Dans cette logique de précaution, d'autres attachaient une grande importance à la traçabilité des décisions en particulier lorsque le patient refusait un traitement. Le fait de consigner explicitement les refus permettait de sécuriser la position du médecin, comme une preuve, protégeant finalement davantage le médecin que le patient.

M02 : « Ça sera marqué noir sur blanc que c'est lui qui refuse les traitements [...] j'ai de quoi me justifier à fond sur toutes mes consultations. »

I.B.3. Réagir à un climat de judiciarisation

Cette posture défensive de certains médecins s'inscrivait dans un contexte perçu comme plus conflictuel de manière générale.

M02 : « Les gens, ils cherchent tellement des choses pour pas grand-chose que ouais je me protège à fond. »

I.B.4. Apprivoiser le risque juridique au fil des ans

Le rapport au risque juridique semblait évoluer avec l'expérience. Les propos de M02, jeune praticienne, suggéraient que l'anxiété liée à ce risque était plus marquée en début de carrière et que la confiance s'acquerrait avec les années.

M02 : « Peut-être que nous les jeunes, on a un peu plus de de peur de, je sais pas, d'être mené en justice ou autre [...] ouais je me protège à fond. Peut-être qu'avec le temps, je le ferai moins. Mais enfin, voilà, je vois mes collègues, je vois un collègue qui est plus âgé, sa consultation y a 10 mots, je pense de marqués. Alors que moi, 10 fois plus quoi donc voilà... »

I.B.5. Légitimer sa prescription par des recommandations

Pour se prémunir contre le risque juridique, les médecins interrogés adoptaient des stratégies différentes. M03, qui disait parfois prescrire pour se protéger juridiquement, utilisait les recommandations comme repère sécurisant :

M03 : « Je me dis : « Bah, il y a des recommandations donc là on est au-dessus etc. ». En tout cas, il y a des consignes ».

I.B.6. Revendiquer l'appui sur la science plutôt que sur les recommandations

À l'inverse, M07 prenait ses distances avec cette logique. Il refusait de considérer les recommandations comme un bouclier légal et fondait ses décisions sur sa propre lecture des données scientifiques les plus récentes. Pour lui, c'est la science et non les recommandations qui fondent la responsabilité médicale :

M07 : « Traine cette idée, pas trop chez les généralistes, mais beaucoup chez d'autres spécialités [...] si tu fais pas comme c'est écrit dans les recos tu vas en prison quoi. C'est pas du tout opposable, du tout. Ce qui est opposable, c'est les données de la science, car on est censé donner des soins en rapport avec les données de la science et même si les données de la science vont à l'encontre des recos [...] on peut pas se défendre en disant « bah, j'ai fait comme dans les recos ». « Ah ben non, c'est pas ça qu'on vous demande, on vous demande de faire comme les données de la science. »»

II. Trouver des repères dans l'incertitude

II.A. Matérialiser l'incertitude

Dans la décision de prescrire ou non en prévention primaire, les médecins interrogés exprimaient être confrontés à une part d'incertitude, qu'ils cherchaient à rendre plus tangible. Lors des entretiens, diverses stratégies émergeaient pour tenter de donner forme à ce risque abstrait.

II.A.1. Agir malgré un bénéfice invisible

Pour les médecins interrogés, une des difficultés de décision en prévention primaire tenait au fait que le bénéfice du traitement ne pouvait jamais être perçu directement, puisqu'il s'agissait de prévenir un événement hypothétique.

M07 « S'ils en ont un bénéfice, ils sauront jamais lequel, ils sauront pas à quoi ils ont éventuellement échappé ».

II.A.2. Mesurer le risque à l'aide d'outils objectifs

Face à cela, pour tenter de rendre ce risque plus tangible, certains médecins recouraient à des outils d'aide à la décision. Ces instruments permettaient de poser un cadre plus objectif à une situation incertaine, sans pour autant automatiser la décision. Cela permettait également de donner une forme de légitimité vis-à-vis du médecin comme du patient.

M06 : « Moi j'utilise une petite application [...] basée sur les recommandations de la Société européenne de cardiologie. [...] Ça permet [...] une évaluation du risque. [...] Être en capacité de donner au patient des arguments « objectifs » [...] en tout cas visuels, qui lui permettent de construire sa décision. [...] Je l'utilise quand j'ai un doute ».

II.A.3. Transformer l'incertitude en seuils chiffrés

Face à un risque incertain, d'autres médecins préféraient structurer leur raisonnement à l'aide de repères précis. L'usage des seuils biologiques permettait pour eux de transformer une situation floue en une indication plus nette, facilitant la prise de décision.

M02 : « C'est vraiment sur les chiffres que je me base. »

M03 : « À partir de 1,8 g/L de LDL, je me pose vraiment plus la question. »

II.A.4. Se rassurer d'un cadre plus clair

Chez certains médecins, l'utilisation d'outils ne servait pas juste à trancher mais à se sentir plus à l'aise dans leur prise de décision. L'outil semblait apporter une certaine forme de sécurité, permettant de mieux assumer la prescription ou non dans un contexte d'incertitude.

M04 : « Avant je faisais un peu au pif quand même si tu veux, du genre : ouh il est un peu élevé son cholestérol (rires). »

II.A.5. Se fier à son intuition

À l'inverse, pour d'autres, certaines décisions se fondaient sur un ressenti clinique plus que sur des repères mesurables. L'intuition traduisait ici une forme de savoir expérientiel, forgé par l'observation répétée des patients, qui leur permettait de décider malgré l'absence de certitudes.

M09 : « Il tourne autour de 2 g/L depuis un moment. (sous-entendu 2g/L de LDL-C) Il a un syndrome métabolique hein quand même. Mais c'est une intuition, hein, c'est pas du tout scientifique. »

II.B. Doubter des fondements scientifiques

Chez certains médecins interrogés, le doute vis-à-vis des traitements hypolipémiants en prévention primaire, se traduisait par une posture de réflexion critique sur la solidité des preuves disponibles sur le sujet, mais aussi sur les fondements mêmes de la recherche en prévention primaire. Ces praticiens cherchaient à fonder leurs décisions sur des données fiables et indépendantes tout en exprimant une méfiance envers les influences économiques, institutionnelles ou politiques qui orientent les priorités de la recherche et la construction des recommandations.

II.B.1. Doubter de l'efficacité réelle en prévention primaire

M04 par exemple, exprimait une incertitude persistante quant au bénéfice réel des traitements hypolipémiants pour prévenir les événements cardiovasculaires chez les patients sans antécédents.

M04 : « Mais tu vois en prévention primaire, ça me semble beaucoup moins clair sur les études. [...] Et en prévention primaire, que les médicaments fassent baisser le taux de cholestérol tout ça ok, mais, que ça te fasse vivre plus vieux ou en meilleur état, je sais pas. »

II.B.2. Regretter l'absence d'études indépendantes solides

Cette exigence de rigueur scientifique s'accompagnait de la conviction que seules des études indépendantes pourraient réellement trancher la question.

M04 : « Si on avait une grande étude [...] avec une grosse cohorte [...] qui n'est pas financée par un laboratoire pharmaceutique, qui nous affirme que traiter les gens en fonction du score en prévention primaire ça sauvait des vies ou ça faisait des vies de meilleure qualité... Euh... Ok quoi... Tu vois ».

II.B.3. Déplacer le doute vers les priorités de recherche

Chez M03, le doute ne portait pas directement sur la validité des études, mais sur ce que la recherche choisit de considérer comme prioritaire.

M03 : « Depuis quand le cholestérol, c'est à ce point-là GRAVE qu'on mette autant d'argent en fait là-dedans. »

II.B.4. Dénoncer les conflits d'intérêts dans les recommandations

M07 exprimait une perte de confiance dans la neutralité des recommandations, perçues comme influencées d'abord par des intérêts économiques.

M07 : (en parlant de la construction des recommandations) « On avait dépassé les 3 millions d'euros de conflits d'intérêt [...] tu te dis, mais attends, ils sortent des recos, je veux dire à chaque fois qu'on fait baisser de 0,5 le LDL, on vend 200 millions de boîtes de plus. Des gens qui font pratiquement l'essentiel de leur fortune payée par les labos. »

II.B.5. Se former en toute indépendance

Pour M06 se former en toute indépendance était essentiel. Il cherchait à se prémunir ainsi de l'influence de l'industrie pharmaceutique en s'appuyant sur des sources libres de tout financement.

M06 : « Moi ce qui m'intéresse, ce sont les informations que j'espère... Voilà, non influencées le plus possible, voilà c'est pour ça que je lis qu'une seule revue c'est Prescrire euh parce que c'est la seule qui n'ait pas de pub, c'est la seule qui ait zéro financement. »

II.B.6. S'appuyer sereinement sur les données actuelles

Tous les médecins ne remettaient pas en cause la validité des données scientifiques. Certains exprimaient une confiance dans les repères biologiques et les connaissances scientifiques, qu'ils percevaient comme des fondements suffisants pour décider.

M01 : « Je regarde sur le (rires) résultat, les valeurs... leur variation. Si c'est plus élevé que la normale. [...] il cumule plein de facteurs de risque. Donc je me dis de toute façon voilà, il y a un moment il va être à point, je vais pouvoir lui donner... »

II.C. Décider dans l'incertitude

Après avoir exprimé des positions diverses sur les données scientifiques, les médecins développaient différentes stratégies pour composer avec l'incertitude. Décider dans l'incertitude revenait à accepter une part de doute inhérente à toute décision médicale. Pour certains, cette incertitude restait peu marquée, car ils raisonnaient à partir de critères objectivables. Pour d'autres, il s'agissait de refuser de s'enfermer dans des certitudes. Certains cherchaient appui auprès de leurs pairs pour éclairer leur réflexion, tandis que d'autres évoquaient la nécessité d'accepter l'incertitude comme composante de la pratique, tout en assumant la responsabilité de leur décision.

II.C.1. Décider sans éprouver l'incertitude

Chez M02, la décision se construisait dans un cadre clair, fondé sur des repères biologiques précis. Cette approche, structurée et stable, limitait la place laissée au doute au moment de prescrire.

M02 : « C'est pas comme si c'était : est-ce qu'il y a besoin ? Est-ce qu'il y a pas besoin hein ? Il y a besoin. »

II.C.2. Ne pas rester figé sur ses certitudes

Chez M08, la décision s'inscrivait dans une dynamique de réajustement permanent. Elle soulignait combien les repères médicaux peuvent évoluer et invitait à ne pas s'attacher aux certitudes du moment.

M08 : « On n'arrête pas de faire une sorte de balancier comme ça, où finalement on sait pas trop, et puis, finalement où trouver le juste milieu, ben on a notre juste-milieu de maintenant, est ce que ce sera le même. »

II.C.3. S'appuyer sur les pairs pour réfléchir collectivement

Pour d'autres comme M06, les échanges entre pairs permettaient de confronter leur pratique, de partager l'incertitude et de renforcer la cohérence des décisions.

M06 : « C'est de l'évaluation des pratiques, hein, c'est pas de la formation continue [...] comme on est tous confrontés au même problème, après, on discute de la façon dont on prend nos décisions. Et puis, de temps en temps, on décide de faire tous la même chose. »

II.C.4. Accepter l'incertitude comme composante de la pratique

Ici, M06 exprimait une posture réflexive propre à la médecine générale. Lucide face à ses limites, il reconnaissait que le questionnement et le doute faisaient partie intégrante de la pratique quotidienne en soins primaires, qu'il fallait accepter plutôt que redouter.

M06 : « Évaluer ses pratiques ça débouche plus souvent sur des questions que sur des réponses, hein. Donc faut pas avoir peur de ça non plus hein, surtout pour la médecine générale parce qu'il y a quand même nombre de sujets où on n'a pas vraiment de réponse par rapport à nos questions. »

II.C.5. Assumer une décision sans certitude

Dans ce contexte, pour M01, l'important n'était pas de garantir un résultat, mais de prendre une décision assumée, même imparfaite.

M01 : « Et puis voilà, c'est tout, dans la vie, y a pas « une » bonne solution, il y en a plein. Le problème, c'est qu'à partir du moment où on prend une solution, faut pas avoir de regrets de l'avoir prise, puis il faut tout faire pour que ça soit la bonne, voilà, c'est tout. »

III. Donner du sens à sa prescription

Après avoir décrit leurs manières de composer avec l'incertitude, certains médecins abordaient la question du sens donné à leurs décisions. Ils évoquaient la manière dont ils cherchaient à exercer une médecine en accord avec leurs valeurs, leurs repères éthiques et leur conception du rôle du médecin. Donner du sens à leurs prescriptions revenait à s'interroger sur la légitimité d'intervenir, à réfléchir sur une pratique mesurée mais aussi à inscrire leurs choix dans une démarche personnelle incluant parfois des convictions morales, écologiques ou politiques.

III.A. Réfléchir à une pratique raisonnée

Pour certains, cette quête de sens passait par une volonté de pratiquer une médecine mesurée, évitant les excès de dépistage ou de prescription et respectant le rythme propre à chaque patient.

III.A.1. Questionner le risque de rendre malade un bien portant

M07 exprimait une méfiance envers une prévention trop systématique. Il illustrait cette inquiétude en évoquant Jules Romains et son roman Knock, où le médecin transforme une personne saine en patient.

M07 : Par la grâce d'une automesure tensionnelle ou d'une prise de sang, on a réussi à le rendre malade alors que tout allait bien. Euh donc c'est quand même l'objectif principal d'un médecin, c'est de, ça a pas changé depuis Jules Romains euh, « derrière tout bien portant il y a un malade qui s'ignore. » »

III.A.2. Choisir de ne pas dépister certains patients

Pour M04, la décision de ne pas dépister parfois traduisait une recherche de justesse fondée sur la balance bénéfices/risques pour le patient.

M04 (en parlant de faire une prise de sang pour rechercher une dyslipidémie) : « ça peut m'arriver de pas doser, ouais, je sais pas moi, j'ai pas mal de patients à plus de 90 ans [...] je ne suis pas sûre qu'ils en tirent un bénéfice au long cours. »

III.A.3. Refuser la posture de toute-puissance

M08 exprimait une manière de se positionner face à la tentation d'une médecine toute-puissante. En prévention primaire, cette attitude traduisait le refus d'intervenir à tout prix et les limites de la maîtrise du médecin.

M08 : « On a l'impression d'être omnipotents finalement et je pense que faut qu'on soit plus prudents sur ce qu'on fait. »

III.A.4. Replacer la responsabilité sur le patient

Pour M07, la décision se devait d'être partagée avec le patient. Il refusait d'endosser seul la responsabilité du traitement et rappelait au patient son rôle actif dans la décision. Ce positionnement traduisait une manière de redéfinir la place du médecin dans une relation plus horizontale, où la prescription n'a de sens que si elle est choisie et assumée par celui qui la reçoit.

M07 : « Qui c'est qui prend le comprimé, qui le met dans sa bouche et qui prend un verre d'eau et qui l'avale c'est moi ? Non, c'est vous. Donc c'est vous qui décidez » « - mais c'est vous qui » (marmonnements) « Je suis pas ta mère ! »

III.A.5. Ancrer la relation dans la confiance

Dans le prolongement de cette recherche d'équilibre entre responsabilité médicale et autonomie du patient, M02 évoquait la confiance comme condition indispensable à la cohérence du soin. La relation lui apparaissait comme le cadre à partir duquel la prescription pouvait garder sa justesse et sa pertinence.

M02 : « Bah, si sa prescription lui plaît pas... Après moi, je suis de base aussi sur la relation de confiance hein. Donc bah il a confiance en moi, il va suivre mes conseils, il a pas confiance, bah il va voir quelqu'un d'autre et je préférerais limite qu'il aille voir quelqu'un d'autre si c'est pas bien avec moi. Parce que bah ça joue sur la relation de confiance et quand c'est plus possible c'est plus possible. »

III.B. Soigner en cohérence avec ses convictions personnelles

Chez certains médecins, la décision de prescrire ou non, s'inscrivait dans une réflexion plus large sur ce que soigner voulait dire pour eux, en y intégrant leurs valeurs et leurs repères personnels. Leur manière de prescrire traduisait une façon d'affirmer leur conception du soin.

III.B.1. Primum non nocere

Chez M06, la décision reposait avant tout sur une exigence éthique où le risque d'effets indésirables primait sur le bénéfice potentiel d'un traitement.

M06 : « Donc, à partir du moment où c'est pour prévenir un risque hypothétique et qu'on a un effet secondaire caractérisé... Primum non nocere. »

III.B.2. Vouloir la sobriété thérapeutique

M03, quant à elle, illustre une attitude de retenue revendiquant une sobriété thérapeutique dans sa façon d'exercer.

M03 : « Parce que je pense que c'est assez le reflet de ma volonté de ne pas prescrire. [...] Plutôt pas trop pour la prescription en prévention primaire, ouais. »

III.B.3. Intégrer ses convictions écologiques

Chez M08, la dimension écologique faisait partie intégrante de sa décision de prescrire ou non. Elle reliait sa prescription à des conséquences concrètes sur l'environnement, voyant chaque médicament comme un objet de consommation et évaluant son impact global : fabrication, transport, etc.

M08 : « Les impacts des médicaments sur l'environnement [...] faut se souvenir que tous les médicaments qu'on donne ont été fabriqués, où ? [...] Certainement pas en France. Euh, transportée, tout ça. Et euh, et ouais, tout ça, ça a un impact. [...] Il est moins cher et il a moins d'impact. Alléluia ! »

III.B.4. Considérer la prescription comme un acte engagé

Chez M08, la volonté de cohérence personnelle s'exprimait aussi sur un plan politique. Ses choix de prescription traduisaient une volonté d'aligner ses pratiques médicales avec ses convictions.

M08 : « Faut se rappeler que la consommation, c'est de la politique, d'ailleurs, c'est pour ça que je ne prescris plus de Doliprane, je suis sur Dafalgan parce que Doliprane est en train de se vendre à un fonds de pension américain, ça me sort par les yeux. Voilà. (rires) »

IV. Se réajuster dans une médecine en mutation

Certains médecins interrogés décrivaient un processus d'adaptation constant face à une médecine en évolution. Confrontés à la transformation des recommandations, à la tentation d'une prévention plus large et à leur propre évolution individuelle, ils cherchaient à maintenir une pratique équilibrée fondée sur leur expérience et leur jugement.

IV.A. S'adapter à des repères qui changent

IV.A.1. Constater la baisse continue des seuils

M05 constatait l'évolution des seuils de LDL-C au fil des ans, qu'il jugeait difficile à suivre et parfois déconnectée de la réalité des patients.

M05 : « Voilà, vous avez le droit, vous pouvez aller jusqu'à 1g60 de LDL ou voire même autrefois 1g90 s'il y avait zéro risque. Maintenant, c'est plus le cas du tout. [...] En prévention primaire, vous devez avoir un LDL < 1g... Honnêtement, est-ce qu'on a déjà vu des LDL à moins de 1g dans la population générale ? »

IV.A.2. Se sentir contraint de prescrire chez le sujet âgé

M04 doutait de la pertinence des scores chez les plus âgés et préférait garder sa liberté d'appréciation.

M04 : « Quand tu regardes les scores, chez les gens... le SCORE 2 là, les 70-80 ans, là, en gros faut que tu les traites tous hein. Tout en rouge. [...] Je le fais avant 70 ans, après y a des fois... pfff... Je me pose la question quand même... ça me laisse un peu dubitative quand même. »

IV.A.3. Reconnaître le rôle régulateur des ROSP

M04 voyait dans les dispositifs de régulation comme les ROSP une manière d'encadrer les excès de prescriptions, tout en soulignant leur dimension économique.

M04 : « Après la Sécu avec les ROSP, justement, c'est aussi pour limiter nos prescriptions, je pense, éviter de prescrire à outrance. En tout cas, essayer de les réguler un peu parce que je pense que ça a un coût énorme en fait, sociétal. »

IV.A.4. Redouter la perte de crédibilité face aux patients

M05, quant à lui, craignait que ces variations des recommandations finissent par fragiliser la confiance des patients envers les médecins.

M05 : « Pendant des années [...] on nous a demandé de communiquer auprès des patients, en les sensibilisant, en les mobilisant à des chiffres ou des composantes sur lesquelles on s'assoit parfaitement aujourd'hui [...] quand les recommandations évoluent à ce point rapidement, ça sape un peu tout le boulot qu'on fait... »

IV.B. Réfléchir aux limites de la prévention

Certains médecins exprimaient une forme de recul critique face à ce qu'ils considéraient comme une expansion continue de la prévention. Leurs propos traduisaient une interrogation sur la frontière entre protéger la santé et risquer de transformer chaque individu en patient.

IV.B.1. Voir la population comme trop médicalisée

Chez M03, la prévention semblait parfois franchir la limite du raisonnable. Elle associait l'utilisation des statines à un symbole de surmédicalisation de la société.

M03 : « Je pense que ça fait partie de la surmédicalisation actuelle. Et puis le fait effectivement que ce pauvre médicament prend peut-être pour tous les autres qu'on prescrit à tort. »

IV.B.2. Redouter une médicalisation de masse

M05 poussait plus loin la réflexion et en imaginant une société où la prévention deviendrait une norme imposée à tous. Son propos révélait une inquiétude face à une prévention généralisée à tous.

M05 : « Et si finalement, la conclusion de tout ça, c'est que la prévention primaire fait que chaque Français se doit, à partir de 2000 machin, d'intégrer dans sa vie, un comprimé de statine ? [...] Chaque matin, plou, on ira devant le pupitre pour notre pilule. »

IV.B.3. Rappel de l'enjeu économique collectif

M07 abordait la question des limites de la prévention sous un angle financier, réfléchissant au coût collectif de la prévention.

M07 : « Et puis quand est-ce que la société accepte de payer pour cette réduction du risque, hein. [...] Donc à quel moment on décide que 20 % (sous-entendu ici 20 % de risque) on paie ? En gros, c'est ça... »

IV.C. Faire évoluer sa pratique avec l'expérience

Avec les années, certains médecins interrogés décrivaient une transformation de leur manière d'exercer. Leur expérience semblait les amener à plus de souplesse, de prudence, mais aussi de lucidité. On pouvait observer le passage d'une pratique cadrée par les recommandations à une approche plus nuancée, centrée sur la relation et la prudence.

IV.C.1. Faire évoluer sa posture relationnelle avec l'expérience

Chez M01, l'expérience semblait modifier sa relation avec les patients. Il disait soigner différemment avec le temps. Il décrivait une relation plus empathique avec l'âge, mais aussi plus prudente, marquée par la conscience du poids des mots et du risque de blesser.

M01 : « Quand on vieillit, on connaît trop, quasiment trop bien les patients. On n'ose pas leur faire de la peine. Et tandis que quand on est tout jeune, on dit : c'est comme ça, crac, crac, la faculté a dit, et hop ça passe d'une manière différente, ça passe un peu plus en force. »

IV.C.2. Apprendre de ses erreurs et doser l'information

L'expérience s'accompagnait aussi d'une mémoire des erreurs de communication passées, qui façonnait une vigilance durable dans la manière de communiquer avec les patients. M01 avait appris l'importance de doser son discours avec les patients.

M01 : « Quand je, par exemple, je trouve un diabète chez une personne, je lui parle pas tout de suite des pieds, des yeux, du cœur, des reins, des trucs, des machins. J'en ai une que ça a effrayée, je l'ai vu il y a 15 ans, elle s'est pas soignée. Je l'ai vu, il y a 2, 3 ans. Et entre-temps, elle s'est pas soignée, il lui manque un pied, un œil, elle est insuffisante rénale, enfin bon, c'est le truc. »

IV.C.3. Assouplir son rapport aux recommandations dans le temps

L'expérience favorisait aussi parfois une prise de distance vis-à-vis des recommandations. Les médecins se disaient moins rigides et plus enclins à composer avec la singularité de chacun.

M05 : « Un jeune interne va dire : « Ah bah les recommandations, les recos, c'est ça, hein, il faut appliquer. » Puis, quand on a un peu de bouteille, qu'on sait comment ça marche et quelle est l'unicité de chaque patient, il faut l'intégrer ça dedans. »

M01 : « Nous, on s'arrondit, au propre comme au figuré, plus en vieillissant. (Rires) »

IV.C.4. Différer la prescription face à des profils complexes

Chez M04, l'expérience avait induit une forme de prudence accrue dans la mise sous traitement. Elle préférait retarder l'action de prescrire par crainte de renouveler une mauvaise expérience avec certains profils de patients.

M04 : « Peut-être que avant cette expérience-là je l'aurai mise sous traitement parce qu'il fallait le mettre, et du fait de mon expérience, en sachant qu'on va aller dans le mur, j'ai plus trop

envie. [...] Tu sais par exemple ce profil de patients, tu sais les femmes qui supportent pas le générique [...] mais c'est ce profil-là très spécifique. »

IV.C.5. Développer une vigilance acquise avec l'expérience

Chez M09, l'expérience renforçait la prudence. Les effets indésirables rencontrés au cours de prescriptions anciennes l'incitaient à une prescription plus prudente.

M09 : « J'ai vu des patients qui avaient de vraies fontes musculaires sous statines. C'est sûrement aussi une raison pour laquelle je limite la prescription. »

IV.C.6. Reconnaître la légitimité de certains refus

Pour M07, l'accumulation des années semblait s'accompagner d'un regard plus nuancé sur la justesse de ses choix passés. Avec le recul, il en venait à reconnaître que parfois le patient pouvait avoir eu raison de refuser un traitement.

M07 : « En plus, on a tous quand on a beaucoup de recul, comme ça commence à être un peu le cas après une trentaine d'années, on a tous des exemples de patients qui ont dit : « Non, je fais pas ça moi, j'ai pas envie » et qui ont bien eu raison. »

PARTIE 2 :

...et la mettre en pratique :

**s'ajuster aux réalités du
terrain**

Après avoir clarifié leur positionnement théorique sur la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire, les médecins interrogés semblaient ancrer leur décision dans la relation et le contexte de la consultation. Il s'agissait pour eux alors d'ajuster la prescription à la singularité du patient, en mobilisant la confiance, la transparence et le temps comme outils du soin. Cette mise en pratique, ancrée dans le terrain, mais aussi dans les collaborations interprofessionnelles, visait à maintenir la cohérence de la décision tout en respectant l'autonomie du patient.

I. Placer la relation au cœur de la décision

I.A. Construire une relation de confiance

Pour plusieurs médecins interrogés, la relation de confiance constituait le socle indispensable à toute décision en prévention primaire. Avant même d'aborder la question d'un traitement hypolipémiant, il s'agissait pour eux de construire un lien suffisamment solide pour permettre le dialogue et favoriser l'adhésion du patient. Cette confiance se créait dans le temps par un discours transparent et une posture bienveillante. Ainsi, la qualité de la relation devenait en elle-même un levier de la décision et facilitait l'acceptation d'une éventuelle prescription.

I.A.1. Établir une relation de confiance avant de traiter

Dans son propos, M01 montrait que pour lui le traitement n'avait de sens qu'une fois la relation installée. Il voyait la confiance non comme une conséquence du soin, mais comme une condition nécessaire au soin.

M01 : « Faut d'abord, voilà, d'abord établir une relation de confiance et puis après traiter. »

I.A.2. Prendre le temps d'échanger, être disponible

D'autres insistaient sur l'importance du temps d'échange avec les patients, qu'ils percevaient comme un marqueur distinctif de leur pratique en tant que généralistes. À travers leurs propos apparaissait une volonté de défendre une médecine de dialogue qu'ils opposaient à la rapidité des prises en charge spécialisées.

M06 : « Bien sûr, après, c'est différent si on en discute, mais ils (en parlant des cardiologues) n'ont pas le temps de discuter. Plus personne discute. Mais nous, on discute. »

I.A.3. Être transparent avec les patients

Ensuite, le devoir de transparence était envisagé comme une exigence éthique. Pour d'autres médecins, elle faisait partie intégrante du soin, car elle visait à rendre le patient pleinement acteur de la décision, en l'aidant à comprendre ce que signifie réellement la prévention primaire.

M05 : « En tout cas, moi, je le dis aux gens, ça fait partie des choses qu'ils doivent savoir, qu'ils doivent comprendre, qu'on est en train de faire, c'est-à-dire qu'on est en train de soigner une probabilité, de faire diminuer un chiffre. »

Dans le même esprit, M08 voyait dans les polémiques médiatiques une occasion d'explicitier davantage ses choix et de renforcer la participation du patient.

M08 : « Les hypolipémifiants [...] ont été très très très ciblés par les médias, les statines [...] Mais c'est une bonne chose quand même, ça nous oblige aussi à nous expliquer, à expliquer au patient et à le rendre acteur de sa prescription ».

I.A.4. Reconnaître les limites et adapter son discours

Dans ce souci de transparence, certains médecins expliquaient qu'ils adaptaient leur discours pour tenir compte de ce que le patient était réellement en mesure de comprendre.

M07 : « Moi, je sens les choses exactement comme quand moi, je vais chez l'expert-comptable. Il m'explique un tas de trucs, il m'explique bien, jusqu'à ce que dans mon regard il lise que j'ai compris. Bon, et effectivement j'ai compris, mais le lendemain s'il fallait que je répète ce qu'il m'a dit, mais je comprends plus rien. Et les patients, c'est pareil. »

I.A.5. Présenter des faits sans chercher à convaincre

Certains médecins cherchaient à se positionner comme accompagnants de la décision plutôt que prescripteurs imposant leur point de vue. Leur posture traduisait une confiance dans la capacité du patient à choisir.

M06 : « Moi, j'essaie pas de convaincre hein, je présente du factuel et les gens prennent leur décision. »

I.A.6. Faire de la relation un soin en soi

Pour d'autres, la relation elle-même avait une valeur thérapeutique, où le simple fait d'être là et d'écouter devenait une forme de soin.

M08 : « Le fait de parler de ses douleurs au médecin, on a déjà moins mal. Le fait de venir dans sa salle d'attente déjà : « Bah j'ai plus mal docteur, parce que je suis là. » »

I.A.7. Manifester une bienveillance protectrice

Dans ce discours transparaît une sensibilité au vécu du patient. M01 se montrait attentif à ne pas renforcer la culpabilité, préférant protéger et accompagner dans une approche empathique, presque paternelle du soin.

M01 : « Voilà, on y va progressivement, petit bonhomme là, il sait pertinemment qu'il est trop gros, je n'insiste pas sur ça, ça ne sert à rien. [...] Je pense que déjà au jour le jour, il doit mal le vivre, donc on essaie de respecter ses patients et de... Voilà. »

I.B. Intégrer l'autonomie du patient dans la décision

Dans les entretiens, l'autonomie du patient faisait partie intégrante de la décision. Il s'agissait de trouver un équilibre entre ce que le médecin recommandait et ce que le patient était prêt à accepter.

I.B.1. Encourager d'abord le patient à l'action

Chez M08, l'autonomie prenait une forme de responsabilisation. Elle semblait recentrer le patient sur ce qui dépendait de lui, exprimant une forme de lassitude face à la demande implicite de solutions toutes faites.

M08 : « Les gens, ils viennent nous voir pour avoir une solution, comme si prendre un médicament, c'était la solution. Ben non, en fait [...] la première médecine, c'est ce qu'on a dans nos assiettes, ensuite, c'est de commencer à bouger, c'est de perdre quelques kilos. »

I.B.2. Valoriser la décision partagée

Ici, la décision partagée apparaissait comme un idéal dans lequel le médecin trouvait du sens.

M07 : « Je pense que, vraiment, surtout la prévention primaire, c'est vraiment le lieu de la décision partagée. Et la décision partagée, à mon avis, c'est la compétence la plus utile. »

I.B.3. Percevoir une asymétrie dans la décision partagée

Certains médecins interrogés illustraient la difficulté de partager réellement la décision. Même lorsqu'ils cherchaient à impliquer le patient, le traitement pouvait rester symboliquement « celui du médecin » et non celui du patient, signe d'une autonomie fragile.

*M02 : « Elle m'a dit « Bah de toute façon voilà, j'ai commencé **votre** traitement. » »*

I.B.4. Accompagner l'adhésion plutôt que la décision

M02 estimait que la décision était claire et devait être prise tout en respectant le rythme du patient. Derrière cette posture, on percevait une volonté de maintenir sa position sans brusquer le patient.

M02 : « Je pense que le temps d'adhésion, non pas de réflexion, parce que c'est pas comme si c'était « Est ce qu'il y a besoin ? Est-ce qu'il y a pas besoin hein ? » Il y a besoin. Donc juste un petit temps pour que le patient adhère plus facilement. »

I.B.5. Reconnaître le refus comme issue possible

M09 semblait reconnaître et accepter le choix du patient sans laisser entendre qu'il le partageait.

M09 : « Il faut être sûr d'avoir apporté toutes les, toutes les informations pour que le patient fasse son choix en connaissance de cause parce qu'après, il est libre de faire ce qu'il veut. Si il veut ne pas le prendre, il a le droit de ne pas le prendre. »

I.C. Préserver l'alliance avec le patient

Pour nombre de médecins interrogés, préserver l'alliance thérapeutique avec le patient apparaissait comme un processus central dans la décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire. Ainsi, les médecins ajustaient parfois leur posture pour maintenir la relation, quitte à différer ou adapter la prescription.

I.C.1. Ménager un lien fragile pour éviter la rupture

M01 soulignait la fragilité du lien avec certains patients. Pour lui, maintenir la relation comptait davantage que l'application stricte de recommandations.

M01 : « Ouais, alors moi, je pense que ces gens-là, quand ils ne viennent pas pendant 10 ans et qu'on a réussi à les accrocher, faut pas les buter, hein. »

I.C.2. Céder face à l'inquiétude majeure du patient

Chez M09, on percevait une sensibilité à la détresse du patient. La prescription devenait une manière de répondre à l'angoisse.

M09 : « S'ils ont vraiment très très très peur de faire un AVC, un infarctus, qu'ils sont terrorisés, je cède, hein, je prescris. »

I.C.3. Prescrire pour préserver la paix avec le patient

Pour M03, la prescription apparaissait comme une façon d'éviter un conflit jugé stérile. Elle tentait d'abord de convaincre puis finissait par céder lorsque le patient restait inflexible.

M03 : « Si le patient demande un petit peu trop ou s'il a vraiment trop l'impression qu'il lui faut ce médicament, je prescris, je me pose pas de questions hein. [...] Quand j'ai l'impression que c'est pas ouvert à la discussion-là du coup je me... Je pense que je lâche du coup... »

I.C.4. Accepter les limites de la relation de confiance

D'autres médecins, comme M02, reconnaissaient les limites de la relation de confiance avec le patient. Elle posait la relation comme une base nécessaire, mais sans chercher à l'entretenir à tout prix. Si le patient refusait un traitement, elle en prenait acte sans remettre en cause son suivi ni sa position.

M02 : « Donc, bah, il a confiance en moi, il va suivre mes conseils, il a pas confiance, bah, il va voir quelqu'un d'autre. »

I.C.5. Préserver l'alliance malgré le désaccord

Chez M05, on percevait une capacité à distinguer le désaccord de la relation elle-même. Le lien primait sur l'adhésion.

M05 : « Et quand on en parle, on se quitte pas fâchés, bien au contraire ! »

I.C.6. S'impliquer parfois émotionnellement dans la décision

Chez M09, la frontière entre implication professionnelle et attachement personnel semblait parfois s'effacer, la décision étant traversée parfois par une dimension affective.

M09 : « Je le croise régulièrement dans la cage d'escalier. C'est un monsieur que je connais bien. [...] Ça m'emmerderait qu'il fasse un infarctus ou un AVC. Ça a pu rentrer en ligne de compte. »

II. Prescrire est indissociable du terrain

II.A. Ancrer le terrain dans la décision

Pour ces médecins, inclure le terrain dans leur décision revenait à s'appuyer sur leur expérience de médecins de proximité avec une connaissance fine de leurs patients. Ces connaissances orientaient ensuite leurs décisions jugées parfois plus psychosociales que biomédicales en prévention primaire.

II.A.1. Revendiquer une légitimité de terrain

Pour M06, son expérience quotidienne constituait une forme d'expertise. Face aux discours spécialisés, il rappelait la spécificité du regard de terrain, ancré dans la réalité des patients.

*M06 : « On s'est tous regardé, on a dit « mais on parle bien des mêmes patients là » ou voilà, nous, on n'avait pas le même ressenti, en tout cas dans la, **dans la vraie vie**. »*

II.A.2. Placer le terrain avant les objectifs

Selon M05, il fallait repenser les objectifs médicaux à partir de la réalité du terrain.

M05 : « Et je pense qu'à un moment donné, et ça, c'est peut-être plus en interne, en intra-professionnel, au niveau des médecins, il va peut-être falloir qu'on revoie les objectifs et comment on y arrive et quelle est la réalité du terrain avant la prise en charge médicale. »

II.A.3. Résister à la standardisation du soin

M08 exprimait une volonté de préserver une médecine souple, attentive à la singularité de chacun et de s'éloigner des cadres uniformes du soin. Derrière ce positionnement transparaissait aussi une certaine défiance à l'égard des recommandations perçues comme éloignées de la réalité du terrain.

M08 : « Et ce serait bien de pas uniformiser les gens. De se souvenir que ce sont des individus, dès la naissance. Voilà voilà. »

II.A.4. Connaître le patient avant de décider

Pour M05, connaître le patient ne relevait pas seulement de la relation, mais d'un véritable outil pour l'aider à décider.

M05 : « C'est ça, c'est la connaissance, d'abord et avant tout, du patient, de sa famille, de ses antécédents, de son mode de vie, etc. Confrontée aux recommandations du moment. [...] Donc ce qui m'aide, c'est d'abord et avant tout de bien connaître les patients. »

II.A.5. Repérer les profils à risque

Pour M04, la décision s'appuyait sur une intuition de terrain, forgée par son expérience et son observation du patient.

M04 : « Tu les sens un peu ceux-là, tu les vois arriver quand même, ils ont un périmètre abdo un peu large [...] après t'as les gros fumeurs. »

Dans cette même logique, certains médecins associaient certaines profils à une indication quasi automatique d'hypolipémiant. M07 plaçait la statine en premier plan dans la prise en charge du patient diabétique avant même le contrôle glycémique.

M07 : « Le diabétique en prévention primaire, il est à haut risque [...] le médicament dont on bénéficie plus actuellement c'est la statine. Statine, IEC, c'est à peu près pareil. Donc les deux premiers médicaments à mettre chez un diabétique avant même de se préoccuper de l'HbA1c [...] Donc c'est dans l'ordre, les statines. »

De même, pour M08 la présence d'un diabète suffisait à envisager tôt une prescription d'hypolipémiant.

M08 : « donc celui-là très probablement il faudra que je le mette sous statines un jour euh avec son diabète. »

II.A.6. Intégrer les proches dans la décision

Au-delà de la relation thérapeutique, certains évoquaient la place prise par les proches, dont l'influence pouvait peser dans la décision.

M07 : « Donc on a discuté rosuvastatine... Alors bon, on discute avec un couple, hein, le patient, c'est un couple. Là, c'est clairement un couple. [...] la rosuvastatine il s'en serait bien passé. [...] Par contre, ça passionnait sa femme. [...] parce que finalement, la décision partagée avec madame, c'est ça qui est compliqué. Mais en même temps, elle a toute sa légitimité. »

II.A.7. Assumer une décision psychosociale

Chez M07, la décision apparaissait comme plutôt ancrée dans la réalité psychosociale du patient. Il semblait assumer que dans sa pratique, la prévention relevait davantage du psychosocial que du biomédical.

M07 : « C'est-à-dire que, si on veut faire des recos de soins primaires, faut considérer les soins primaires pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des soins qui sont pas centrés sur la maladie. [...] c'est souvent le cas finalement en prévention primaire qui est euh psychosocial. Hein, dans le biopsychosocial, il est tout sauf bio, hein, il est psychosocial. »

II.B. S'ajuster à la réalité des patients

Les médecins déclaraient également ajuster leurs prescriptions en tenant compte des réalités vécues par les patients, en essayant de trouver un équilibre entre ce qui était possible médicalement et le supportable pour chacun, tout en étant lucides sur les difficultés rencontrées.

II.B.1. Reconnaître la charge symbolique du traitement

Pour M05, prescrire impliquait de prendre en compte la dimension symbolique de ces traitements. Ils pouvaient parfois être vécus par certains patients comme un marqueur de vieillesse ou de maladie.

M05 : « Ah, bah, ça y est, je suis entré dans le camp des vieux. Pourquoi ? Parce que faut que je mange mon comprimé tous les matins. [...] Il faut bien comprendre que se dire : « Désormais, je vais prendre un comprimé tous les jours », encore une fois, ça ne tombe pas sous le sens. »

II.B.2. Intégrer les convictions et croyances

M05 prenait en compte les convictions personnelles de ses patients, considérés comme des éléments à part entière de sa décision.

M05 : « Je cultive mon jardin, j'ai mon potager, je mange sainement [...] compte tenu de tout ça, de ce mode de vie très nature, c'est contre mes convictions de prendre un traitement. »

II.B.3. Accepter les limites des patients

Ici, M01 semblait lucide sur les limites des changements possibles pour les patients, qu'il acceptait sans chercher à les faire culpabiliser.

M01 : « On a abordé le sujet, on a demandé s'il pouvait faire des efforts côté alimentation, il m'a dit que non, il m'a expliqué pourquoi. Je l'ai compris » [...] « on peut pas tout demander aux patients tout le temps. »

II.B.4. Prescrire pour préserver la qualité de vie

Chez M04, on percevait une conception éthique du soin où le souci du bien-être du patient guidait la décision autant qu'une indication recommandée.

M04 : « Si j'ai une situation de quelqu'un qui a déjà une vie qui n'est pas forcément simple, tu vois et que son alimentation, c'est aussi du plaisir, c'est peut-être le seul qui lui reste, et du coup ça peut être aussi un argument pour prescrire. »

II.B.5. Fixer ses propres limites face au patient

Chez M03, la posture apparaissait plus distanciée. Elle adaptait sa prescription en fonction de l'implication du patient, tout en fixant une limite à ce que le médecin estimait devoir assumer.

M03 : « Et puis voilà, elle dit qu'elle aime le beurre, qu'elle mange plein de petits gâteaux, mais elle veut rien, veut rien réduire, donc il y a aussi une part de chacun, qui voilà le médicament

il résoudra pas tout donc si elle ne peut pas faire d'efforts, bah je vais peut-être pas rajouter un truc qui peut avoir des effets secondaires, etc. »

II.B.6. Relativiser les perceptions des effets secondaires

Chez certains praticiens comme M07, ressortait une forme de détachement face aux plaintes liées aux hypolipémians. Il ne les rejetait pas, mais semblait les replacer dans un contexte plus large, lié aussi à un effet nocebo de ces traitements.

M07 : « Voilà, donc les gens qui sont perclus d'arthrose depuis 10 ans, vous leur mettez une statine... Arghhh, ils ont mal partout. Ah, ben, c'est la statine, on va l'arrêter. [...] Curieusement, quand les gens ont eu un événement cardiovasculaire sévère, qu'ils ont senti le vent du boulet, il y a beaucoup moins d'effets secondaires. »

II.B.7. Être lucide sur les limites de l'observance

Certains médecins comme M06 se montraient lucides face aux difficultés d'observance notamment pour la prise d'un traitement préventif sans symptômes. Cette lucidité s'accompagnait souvent d'une conscience que sans symptômes, la motivation reposait sur la confiance.

M06 : « On sait très bien que, voilà, on se fait souvent beaucoup d'illusions sur l'observance thérapeutique. Mais là, en plus, quand il s'agit d'un facteur de risque, c'est-à-dire que le patient n'a aucun symptôme, s'il y a des effets secondaires, ils vont arrêter le traitement. Et nous, on est en difficulté pour, justement, renforcer leur adhésion thérapeutique. »

D'autres, comme M07, élargissaient ce constat à une réflexion plus générale sur l'ampleur du phénomène.

M07 : « On a une observance de l'ordre de 50 %. (...) Faudrait déjà se préoccuper de pourquoi il y a 50 % des gens qui les prennent tout simplement pas les médicaments. »

II.C. Faire du temps un outil du soin

Dans cette décision, le temps apparaissait comme un levier central. Pour plusieurs médecins, il ne permettait pas seulement de poser un cadre, mais d'utiliser le temps comme un véritable outil du soin, permettant d'accompagner, d'ajuster et de trouver le bon moment pour prescrire.

II.C.1. Construire sa décision dans le temps

M05 insistait sur l'importance du temps partagé avec le patient, considérant la décision comme un cheminement plutôt qu'un acte ponctuel.

M05 : « Il faut cheminer avec les patients, point barre, y a pas d'autre choix, c'est bien, c'est bien sympa de dire : « Bon vous allez prendre ça », mais derrière, on est bien placé pour le savoir, rien ne garantit. »

II.C.2. Ajuster le moment de la prescription

M04 décrivait une décision progressive, construite dans le temps en fonction du profil et mode de vie du patient.

M04 : « Je l'appelle et je lui dis que ce serait bien qu'il consulte [...] et après ça va dépendre de son âge, de son hygiène de vie, de ses facteurs de risque en fait. Il y en a peut-être où je vais traiter immédiatement et y en a d'autres, on va mettre d'abord les règles hygiéno-diététiques puis recontrôler en fait. »

II.C.3. Trouver le bon moment pour décider

Chez M01, la décision se plaçait au croisement de deux temporalités, celle du médecin prêt à proposer, et celle du patient prêt à entendre.

*M01 : « (rires) Ben, c'est ça là, le fait que j'ai l'impression qu'il était à point. » [...] « À part le fait que je le sentais mûr, que je le sentais prêt » [...] « Je pense qu'effectivement il y a des moments, faut prendre des décisions et que quand **** (l'interne) me l'a suggéré, j'ai dit bah oui, c'est le bon moment. »*

II.C.4. Utiliser le score pour temporiser et rassurer

Certains médecins utilisaient le score pour temporiser et rassurer les patients, plutôt que pour justifier une prescription.

M04 : (parlant du score d'évaluation du risque) « Y a des gens qui sont super inquiets sur leur cholestérol [...] donc des fois, je peux utiliser ça [...] plus dans ce sens-là pour éviter une prescription oui. »

II.C.5. S'appuyer sur l'équipe pour différer la prescription

Chez M04, le travail en équipe permettait de prolonger le temps de réflexion avant la prescription. La présence de l'infirmière facilitait une approche progressive où la prise en charge non-médicamenteuse était un travail collectif.

M04 : « Maintenant, on a une infirmière Asalée, tu vois, et donc c'est vrai que quand par exemple, je me dis « bon allez il va falloir que je prescrive, mais on va commencer d'abord par les mesures hygiéno-diététiques », j'aime bien qu'ils voient l'infirmière Asalée pour essayer vraiment de poser les choses. »

II.C.6. Donner du temps au traitement

Chez M02, le temps faisait partie intégrante du raisonnement clinique. Il devenait un outil d'évaluation de la tolérance au traitement et permettait ensuite de tirer des conclusions éclairées plutôt que réagir dans l'immédiat.

M02 : « La moitié, je pense, me rappelle au bout d'une semaine en disant : « Ah, on a des douleurs musculaires ! ». Et la moitié de ceux-là, on attend et ça se passe très bien au bout de 3 mois et voilà. »

II.C.7. Suivre un rythme décisionnel clair

Dans la continuité de cette gestion du temps, M02 organisait aussi sa décision dans un cadre temporel précis, qui lui permettait de structurer son suivi et de rendre la démarche plus lisible pour les patients.

M02 : (en parlant d'une consultation où elle définissait les règles avec une patiente) « C'était clair hein, ça, c'était dans trois mois, c'était pas mieux, c'était le traitement. Donc, bah, elle m'a ramené sa prise de sang, c'est pas mieux, donc bah traitement. »

III. Être chef d'orchestre des acteurs du soin

III.A. Assumer un rôle central de coordination

Dans le cadre de la prévention primaire, plusieurs médecins interrogés décrivaient leur rôle comme celui d'un médecin « chef d'orchestre », garant de la cohérence du parcours et du sens de la prescription. Cette position de coordinateur leur permettait de relier les discours des différents intervenants, d'assurer une continuité dans le suivi et d'accompagner le patient dans la compréhension de ce qui lui est prescrit. En tenant cette place centrale, ils cherchaient avant tout à donner une logique d'ensemble à cette décision.

III.A.1. Concilier les avis pour un soin cohérent

Pour certains médecins comme M05, assumer le rôle de coordination signifiait d'abord composer avec les avis parfois divergents des spécialistes afin de maintenir une cohérence thérapeutique pour le patient.

M05 : « Si le pneumo dit « Moi, je veux ça pour sa BPCO », le cardio dit « Oui, mais moi, je veux ça », [...] et vous, le chef d'orchestre, vous voyez que ça ne va pas faire un truc harmonieux cette affaire-là. Donc oui, ça, ça peut être mon frein, entre guillemets, c'est de dire : « Bon, je vous ai bien compris tous, individuellement, mais maintenant celui qui pilote l'orchestre, c'est moi, donc il va falloir mettre un peu d'eau dans le vin de chacun. »

III.A.2. Assumer le suivi des prescriptions

Pour M05, prescrire ne s'arrêtait pas à l'acte de prescription. Il insistait sur la responsabilité du médecin d'en assurer le suivi notamment en termes d'observance et d'effets secondaires.

M05 : « Ce n'est pas parce qu'on se fait plaisir en prescrivant qu'on a fini le job. Après, la question, c'est : est-ce que le patient le prend vraiment ? On en revient à ça. Oui, et s'il ne le prend pas, pourquoi ? Et ça, ça demande un temps infini, hein. C'est ce que j'appelle le SAV, le service après-vente et aujourd'hui le SAV ça n'intéresse personne. »

III.A.3. Traduire les discours des spécialistes

M05 percevait aussi son rôle comme celui d'un traducteur, chargé de reformuler et d'expliquer les décisions prises par les spécialistes pour qu'elles fassent sens pour le patient.

M05 : « Et après, sur le terrain, c'est plutôt vers nous qu'ils se tournent pour décrypter le message ou ce qu'ils n'ont pas compris. »

III.A.4. Solliciter l'avis des spécialistes pour ajuster sa décision

Pour M04, la décision restait personnelle, mais pouvait être éclairée par l'avis d'un confrère spécialiste dans les situations d'incertitude, comme un appui ponctuel pour décider.

M04 : « C'est vrai que du coup en prévention primaire, c'est une des situations ça a pu m'arriver que je me pose la question et que je contacte le spé en disant « mais là, tu ferais quoi ? » »

III.A.5. Faire le tri dans la surinformation des patients

En prévention primaire, certains médecins évoquaient la difficulté de composer avec des patients exposés à des informations contradictoires sur les hypolipémiants. Pour M05, faire ce tri entre les sources faisait partie intégrante de son rôle de coordination.

M05 : « Quand ils prennent conscience qu'il y a un truc qui n'est pas dans les clous, ça suscite de leur part de se renseigner, alors sur Internet évidemment... Et après, c'est à nous de faire le tri. [...] Le problème, c'est que tout et n'importe qui publie des trucs, du plus parfait abruti jusqu'à la sommité, et que la plupart d'entre nous, on a plutôt du mal à faire le tri de qui écrit quoi. »

III.B. Construire une cohérence collective

Dans le cadre de cette décision en prévention primaire, les médecins interrogés soulignaient l'importance du collectif. Les échanges entre pairs, la collaboration interprofessionnelle et la continuité entre les acteurs du soin apparaissaient comme des appuis indispensables pour prendre une décision.

III.B.1. Partager ses questionnements entre pairs

Pour plusieurs médecins, le travail en groupe offrait un espace de réflexion permettant de partager leurs incertitudes et de confronter leurs pratiques.

M05 : « Alors là, je me rends compte que c'est pas une question que j'ai tout seul quand je travaille tout seul, mais que là, à la pause en groupe, on se dit : « Bah oui, c'est vrai, que nous, on se pose la même question, quoi. »

III.B.2. Harmoniser ses pratiques grâce aux échanges

Ces discussions servaient aussi à créer une cohérence commune. La discussion devenait un moyen de s'accorder sur les repères utilisés et de renforcer la légitimité de la décision.

M06 : « Ben on se pose tous la même question. Et depuis déjà quelque temps, on a décidé d'utiliser cet outil pour essayer d'uniformiser les pratiques. »

III.B.3. Évoluer au contact des pairs

Dans la continuité pour M06, les échanges entre pairs nourrissaient une forme d'apprentissage continu. Le contact avec d'autres praticiens, notamment plus jeune, favorisait l'évolution de ses repères.

M06 : « Moi avant j'utilisais le score qui a été éboulé... Et c'est à l'occasion d'un groupe qualité où euh... j'ai une jeune consœur qui m'a dit « bah moi j'ai trouvé ce truc-là, score 2, machin, j'utilise ça » bah voilà. »

III.B.4. Partager la responsabilité de la décision

Pour M01, la décision ne relevait pas d'un seul instant ou d'une seule personne. Elle s'inscrivait plutôt dans un cheminement collectif partagé entre les professionnels de santé au fil du parcours.

*M01 : « Ça aurait pu être il y a 3 mois, ça aurait pu être avec une de mes internes, ça aurait pu être avec le docteur **** (le cardiologue), ça aurait pu... »*

III.B.5. Accompagner à plusieurs l'adhésion du patient

Chez M09, l'avis concordant d'autres professionnels renforçait la confiance du patient et facilitait l'adhésion.

M09 : « Il est même allé voir un cardiologue et à la longue, il a fini par se résoudre à prendre un traitement. »

III.C. Gérer les dynamiques interprofessionnelles

Certains médecins décrivaient des rapports parfois déséquilibrés avec les spécialistes, entre influence, incompréhension et affirmation progressive de leur autonomie. Ces interactions façonnaient aussi directement leur décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire.

III.C.1. S'aligner sur la décision du spécialiste

Chez M02, la prescription semblait parfois dictée par le spécialiste, témoignant d'une confiance forte dans son jugement.

M02 : « J'ai prescrit... ou, enfin, après, il est vrai que je pense que moi, je suis très influençable par les spécialistes. Je me dis que c'est le spécialiste, c'est lui qui a raison. Et que voilà. Et que s'il me dit qu'il a raison, moi, je dis au patient « bah le spécialiste a dit que. » »

III.C.2. Constaté un décalage entre généralistes et cardiologues

M07 quant à lui, semblait souligner la différence de regard entre les deux disciplines et la difficulté à faire coexister deux façons de penser cette prise en charge.

M07 : « L'espèce de, d'incompréhension entre cardiologues et généralistes [...] elle vient de là. C'est que les uns soignent des chiffres [...] les autres soignent des gens [...] L'ontologie est pas la même quoi, tout simplement, la façon de considérer la réalité est pas la même. »

III.C.3. Ressentir une pression à prescrire

M04 évoquait la sensation que la prescription n'était pas un choix totalement libre, mais qu'il était soumis à des influences extérieures à sa pratique.

M04 : « On a quand même l'impression d'avoir une grosse pression pour la prescription des statines, par les industries, par les cardiologues aussi. »

III.C.4. Faire l'expérience d'un rapport de force avec les spécialistes

Le discours de M03 illustre la difficulté à défendre son point de vue face à une hiérarchie encore très présente entre généralistes et spécialistes.

M03 : « Dans les courriers, j'avais reçu un courrier hyper désagréable, y a quelqu'un qui me disait « voilà, si vous pensez mieux savoir qu'un cardiologue, n'hésitez pas à m'appeler pour qu'on en discute ».

III.C.5. Résister discrètement au spécialiste

Chez M03, cette résistance se traduisait par de petits ajustements silencieux, une manière pour elle, de reprendre la main sans confrontation directe.

M03 : « Si j'ai un courrier un peu désobligeant, bah, je laisse son traitement et puis voilà. [...] Parfois, je suis contente d'avoir gagné 10 mg de statines, d'avoir enlevé les étoiles. »

III.C.6. S'affirmer avec le temps

M02 évoquait une évolution progressive, marqué par une prise de distance avec les avis des spécialistes avec le temps, comme un processus d'autonomisation qui se construit progressivement.

M02 : « Après avec l'expérience, j'aurais l'esprit un peu plus critique. »

III.C.7. Décider sans contre-avis spécialisé

Pour M01, la disparition du recours au spécialiste représentait une forme d'émancipation. Il retrouvait la liberté de décider seul, redéfinissant ainsi sa place et son autorité dans la prise en charge.

M01 : « Alors un autre truc, c'est que le cardiologue, il est parti en retraite, donc de toute façon maintenant, c'est moi qui gère tout seul donc euh... je n'ai pas, quelque part, j'ai pas... je vais pas avoir de... [...] je ne vais pas avoir de, effectivement de... de contre-avis. »

IV.D. Préserver son indépendance malgré les influences

Les médecins interrogés décrivaient un exercice soumis à de multiples influences, économique, institutionnelles ou scientifique. Ils tentaient de les identifier, les intégrer ou les tenir à distance dans leur pratique. Ils affirmaient une volonté d'indépendance en ayant des degrés variables de méfiance, d'adaptation ou de compromis.

IV.D.1. Reconnaître l'influence de l'industrie pharmaceutique

Certains praticiens semblaient percevoir l'influence des laboratoires comme inévitable dans cette décision. Ils semblaient parfois comme résignés face à ce système.

M04 : « J'aimerais bien que ça n'en ait pas. (rires) [...] mais je pense qu'il y a quand même une telle pression et notamment des laboratoires. [...] La grille, si c'était une grille où y avait pas un intérêt à prescrire la statine bah du coup, ils te la fileraient pas... »

IV.D.2. Refuser cette influence

Chez d'autres, cette conscience de l'influence s'accompagnait d'un effort de vigilance pour s'en prémunir.

M06 : « On est influencé dans sa pratique. Même si on pense que « non, non, non moi, je reçois les labos, mais ça change rien à mes prescriptions », mais même si tu ne veux pas que ça change quelque chose ça change quelque chose, t'y peux rien, c'est humain. Faut pas les recevoir. »

IV.D.3. Douter de la neutralité des connaissances médicales

Certains médecins exprimaient une perte de confiance dans la valeur même des preuves scientifiques. Leur doute ne se portait pas seulement sur les résultats, mais sur la manière dont les études sont produites, rendant toute certitude fragile.

M03 : « Oui et en même temps comme j'ai plus trop confiance dans les études, etc. Il pourrait bien y avoir des études que je saurais pas si euh... oui... je sais pas trop. Si, s'il y avait vraiment plein d'études qui ressortaient si évidemment oui. »

IV.D.4. Critiquer les contradictions institutionnelles

D'autres étaient plutôt critiques envers le fonctionnement des instances publiques, jugé incohérent ou opaque.

M06 : « Qu'on ait des injonctions de l'Assurance Maladie pour nous dire tel médicament attention faut éviter de le prescrire ou pas ci ou pas ça, et que d'un autre côté c'est eux qui donnent les autorisations de remboursement et de mise sur le marché. Ben... « Faites votre boulot les gars, puis on cause après, quoi » hein voilà. » [...] « C'est vous qui avez donné l'autorisation de mise sur le marché, c'est vous qui avez défini le prix, et après, vous nous dites faut pas le prescrire ? »

IV.D.5. Se sentir sous contraintes des ROSP

Pour M04, les ROSP sur le sujet étaient vécues comme une pression qui contraint son autonomie de décision en prévention primaire. Cette contrainte traduisait le décalage ressenti entre les critères des ROSP et la réalité du raisonnement nécessaire en prévention primaire.

M04 : « Mais les ROSP de la Sécu, tous les ans, ils te demandent si, quand tu prescris une statine, tu utilises le score. Donc, franchement, ça me saoule, je me dis qu'il faut que je le fasse mais ça m'énerve. »

IV.D.6. Reconnaître la part juste du système de soins

Enfin, on pouvait retrouver, par exemple chez M06, une position mesurée envers l'Assurance Maladie. Il reconnaissait sa cohérence tout en conservant son propre discernement.

M06 : « Faut pas non plus caricaturer, l'Assurance Maladie irait complètement dans l'autre sens, ce serait pas logique. Donc, globalement, ça se recoupe. »

Résultat principal

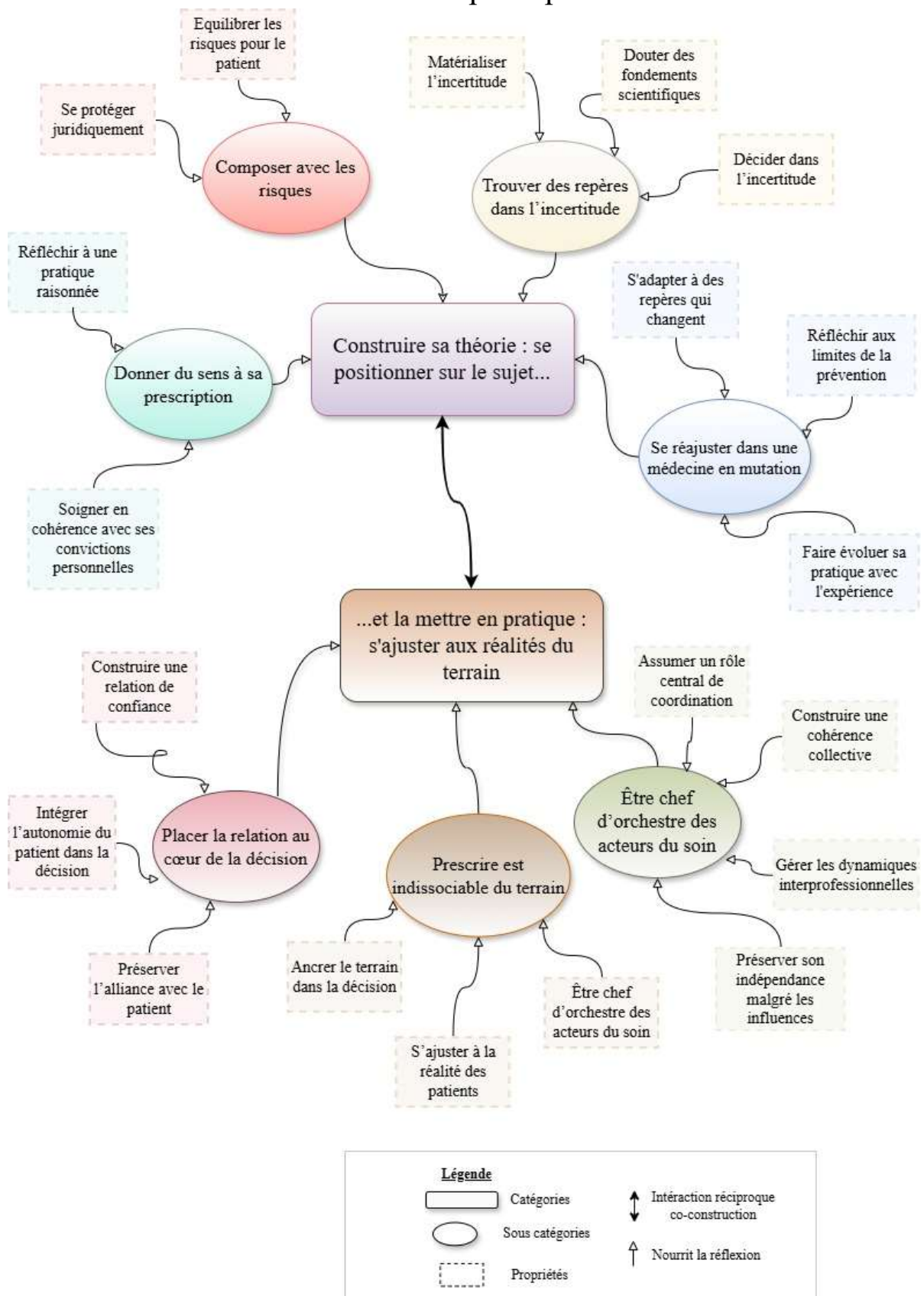


Schéma 1 : De la théorie à la pratique : le processus décisionnel du médecin généraliste sur les hypolipémiants en prévention primaire

Notre étude a montré que les médecins généralistes élaboraient leur décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire selon un processus en deux volets. D'abord la construction de leur théorie personnelle en se positionnant sur le sujet, puis sa mise en pratique avec ajustement aux réalités du terrain.

Dans le premier temps de la construction théorique, les médecins s'efforçaient de composer avec les risques, la peur de nuire par inaction, mais aussi la conscience qu'une prescription peut, elle aussi, comporter des risques. Cette tension pouvait s'accompagner d'une préoccupation juridique, certains médecins cherchant à se protéger en traçant toute information, en s'appuyant sur les recommandations, d'autres préférant se référer aux données scientifiques directement. Face à l'incertitude de cette décision, ils pouvaient utiliser des repères chiffrés ou des outils d'évaluation, échanger entre pairs et ils essayaient de cultiver une posture réflexive. Quelques-uns des médecins interrogés questionnaient la solidité ou l'indépendance des preuves disponibles. Leur attitude pouvait être critique vis-à-vis de la prévention primaire. Donner du sens à la prescription était une étape essentielle pour certains médecins : ils pouvaient remettre en question l'intérêt du dépistage, d'autres essayaient de se positionner dans la relation médecin/patient dans le cadre de cette prescription. Plusieurs médecins intégraient leurs convictions personnelles dans cette décision, qu'elles soient éthiques, écologiques ou de sobriété thérapeutique, défendant leur liberté de prescription. Enfin, cette réflexion théorique s'inscrivait dans une médecine perçue comme en mutation, marquée par la multiplication des recommandations, la crainte d'une surmédicalisation et un positionnement plus critique avec l'expérience.

Dans un second temps, cette théorie était confrontée aux réalités du terrain. La relation avec le patient était un élément essentiel dans cette décision. Les médecins décrivaient la confiance comme préalable à toute prescription : établir une relation de confiance, être transparent avec le patient. Ensuite, l'objectif était pour beaucoup d'intégrer l'autonomie du patient dans la décision finale. Pour cela, ils partageaient leur incertitude et adaptaient leurs discours aux limites de la compréhension du patient en acceptant pour certains le refus comme une issue possible. Pour nombre de médecins interrogés, la décision était aussi indissociable du terrain. Certains affirmaient que cette décision était plus psychosociale que biomédicale. Ainsi, la décision de prescrire ou non se basait parfois plutôt sur la réalité du patient et ses difficultés. Sur le terrain, les médecins utilisaient le temps comme un allié, comme un outil distinct dans la décision de prescrire ou non. Enfin, quelques médecins se voyaient comme chefs d'orchestre du parcours de soins. Ils assumaient ce rôle central de coordination et cherchaient avec les acteurs autour du patient à construire une cohérence collective. Quelquefois, ils devaient gérer des dynamiques interprofessionnelles et concilier des avis parfois dissonants, s'appuyer sur les pairs ou se laisser guider par les spécialistes. Ces coordinations s'exerçant parfois sous pressions et influences (spécialistes, médias, industries pharmaceutiques, institutions) les poussaient, pour beaucoup, à rechercher l'indépendance dans cette prescription.

Discussion

Comparaison avec la littérature

Notre étude s'inscrivait dans un contexte de variabilité marquée des prescriptions d'hypolipémiants en prévention primaire par les médecins généralistes, mis en évidence par plusieurs travaux récents.

Les résultats de notre étude semblent montrer que cette variabilité n'est pas forcément liée à une méconnaissance des recommandations, mais davantage au processus décisionnel en lui-même, depuis le positionnement théorique du médecin sur le sujet jusqu'à la mise en pratique face aux réalités du terrain.

Nos résultats confirment en grande partie les données déjà connues de la littérature scientifique.

Tout d'abord, nos résultats rappellent la difficulté du processus décisionnel en médecine générale. Pour les médecins interrogés, il ne s'agissait pas simplement d'appliquer leurs connaissances scientifiques, mais de les inscrire dans une réflexion progressive, prudente et contextualisée. Cette démarche décisionnelle en médecine générale est quelque chose de connu et de bien documenté.(25–27)

Nos résultats rejoignent des travaux publiés récemment invitant à aller au-delà de l'approche strictement biomédicale de la prévention cardiovasculaire, pour tendre vers une prise en charge plus centrée sur le patient « à risque cardiovasculaire », dans sa globalité. Certains médecins interrogés traduisaient déjà cette évolution dans leur pratique et s'autorisaient à temporiser, à adapter leur discours, à construire la décision avec le patient. Ils revendiquaient une individualisation des soins au-delà du biomédical strict.(28)

Comme dans l'étude de Jansen, nos résultats montrent que les médecins cherchaient avant tout à trouver un équilibre bénéfices/risques acceptable pour chaque patient.(29) Pour cela, certains s'appuyaient sur des outils d'évaluation du risque, comme des scores ou des seuils chiffrés, alors que d'autres adoptaient une approche plus intuitive, fondée sur leur expérience et leur connaissance du patient. Cette diversité de raisonnements se retrouvait aussi dans l'étude d'Onaisi et al. qui distinguait différents profils de médecins, les « experts » qui utilisaient des outils et les « non-experts » qui privilégiaient une approche plus heuristique. Cependant, contrairement à leur travail, notre étude n'a pas cherché à classer ces différents profils, car ce n'était pas l'objectif.(30)

Ensuite, dans notre étude, certains médecins interrogés évoquaient également une tendance à différer la prescription d'un traitement chez certaines patientes, c'est-à-dire des femmes, perçues comme plus difficiles. Cette prudence, issue de leur expérience, rejoint en

partie les résultats d'études quantitatives montrant une moindre prescription chez les femmes à risque équivalent.(31)

Sur le terrain, la mise en pratique de la décision restait cependant largement influencée par la relation médecin-patient. Plusieurs études ont montré que, dans la majorité des cas, le processus décisionnel restait conduit par le médecin. Cela ressort aussi dans notre recherche, lorsque plusieurs médecins décrivaient une asymétrie persistante, où la prescription demeurait celle du médecin et non du patient. Selon Jansen et al., ce déséquilibre ne venait pas seulement du médecin, mais parfois d'une demande implicite de paternalisme du côté des patients, comme une attente de délégation de leur responsabilité. Ce résultat est retrouvé dans d'autres études.(17,29,32)

Comme attendu, l'influence des médias sur les patients a été signalée par les médecins interrogés, comme observé dans une étude qualitative menée à Singapour.(33) Mais, dans notre étude, cette influence semblait avoir un effet positif, celui d'inciter les médecins à mieux expliquer leur choix et à rendre le patient plus acteur de sa santé.

Par ailleurs, dans notre étude, certains médecins voyaient les ROSP, qui valorisent l'utilisation des scores, comme un frein à la prescription, ce qui était décrit dans la littérature plutôt comme une atteinte à l'autonomie professionnelle, davantage ressentie comme un outil de contrôle que comme un réel levier d'amélioration de la qualité des soins. (34)

Toujours comme dans cette étude, la confiance apparaissait comme une condition essentielle à l'acceptation d'un traitement hypolipémiant. Cependant, alors que les auteurs singapouriens insistaient surtout sur les difficultés liées à l'absence de lien préalable entre le patient et le médecin, nos résultats mettent davantage en évidence la valeur positive et nécessaire de la relation de confiance : construite dans la durée, elle devient un levier thérapeutique à part entière et un cadre sécurisant pour la décision partagée.(33)

Dans cette recherche, plusieurs éléments contextuels déjà décrits dans la littérature apparaissaient : la prise en compte du contexte psychosocial des patients, de leurs difficultés et de leurs préférences, ainsi que l'impact de la qualité de vie et du maintien de l'autonomie sur la décision médicale.(29,35) Enfin, plusieurs médecins évoquaient l'influence des représentations des patients sur leur décision, notamment la crainte d'initier un traitement perçu comme étant à vie.(33)

À l'inverse de l'étude de Jansen, où de nombreux médecins jugeaient le risque cardiovasculaire moins modifiable par les changements de mode de vie, notre étude mettait en évidence une valorisation des mesures non-médicamenteuses, le traitement n'étant instauré qu'en cas d'échec de celles-ci.(29)

Au moment de la fin de cette étude en août 2025, les recommandations européennes de l'ESC/EAS ont été actualisées, modifiant le cadre de la prescription d'hypolipémiants en prévention primaire.(21) Le score SCORE a été remplacé par les algorithmes SCORE2 et

SCORE2-OP, qui estiment le risque combiné d'événements cardiovasculaires fatals et non fatals à dix ans.

Ces nouveaux outils définissent quatre catégories de risque : faible (< 2 %), modéré (2 à 10 %), élevé (10 à 20%) et très élevé (> 20 %) adaptées à l'âge, au sexe et ajustées selon le niveau de risque du pays.

Ces catégories servent de repères pour trois niveaux d'indication thérapeutique. Le traitement est recommandé :

- en cas de risque très élevé si le LDL-C $\geq$ 70mg/dL,
- en cas de risque élevé si le LDL-C $\geq$ 100mg/dL.
- En cas de risque modéré à faible, le traitement est à envisager selon la combinaison entre le risque global et le LDL initial.

Ces nouvelles recommandations intègrent aussi des modificateurs de risque, tels qu'une athérosclérose infraclinique, un score calcique coronaire élevé ou une lipoprotéine(a) > 50mg/dL. Ils permettent d'affiner l'évaluation du risque et de reclasser le patient dans une catégorie de risque supérieure. De nouvelles options thérapeutiques, comme l'acide bempedoïque ou dans certains cas particuliers l'évinacumab, permettent de compléter les traitements déjà disponibles.(21)

Ces évolutions traduisent une volonté de personnaliser davantage la décision médicale, en affinant les seuils de risque et en intégrant de nouveaux paramètres biologiques ou d'imagerie. Cette personnalisation, essentiellement fondée sur des critères mesurables, diffère cependant de celle décrite par les médecins interrogés dans notre recherche. Celle-ci s'ancre plutôt dans la relation, le vécu et le contexte singulier du patient. Notre étude s'inscrit dans la continuité de la note de cadrage de la Haute Autorité de Santé de 2021, qui invite à fonder la prescription des hypolipémiants en prévention primaire sur une évaluation globale du risque cardiovasculaire et une décision partagée plutôt que sur des critères strictement biomédicaux.(22) Nos résultats suggèrent que ces deux approches ne s'opposent pas, mais se complètent, la première fournissant un cadre et la seconde l'ancrant dans la réalité du médecin.

Au-delà de ces convergences, notre étude semble apporter plusieurs éclairages nouveaux.

Tout d'abord, nos résultats montrent la manière dont les médecins généralistes construisent leur propre théorie et l'ajustent à la réalité du terrain. Cette dynamique de va-et-vient entre réflexion théorique et adaptation pratique rejoint la notion de «management scripts» décrite par Cook et al. selon laquelle le médecin construit mentalement une sorte de trame de prise en charge qu'il ajuste ensuite à chaque situation. Ces « scripts » intègrent à la fois les options thérapeutiques, les valeurs, les contraintes et le déroulement de la consultation et se modifient au fur et à mesure entre son ressenti et son analyse. À notre connaissance, cette approche du raisonnement clinique n'avait encore jamais été explorée dans le domaine spécifique de la prescription d'hypolipémiants en prévention primaire.(36)

Ensuite, dans nos résultats, certains médecins évoquaient prescrire pour « se couvrir » et traçaient systématiquement le refus du patient. Si la médecine défensive est déjà décrite, son application aux hypolipémiants en prévention primaire n'avait, d'après mes recherches, jamais été rapportée.(37)

Il ressortait également dans notre étude que le score de risque pouvait aussi être utilisé pour rassurer et retarder une prescription, dans un usage finalement plus relationnel, de réassurance, que technique. Ceci ne semblait pas avoir été décrit dans la littérature.

Nos résultats soulignaient également l'intégration de convictions personnelles et écologiques dans la décision de prescrire. En effet, plusieurs médecins exprimaient une recherche de cohérence entre leurs valeurs personnelles et leurs choix thérapeutiques, dans l'idée de donner du sens à leur décision. Cela semblait aller au-delà de la seule efficacité biomédicale mais illustre une forme de responsabilité élargie du soin : refus d'une médicalisation excessive, sobriété thérapeutique, conscience écologique...

Il ressortait également de nos résultats la prise en compte dans cette prescription des dimensions plus affectives : réaction du conjoint, peur du vieillissement, charge symbolique du premier comprimé quotidien. Ces dimensions semblent avoir été peu explorées dans le cadre spécifique des hypolipémiants en prévention primaire.

Pour conclure, l'ensemble de ces résultats permet de comprendre que la variabilité des prescriptions n'est pas forcément une incohérence, mais que cela montre plutôt une diversité des logiques à l'œuvre dans la pratique de la médecine générale. Cette variabilité apparaît comme le reflet d'un raisonnement clinique nuancé complexe, plutôt que comme une simple hétérogénéité de conformité aux guides de bonne pratique.

Notre travail apporte un éclairage original sur les déterminants concrets de cette variabilité, en décrivant pour la première fois la manière dont ils articulent leurs repères théoriques avec les réalités du terrain dans la décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire.

Forces et limites

Afin de réaliser cette recherche, je me suis appuyée sur le livre de référence : « Initiation à la recherche qualitative en santé ». (24) Il s'agissait de mon premier travail de recherche qualitative (TDP). Il est donc possible que certains entretiens ainsi que l'analyse auraient gagné en profondeur s'ils avaient été menés par quelqu'un de plus expérimenté. Cette limite a toutefois été compensée par la relecture de tous les entretiens par ma directrice de thèse (VBB), qui dispose d'une expérience en direction de thèses qualitatives, et par triangulation des données conjointement avec elle.

Par ailleurs, conformément aux principes de la théorisation ancrée, mes a priori ont été explicités et notés en amont des entretiens, puis régulièrement relus au cours de la recherche. Le guide d'entretien ainsi que le choix des participants ont été progressivement affinés en fonction de l'émergence de la théorie, chaque nouvel entretien et analyse orientant vers le suivant. (Annexe 1).

Au-delà des modifications attendues dans la théorisation ancrée, certaines évolutions du guide d'entretien ont pu influencer la dynamique des échanges. Ainsi, jusqu'au deuxième entretien, les participants ne pouvaient choisir qu'un patient à qui ils avaient prescrit pour amorcer notre discussion, afin d'ancrer l'échange dans une situation concrète pour limiter le biais de désirabilité. À partir du troisième entretien, ce choix a été élargi pour explorer une plus grande diversité de situations en prenant en compte également la non-prescription ou le refus de traitement (Annexe 1). Si cette modification a pu entraîner une différence dans les entretiens, elle a surtout permis d'élargir le champ de réflexion des participants et d'approfondir la compréhension des processus décisionnels. À partir du quatrième entretien, j'ai également ajouté une courte question de présentation personnelle en guise de « brise-glace » ce qui a pu induire une différence entre les entretiens. Cependant, cela a aussi permis de favoriser la mise en confiance et de repérer d'éventuels éléments contextuels influençant la prise en charge des dyslipidémies.

Au cours de la recherche, trois personnes initialement sélectionnées pour leur profil spécifique n'ont pas pu participer à l'entretien. Pour compenser cela, des profils comparables répondant aux mêmes critères théoriques ont été choisis. La saturation théorique des données a été atteinte dès le septième entretien et confirmée par les deux suivants. Cette saturation rapide peut s'expliquer par la richesse des entretiens, d'une durée moyenne élevée, qui a permis aux participants de développer leurs idées de façon détaillée.

Un seul entretien s'est déroulé en présence d'une tierce personne, une interne invitée par la participante, ce qui a pu influencer la dynamique de l'entretien. Cependant cet entretien a duré longtemps, 49 minutes, et la médecin interrogée a fait mention d'éléments personnels qui suggèrent que la présence de l'interne n'a pas influencé la profondeur du discours.

Dans trois entretiens, le tutoiement a été utilisé spontanément avant que le vouvoiement ne soit adopté ensuite sur recommandation de ma directrice de thèse (VBB). Ce changement de registre, visant à renforcer une posture de chercheur et à garantir un cadre plus neutre, a potentiellement pu introduire une légère hétérogénéité entre les entretiens, les premiers échanges ayant peut-être été perçus comme plus informels. Malgré cela, le climat des entretiens était bienveillant, favorisant la confiance et cela n'a pas empêché l'émergence de la théorie.

Perspectives

Ce travail ouvre plusieurs pistes de réflexion pour la recherche et la pratique en médecine générale. Tout d'abord, il serait intéressant d'un point de vue scientifique de prolonger cette étude par une étude quantitative mesurant la prévalence des différentes logiques décisionnelles identifiées, afin de quantifier la part respective des facteurs biomédicaux, clinique, relationnel psychosocial, etc. dans la décision.

Dans cette continuité, l'idée de créer une méthode de mesure des dimensions psychosociales, à l'image des scores de risque cardiovasculaire pourrait être tentée. Une telle approche offrirait l'avantage d'« objectiver » et de valoriser ces dimensions souvent implicites du raisonnement clinique. Cependant, elle risquerait d'appauvrir la complexité du soin en voulant quantifier ce qui relève du vécu et de la relation. Nos résultats rappellent l'importance du jugement clinique du médecin, fondé sur la connaissance du patient et le contexte de la consultation.

Ensuite, une exploration qualitative centrée sur le vécu des patients mis sous traitement par hypolipémiant en prévention primaire, permettrait d'éclairer comment ils perçoivent les décisions médicales différées ou partagées, tout en tenant compte de la diversité des profils des patients, du contexte relationnel et psychosocial ainsi que de l'impact de ces perceptions sur leur adhésion thérapeutique.

Sur le plan organisationnel, nos résultats invitent à réfléchir à de nouvelles formes de collaboration entre les professionnels autour de la prévention primaire. Par exemple, des protocoles partagés entre spécialistes, généralistes, infirmiers en pratique avancée (IPA) ou Asalée pourraient aider à repérer plus facilement les patients à risque tout en favorisant un suivi progressif et cohérent. Ces collaborations pourraient également renforcer la continuité du soin et alléger la charge décisionnelle individuelle du médecin généraliste.

Sur le plan institutionnel, une réflexion pourrait être menée autour des dispositifs incitatifs comme les ROSP pour qu'ils soutiennent davantage une prévention individualisée, globale. Par exemple, en créant des indicateurs valorisant la décision partagée : documentation, prise en compte du contexte psychosocial, etc.

Enfin, ce modèle de raisonnement multidimensionnel pourrait inspirer l'élaboration de recommandations valorisant une prévention individualisée, articulant les dimensions biomédicales, psychosociales et relationnelles du soin.

Conclusion

Cette étude met en lumière la complexité du raisonnement médical des médecins généralistes lors de la décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire. Loin d'une simple application des recommandations, la décision apparaît comme un processus à la fois réflexif et contextualisé, qui s'articule entre la construction d'une théorie personnelle et son ajustement aux réalités du terrain. Elle mobilise des dimensions scientifiques, relationnelles et éthiques que les praticiens cherchent à articuler dans une cohérence propre à chaque situation clinique.

L'analyse des entretiens a permis de mieux comprendre la complexité du raisonnement dans ces décisions, souvent implicite, où se conjuguent incertitude, expérience et recherche de sens. La variabilité n'apparaît pas comme une faiblesse, mais plutôt comme l'expression d'une adaptation raisonnée aux singularités de chaque patient et de chaque contexte de soin.

En définitive, cette recherche montre que la décision de prescrire ou non un hypolipémiant en prévention primaire se construit à l'intersection de logiques scientifiques, professionnelles et contextuelles, révélant la spécificité du raisonnement en médecine générale.

Annexes

Annexe 1 : Évolution du guide d'entretiens et du choix des participants

Préparation en amont de l'entretien : pour l'entretien, pourriez-vous chercher dans votre logiciel dans les derniers mois, un ou deux patients ou patientes à qui vous avez prescrit un traitement hypolipémiant en prévention primaire.

Ma thèse a pour sujet la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire c'est-à-dire, les traitements mis en œuvre pour réduire l'apparition de maladie cardiovasculaire chez quelqu'un qui n'en a pas à l'instant présent.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier de participer à ma thèse et d'avoir pris ce temps pour chercher une situation qui correspond à ma recherche.

- Comment avez-vous fait pour choisir ce ou cette patiente ?
- Racontez-moi les discussions qui ont précédé cette prescription avec ce patient ?
- Qu'est-ce qui vous a décidé à prescrire un traitement hypolipémiant ce jour-là ?
- Dans cette situation, qu'est-ce qui vous motive à prescrire un traitement hypolipémiant en prévention primaire ?
- Comment avez-vous ressenti votre patient à la suite de cette prescription ? / Comment votre patient a réagi à cette prescription ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de cette prescription ?
- Dans cette situation, est-ce que quelque chose vous rend réticent à prescrire un traitement hypolipémiant en prévention primaire ? Qu'est-ce qui vous freine ?

Recueil socio-démographique initial :

- Sexe
- Age
- Rural/urbain/semi-rural
- Maître de stage MSU
- FMC / Congrès
- Durée d'exercice
- Durée d'installation

Le guide étant évolutif, voici les questions qui se sont rajoutées au fur et à mesure de la construction de la théorie enrichies des sujets abordées par les participants :

Pour l'entretien 2 :

- Quelle était la relation avec le ou la patient(e) ? Comment cela influence tes décisions ?
- Est-ce que toi ou tes proches prenait ce type de traitement ? Cela influence-t-il tes décisions ? Si oui comment ?

Concernant la préparation en amont de l'entretien, des choix ont été intégrés à partir du 3ème entretien, car la thèse étudie également les freins à la prescription et le fait de choisir qu'une situation où ils avaient prescrit me semblait pouvoir limiter les résultats. Les participants avaient ainsi le choix d'utiliser **ou non** une situation entre les suivantes pour les aider au mieux à ouvrir la discussion :

- un patient à qui ils ont prescrit un hypolipémiant,
- un patient à qui ils n'ont pas prescrit mais pour lequel ils pensent que cela aurait été justifié
- un patient à qui la prescription a été faite mais qui a refusé le traitement.

Pour l'entretien 3

- Quelles sont ses craintes au niveau juridique du fait de prescrire ou du fait de pas prescrire ?
- Quel était l'impact des échanges avec d'autres professionnels de santé sur la prise de décision ?

Pour l'entretien 4

- Quels sont les outils utilisés pour cette prescription ? Dans quel but ? Quel est son avis sur ces outils ?
- Comment perçoit-elle les investissements alloués à la lutte contre le cholestérol ?

Concernant le début de l'entretien, j'ai pris la décision après l'entretien 4 de demander aux participants des entretiens suivants de se présenter en amont comme question « brise-glace », afin de mettre plus à l'aise, mieux amener mes questions et également de voir s'ils avaient des caractéristiques personnelles auxquelles je n'avais pas pensé qui pouvaient influencer leur façon de prendre en charge les dyslipidémies en prévention primaire.

Pour l'entretien 5 :

- Quelle est l'influence de la présence d'un étudiant en consultation dans la décision de prescrire un hypolipémiant en prévention primaire ?
- Avez-vous observé des effets nocebo chez certains patients ? Des différences entre hommes et femmes ? Comment gérez-vous ces différences dans la pratique ?

Pour l'entretien 6 :

- En tant que médecin syndiqué, comment percevez-vous l'impact des objectifs de santé publique (tels que le ROSP) ou des recommandations sur votre pratique ?
- Comment gérez-vous l'influence de l'entourage ou d'Internet lorsque vous discutez de médicaments hypolipémifiants ?

Pour l'entretien 7

- En tant que chercheur, quel est votre avis sur les recommandations actuelles concernant la prescription d'un hypolipémifiant en prévention primaire ? Quelles sont, selon vous, leurs forces et limites ? Vous arrive-t-il de ne pas les suivre ? Pouvez-vous m'en dire plus ? Comment faites-vous dans ce cas-là ?
- Quel est votre avis sur l'impact des nouvelles avancées technologiques (outils numériques, intelligence artificielle) et scientifiques (nouveaux traitements comme les inhibiteurs PCSK9) sur la manière dont les généralistes prennent en charge les dyslipidémies en prévention primaire ? Et dans les prochaines années ?

Pour l'entretien 8 :

- Comment l'IPA participe à la décision de prescrire un hypolipémifiant en prévention primaire ? Comment partagez-vous la réflexion sur la décision de prescrire ? Est-ce que sa présence a changé votre manière d'aborder la prévention cardiovasculaire ?

Pour l'entretien 9 :

- En tant que médecin homéopathe ou même en dehors de l'homéopathie, est-ce que certaines de vos convictions personnelles jouent un rôle dans vos décisions de prescrire ?

La démarche du choix des participants s'est inscrite dans une logique d'échantillonnage théorique, inspirée de la théorisation ancrée. Les participants ont été sélectionnés progressivement en fonction de ce que l'analyse des données nous a permis d'entrevoir. Chaque nouvelle personne choisie pour l'entretien suivant permettait de répondre à des hypothèses intermédiaires en construction, jusqu'à atteindre la saturation théorique des données.

Entretien 1 :

M01 : « Je pense que c'est plus facile pour les jeunes de dire : « la fac a dit comme ça, crac crac et ils appliquent, nous on s'arrondit avec l'âge »

Nous nous sommes demandé si la relation courte créée avec un patient ou le fait d'être installé depuis peu pouvait avoir un impact sur la décision ou non de prescription.

Choix d'une médecin jeune pour l'entretien 2, installée depuis peu, remplaçant depuis environ 2 ans dans le cabinet où elle s'est installée.

Entretien 2 :

M02 « moi je note tout dans les dossiers car je crains le risque juridique, avec l'expérience peut être que je craindrais moins ».

La théorie nous orientait vers une influence potentielle de la crainte du risque juridique d'où la modification du guide d'entretiens pour l'entretien 3. Par ailleurs l'expérience semblait influencer cette crainte. Choix d'un médecin un peu plus expérimentée qui me dit avoir un avis « tranché » sur les traitements. (J'ignore le détail de cet avis « tranché » en amont de l'entretien).

Entretien 3 :

M03 : « ben le score risque cardiovasculaire que d'ailleurs je retrouvais plus à un moment il avait disparu de. on pouvait plus se connecter au site. Mais là c'était plus à but médico-légal je mettais voilà... »

Elle utilisait des outils à but médico-légal, mais de manière générale, ce qui conduisait à s'interroger sur l'impact de l'utilisation d'outils dans sa façon de prescrire.

Choix suivant d'un médecin qui utilise régulièrement ces outils.

Entretien 4 :

M04 : « Après l'histoire du score je pense pas que j'en ai parlé avec mes collègues, mais avec mes internes je leur en parle.

I : C'est quelque chose que tu enseignes finalement...

M04 : Oui je leur ai montré, on regarde ouais, oui. C'est plutôt moi qui leur ai montré. »

Suite à cet entretien, où je n'ai pas rebondi sur l'influence des internes, le choix du médecin suivant s'est porté sur de nouveau sur un MSU afin de mieux explorer l'influence de l'interne sur sa prescription.

Entretien 5 :

M05 : « Si y a pas de correctif des règles hygiéno-diététiques, est-ce que cela veut dire que, dans ce cas-là, la conduite à tenir, sous-jacente ou non exprimée clairement pour l'instant, c'est que chaque Français va devoir bouffer une statine dans les 10 ans qui viennent ? Ça me pose quand même question, ça ne me laisse pas très à l'aise. »

Nous nous sommes interrogés sur l'avenir de la prise en charge des dyslipidémies en prévention primaire. Choix d'un médecin impliqué politiquement/syndicat pour discuter de ces perspectives futures.

Entretien 6 :

M06 : « y a pas de reco pour dire qu'il faut prescrire actuellement en prévention primaire [...] il n'y a pas d'investissement public dans la recherche. Quand je dis dans la recherche, c'est

surtout dans l'évaluation des médicaments. [...] les statistiques au niveau individuel, ça ne marche pas. [...] faut prendre en... considération, je vais y arriver, euh... l'individu qu'il y a en face de toi. »

Choix d'un médecin impliqué dans la recherche qui pourrait avoir une perspective unique sur comment concilier les données de la recherche avec leur applicabilité en pratique.

Entretien 7 :

« M07 : Mes patients que je vois, que je partage avec l'IPA, notamment les diabétiques, il y en a beaucoup... mes prescriptions, elle va les voir, hein. (Rires) Va falloir que j'argumente (Rires). » [...] Donc IPA, Asalée, assistants médicaux, ça permet aussi de, de dégager beaucoup de temps pour discuter de ça. »

Dans cet entretien, la collaboration avec l'IPA dans le suivi est mentionnée rapidement en fin d'entretien et semblait potentiellement avoir une influence sur sa pratique, il semblait important d'explorer cette théorie.

Choix d'une médecin travaillant avec une IPA formée à la prévention primaire cardiovasculaire.

Entretien 8 :

« M08 : bah surtout les hypolipémiants, oui (rires) tous les médicaments... je pars du principe que tous les médicaments sont des poisons » [...] « J'ai grandi comme ça aussi, un coup de fleurs de Bach et d'homéopathie donc euh. »

Ici, la vision était critique et engagée marquée par une culture médicale alternative avec une approche écologique du soin. L'impact de l'homéopathie est mentionné. Choix d'un médecin pratiquant l'homéopathie pour l'entretien 9.

Recueil socio-démographique final :

- Sexe
- Age
- Zone d'exercice : rural/urbain/semi-rural
- Cabinet de groupe / MSP
- Durée d'exercice (années)
- Durée d'installation (années)
- Groupe de pairs
- Maître de stage (MSU)
- Membre d'un syndicat
- Médecin chercheur
- IPA
- Homéopathie

Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux participants de l'étude

Chère consœur, Cher confrère

Vous êtes invité(e) à participer à une étude en lien avec la mise en place d'un traitement hypolipémiant en prévention primaire. Si vous acceptez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Votre participation prendra la forme d'un entretien individuel avec moi selon vos préférences, en présentiel ou visioconférence. Nous discuterons ensemble d'une situation dans laquelle vous avez prescrit un traitement hypolipémiant en prévention primaire, de votre pratique et avis sur le sujet.

Cet entretien sera enregistré puis retranscrit mot à mot et anonymisé. Il sera confidentiel et vous ne serez pas identifiable.

Pour cette étude, l'avis de Madame Magali REHAULT, ARC coordonnateur cellule RNI, Direction de la Recherche et de l'Innovation, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire au C.H.R.U. de TOURS - Hôpital Bretonneau a été sollicité par mail. La réponse reçue le 24/08/2023 confirmait l'absence de nécessité d'enregistrer la thèse à la CNIL.

2. Risque de l'étude

Cette étude ne comporte aucun risque : pas de geste technique, ni procédure diagnostique ou thérapeutique.

Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

L'étude a pour but de nous aider à disposer de données sur les freins et leviers des médecins généralistes à la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire afin de permettre de mieux comprendre et éventuellement permettre d'optimiser celle-ci.

4. Participation à l'étude

Votre participation à l'étude est totalement volontaire.

5. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir des informations complémentaires auprès de moi. A l'issue de l'étude, les résultats obtenus ou la retranscription de votre entretien vous seront communiqués si vous le désirez.

6. Confidentialité et utilisation des données

Les données recueillies feront l'objet d'une analyse et seront la source de la production des résultats de l'étude. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Les enregistrements seront détruits après la retranscription. Les données retranscrites seront conservées de façon sécurisée jusqu'à la soutenance de thèse. L'intégralité de vos propos ne figurera pas dans le corpus du texte, mais certains passages pourront être utilisés sous forme de citation de manière totalement anonyme.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez décider de vous retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Cordialement,

Tiphaine du Mas de Paysac

Annexe 3 : Formulaire de consentement à participer à l'étude

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherches de Mme du Mas de Paysac Tiphaine.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à l'étude. Je confirme avoir lu et compris les informations figurant sur la lettre d'information. Je confirme avoir eu la possibilité de poser des questions.

J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier. J'ai compris que je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification sans aucune conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement Mme du Mas de Paysac Tiphaine.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la retranscription mot à mot de cet entretien. J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et libertés. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Je, soussigné(e) donne mon accord pour participer à l'étude, dans le respect des conditions suscitées.

Le

Signature :

Je soussignée, du Mas de Paysac Tiphaine, m'engage à ce que toutes les conditions suscitées soient respectées.

Le

Signature :

Annexe 4 : Ethique - réponse de madame Magali REHAULT



REHAULT MAGALI

Expéditeur : m.rehault@chu-tours.fr

À : Tiphaine de Paysac

Cc : GUYETANT SOPHIE

jeu. 24 août 2023 à 11:55 ☆

Bonjour

J'ai étudié avec attention les documents reçus pour votre thèse de MG.

Les données collectées lors de l'entretien individuel avec les MG sont complètement anonymes et il n'est donc pas nécessaire d'enregistrer votre recherche auprès de la CNIL.

Les enregistrements seront à détruire à la fin de votre recherche.

Vous pouvez débiter votre recherche dès à présent.

Bien cordialement

Magali REHAULT

ARC coordonnateur cellule RNI

Direction de la Recherche et de l'Innovation

Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire

C.H.R.U. de TOURS - Hôpital Bretonneau

Bâtiment Tertiaire, 2^e étage, boîte 95

2 Bd Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Tel : 02.47.47.46.75 - Fax : 02.47.47.46.62

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2025. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Olié V, Grave C, Helft G, Nguyen-Thanh V, Andler R, Quatremere G, et al. Epidemiology of cardiovascular risk factors: Behavioural risk factors. Arch Cardiovasc Dis [Internet]. 1 déc 2024;117(12):770-84. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213624006776>
3. Brunham LR, Lonn E, Mehta SR. Dyslipidemia and the Current State of Cardiovascular Disease: Epidemiology, Risk Factors, and Effect of Lipid Lowering. Can J Cardiol [Internet]. août 2024;40(8):S4-12. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X24003386>
4. Institute for Work & Health, Toronto. Primary, secondary and tertiary prevention [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>
5. Bohan H, van Doorn T, Witwicki C, Coulter A. Perceptions of statins. Pick Inst Eur. :2016.
6. Clough JD, Martin SS, Navar AM, Lin L, Hardy NC, Rogers U, et al. Association of Primary Care Providers' Beliefs of Statins for Primary Prevention and Statin Prescription. J Am Heart Assoc. 5 févr 2019;8(3):e010241.
7. Onaisi R, Dumont R, Hasselgard-Rowe J, Safar D, Haller DM, Maisonneuve H. Multimorbidity and statin prescription for primary prevention of cardiovascular diseases: A cross-sectional study in general practice in France. Front Med [Internet]. 9 janv 2023 [cité 21 oct 2025];9:1089050. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9868625/>
8. Adam L, Baretella O, Feller M, Blum MR, Papazoglou DD, Boland B, et al. Statin therapy in multimorbid older patients with polypharmacy- a cross-sectional analysis of the Swiss OPERAM trial population. Front Cardiovasc Med [Internet]. 21 sept 2023 [cité 21 oct 2025];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/cardiovascular-medicine/articles/10.3389/fcvm.2023.1236547/full>
9. Dalakoti M, Angoulvant D. Incremental progress but still far from good enough: real-world LDL-cholesterol insights from the SANTORINI 1-year follow-up study. Eur J Prev Cardiol. 11 nov 2024;31(15):1804-5.
10. Lecoffre C. Cholestérol LDL chez les adultes en france métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006 / LDL cholesterol in adults in metropolitan france: mean concentration, awareness and treatment in 2015, and trends since 2006. Santé Publique Fr. 12 juin 2018;
11. d'Avout P. Prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardiovasculaires: état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2017 [Thèse d'exercice de médecine]. [Amiens]: Université d'Amiens; 2017.

12. Onaisi R, Bezzazi A, Berthouin T, Boulet J, Hasselgard-Rowe J, Maisonneuve H. Statins for primary prevention in multimorbid patients: to prescribe or not to prescribe? A qualitative analysis of general practitioners' decision-making processes. *Fam Pract* [Internet]. 18 juill 2023 [cité 21 oct 2025];42(3):cmad068. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12014902/>
13. Lebeau JP, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Auger I, et al. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology. *BMJ Open*. 13 mai 2016;6(5):e010639.
14. Cai T, Abel L, Langford O, Monaghan G, Aronson JK, Stevens RJ, et al. Associations between statins and adverse events in primary prevention of cardiovascular disease: systematic review with pairwise, network, and dose-response meta-analyses. *BMJ* [Internet]. 15 juill 2021 [cité 21 oct 2025];374:n1537. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1537>
15. Sabouret P, Angoulvant D, Cannon CP, Banach M. Low levels of low-density lipoprotein cholesterol, intracerebral haemorrhage, and other safety issues: is there still a matter of debate? *Eur Heart J Open*. juill 2022;2(4):oeac038.
16. La revue Prescrire. Statines en prévention cardio vasculaire primaire ? *Rev Prescrire*. 2018;38(414):272-81.
17. Habib AR, Katz MH, Redberg RF. Statins for Primary Cardiovascular Disease Prevention: Time to Curb Our Enthusiasm. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 oct 2022;182(10):1021-4. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2795661>
18. HAS. Haute Autorité de Santé. 2018. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-sa-recommandation
19. Redberg RF, Katz MH. Statins for Primary Prevention: The Debate Is Intense, but the Data Are Weak. *JAMA* [Internet]. 15 nov 2016;316(19):1979-81. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.15085>
20. Hauber C, Coumar O, Malmartel A. Influence des médias sur l'arrêt des traitements par statines à l'initiative des patients en Ile de France. *Exercer* [Internet]. 1 févr 2022;33(180):69-76. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1881
21. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep J, Badimon L, Tokgozoglu L. Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2025;ESC Guidelines.
22. Nouyrigat E, Revel-Delhom, L., Cheddani, L. Note de cadrage : Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. HAS. mars 2021;
23. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory*. 1967.

24. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE. 2021. 192 p.
25. Nguyen J. Les déterminants de la démarche décisionnelle en médecine générale : une revue narrative de la littérature [Internet]. [Paris]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2024. Disponible sur: <https://www.sfmng.fr/theses/detail/les-determinants-de-la-demarche-decisionnelle-en-medecine-generale>
26. Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique: application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. [Toulouse II]: Université Toulouse le Mirail; 2011. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00649606v1>
27. Laure P, Trépos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé Publique [Internet]. 2006;18(4):573-84. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2006-4-page-573>
28. Dibao-Dina C, Pouchain D, Partouche H, Letrilliart L, Boussageon R, Collèges National des généralistes enseignants. 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 [Internet]. 2019;155:316-9. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/article/download/1483?save=1>
29. Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. PLOS ONE [Internet]. 13 janv 2017;12(1):13. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170228>
30. Bezzazi A, Boulet J, Berthouin T. Déterminants à la prescription de statines en prévention primaire en médecine générale: une étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2020. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6nc60vw>
31. Metser G, Bradley C, Moise N, Liyanage-Don N, Kronish I, Ye S. Gaps and Disparities in Primary Prevention Statin Prescription During Outpatient Care. Am J Cardiol [Internet]. déc 2021;161:36-41. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914921008985>
32. Irawati S, Prayudeni S, Rachmawati R, Wita IW, Willfert B, Hak E, et al. Key factors influencing the prescribing of statins: a qualitative study among physicians working in primary healthcare facilities in Indonesia. BMJ Open [Internet]. juin 2020;10(6):8. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-035098>
33. Beh CY, Fok RWY, Goh LH. Exploring barriers and facilitators of primary care physicians towards optimising statin therapy in patients with hyperlipidaemia in the very high-risk group: a qualitative study in Singapore. BMJ Open. 6 sept 2023;13(9).
34. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081665v1>

35. Ju A, Hanson CS, Banks E, Korda R, Craig JC, Usherwood T, et al. Patient beliefs and attitudes to taking statins: systematic review of qualitative studies. *Br J Gen Pract* [Internet]. juin 2018;68(671):408-19. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6002012/>
36. Cook DA, Stephenson CR, Gruppen LD, Durning SJ. Management reasoning scripts: Qualitative exploration using simulated physician-patient encounters. *Perspect Med Educ*. août 2022;11(4):196-206.
37. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 20 janv 2022;12(1). Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8783809/>

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'V. Del' followed by a large flourish.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours, Tours, le**

DU MAS DE PAYSAC Tiphaine

85 pages 1 tableau 1 schéma

Résumé

Introduction : les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde. Une partie de ces maladies pourrait être évitée grâce à la prévention primaire. Celle-ci repose sur la prise en charge des facteurs de risque, dont les dyslipidémies, qui font l'objet de recommandations de traitement par des hypolipémiants. La prescription de ces traitements par les médecins généralistes reste très variable. L'objectif de notre étude était d'explorer les freins et leviers des médecins généralistes à la prescription d'un hypolipémiant en prévention primaire.

Méthode : une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée (Grounded Theory Method), a été menée auprès de neuf médecins généralistes. Les données ont été recueillies entre août 2023 et août 2025 lors d'entretiens individuels semi-dirigés, enregistrés, retranscrits puis analysés de manière itérative jusqu'à saturation théorique. Ensuite, un modèle explicatif a été établi à partir de ces données.

Résultats : les résultats mettent en évidence la complexité du processus décisionnel en matière de prescription d'hypolipémiants en prévention primaire en médecine générale. Au-delà de l'application stricte des recommandations, notre étude montre que les médecins construisent leur propre théorie, en prenant position sur le sujet, puis ils la mettent en pratique face aux réalités du terrain. En théorie, nous observons parfois une prescription défensive ou médico-légale, ou encore l'intégration des convictions personnelles du médecin dans son raisonnement. En pratique, pour certains, la décision ne peut se faire sans une relation préalable avec le patient. Pour d'autres encore, cette décision n'est pas seulement médicale mais aussi psychosociale, ancrée dans le quotidien du terrain. Ces constats montrent que la décision médicale ne se résume pas à un simple choix thérapeutique, mais s'élabore à travers un raisonnement complexe et multidimensionnel.

Discussion : cette étude montre que la variabilité observée est le reflet d'un raisonnement clinique complexe et nuancé, témoignant d'un ajustement entre réflexion théorique et adaptation pratique. Cette étude permet de mieux comprendre comment les médecins mobilisent leurs repères, valeurs et réflexions pour accompagner leurs patients dans une démarche de soin global, personnalisée et évolutive. Ce modèle pourrait inspirer des recommandations pour promouvoir une prévention véritablement individualisée.

Mots-clés : Dyslipidémie / Hyperlipidémie / Hypercholestérolémie / Hypertriglycéridémie / Prévention cardiovasculaire / Prévention primaire / Médecine préventive / Promotion de la santé / Médecins généralistes / Médecine générale / Hypolipémiant / Statine / Etude qualitative

Jury :

Président du Jury :	Professeur Denis ANGOULVANT
Directeur de thèse :	<u>Docteur Véronique BOUVIER-BALAND</u>
Membres du Jury :	Professeur Clarisse DIBAO-DINA
	Docteur Myriam LAPENNE-CREUSOT
Date de soutenance :	11/12/2025