

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE PARIS

CYCLE SUPERIEUR DE SOCIOLOGIE

**LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
ET LES RECOMMANDATIONS**

À travers deux pathologies □

La dyslipidémie et la dépression

Patrick MARI

**Mémoire présenté pour
le DEA de sociologie**

Directeur du mémoire

Philippe URFALINO *(CSO – CNRS)*

avec

Emmanuelle BONETTI *(CSO – CNRS)*

2003

SOMMAIRE

A.	INTRODUCTION.....	5
A.1.	Une description fine des situations et activités du médecin.....	5
A.2.	Une description positive et réaliste des pratiques du médecin généraliste	6
A.2.1.	Le choix des pathologies□.....	7
A.3.	Une enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs.....	8
A.4.	Une analyse raisonnée et comparative.....	10
B.	LA DYSLIPIDÉMIE.....	11
B.1.	Le dépistage de la dyslipidémie.....	14
B.1.1.	Une pratique sous influence	14
B.1.2.	Une pratique quotidienne bien intégrée.....	15
B.2.	Les circonstances de dépistage.....	16
B.2.1.	Dépister en dehors d'un contexte à risque de maladie cardiovasculaire.....	16
B.2.2.	La notion de terrain prédisposé	18
B.2.3.	Le cas du sujet ayant une pathologie athéromateuse.....	19
B.2.4.	Un bilan biologique déterminant.....	20
B.3.	La décision de prise en charge	22
B.3.1.	L'âge conditionne le type de prise en charge.....	22
B.3.2.	Un régime d'épreuve pour décider de la prise en charge	24
B.4.	La prise en charge thérapeutique	26
B.4.1.	Le régime comme traitement de la dyslipidémie	26
B.4.2.	Le traitement médicamenteux	27
B.4.2.1.	Le choix du médicament.....	27
B.4.3.	Le contrôle de l'efficacité et de la tolérance du traitement	30

B.5.	Les patients	31
B.5.1.	L'observance□la principale difficulté.....	31
B.6.	Les relations avec les spécialistes	33
C.	LA DÉPRESSION	35
C.1.	Un diagnostic délicat.....	36
C.1.1.	La dépression, une maladie fréquente	36
C.1.2.	Une pathologie à la présentation souvent masquée.....	37
C.1.3.	Un diagnostic évoqué par l'association de plusieurs symptômes	39
C.1.4.	Évaluer la□sévérité□un enjeu fondamental.....	42
C.2.	Un processus thérapeutique à la portée des généralistes.....	44
C.2.1.	La relation médecin – patient□un outil fondamental.....	44
C.2.2.	Une prescription très prudente des antidépresseurs	49
C.2.3.	La révolution des IRS	50
C.2.4.	Une prescription orientée par les effets collatéraux des antidépresseurs□.....	52
C.2.5.	L'arrêt de travail	53
C.3.	Le recours au spécialiste.....	54
C.3.1.	Des spécialistes nécessaires et parfois□hcontournables	55
C.3.2.	Des spécialistes peu accessibles□.....	56
D.	LES RECOMMANDATIONS.....	58
D.1.	Le rôle controversé des recommandations.....	59
D.2.	La recommandation sur la dyslipidémie	62
D.3.	La recommandation sur la dépression	63
E.	UNE CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS - DES PRATIQUES CONFORMES.....	65

E.1. Points forts et écarts des pratiques par rapport aux recommandations	65
E.1.1. Dyslipidémie□points forts et écarts	66
E.1.2. Dépression□points forts et écarts.....	67
E.1.3. Des écarts ne remettant pas en cause la logique des recommandations ni les objectifs des généralistes	69
E.2. La connaissance des recommandations utiles	70
E.3. L'ajustement de la pratique à différentes influences.....	73
F. CONCLUSION	77
G. ANNEXES	78
G.1. ANNEXE 1 Tableau des entretiens.....	78
G.2. ANNEXE 2 Guide d'entretien.....	79
H. BIBLIOGRAPHIE	81

A. INTRODUCTION

Ce travail poursuit une étude réalisée en 2001 à travers laquelle les auteurs tentaient d'analyser les facteurs permettant d'expliquer les écarts, souvent constatés, entre la pratique des médecins généralistes et les recommandations de l'ANAES¹.

C'est dans ce contexte et avec le soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine que nous avons mené cette étude. Elle rejoint une de leurs missions consistant à « évaluer les comportements et les pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins »². Pour des raisons de faisabilité dans le temps, nous avons choisi de nous concentrer sur la zone géographique du Pays Basque français.

A.1. Une description fine des situations et activités du médecin

Nous avons choisi de comprendre et d'expliquer les écarts entre la pratique des médecins généralistes et les recommandations, à partir des résultats d'une enquête fondée sur des entretiens menés d'une manière semi directive¹. Notre ambition étant moins de restituer les réflexions des médecins sur les recommandations que d'obtenir de leur part une description fine de leurs expériences, de leurs modes de raisonnement, de leurs attitudes et réactions, de leurs rapports aux patients, de leurs rapports aux spécialistes et autres acteurs « partenaires ».

¹ URFALINO, P, BONETTI, E, BOURGEOIS, I, DALGALARRONDO, S, HAURAY, B, « Les recommandations à l'aune de la pratique – Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein », CSO-CNRS-FNSP et l'URML du Poitou-Charentes, octobre 2001.

² Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993

A.2. Une description positive et réaliste des pratiques du médecin généraliste

Les objectifs de cette étude sont :

Premièrement, décrire positivement la pratique du médecin généraliste sans toute fois tomber dans le travers de la description d'un savoir appliqué et structuré par un processus fermé, centré sur la pathologie et qui ne se soucierait pas des motivations propres du médecin et des contraintes extérieures qui l'aident ou l'handicapent dans sa pratique.

Deuxièmement, élaborer une description positive de l'action du médecin sans s'engager dans une évaluation ou une valorisation de sa pratique.

Troisièmement, restreindre le champs de l'enquête à deux pathologies□

La dyslipidémie et la dépression.

Les deux principales recommandations «□fficielles□, mises à disposition par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, et qui concernent directement ces deux pathologies s'intitulent respectivement□

«□La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique□

(AFFSPS, septembre 2000)□

«□Prise en charge d'un épisode dépressif isolé chez l'adulte en ambulatoire□

(ANAES, juin 2001).

¹ Guide d'entretien en annexe

A.2.1. Le choix des pathologies

Ces deux pathologies, «la dyslipidémie» et «la dépression», ont été choisies avec l'accord de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine qui est intéressée par l'étude sous un angle sociologique des deux pathologies à l'origine des deux premières causes majeures de mortalité, de morbidité et de dépenses, et qui sont l'objet d'une surveillance particulière de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie¹.

De plus, ces deux pathologies correspondent à deux préoccupations majeures en termes de santé publique. En effet, l'hypercholestérolémie représente un facteur de premier plan dans la genèse des maladies coronaires. Aussi, en France, les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité avec près de 165 000 décès en 1999, soit 30,7 % de la mortalité totale. Le nombre annuel de séjours hospitaliers pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires est de 1 318 252 séjours sur un total de 14 626 036, soit un sur onze.

Quant à la dépression, entre 1992 et 2000, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil s'est accru en ville pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes (près de 44 millions de recours de septembre 1999 à août 2000). Aussi, on retrouve l'existence d'un trouble dépressif dans 30 à 50 % des cas de décès par suicide qui représente un véritable problème de santé publique puisqu'en 1999, l'INSERM a enregistré 10 268 décès par suicide, soit 2% de

¹ La prise en charge des dyslipidémies fait partie des trois thèmes de niveau national qui ont été retenus en 2002 pour faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du contrat pluriannuel de gestion 2000-2003 de la CPAM de Bayonne. Les deux autres thèmes sont le bon usage des antibiotiques et la vaccination ROR.

l'ensemble des causes de décès. C'est en 1999 la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 34 ans en France. L'ANAES quantifie en 1996, entre 240 000 et 440 000 le nombre de tentatives de suicide, parmi lesquelles 30 à 50% sont liées à une maladie dépressive. De plus, la dépression aurait d'autres effets indirects sur la santé. Elle serait responsable d'une augmentation des risques cardiovasculaires et des relations avec l'apparition et le développement des cancers semblent exister. La dépression n'est pas un problème purement français. L'OMS tire la sonnette d'alarme en informant que la dépression est actuellement la cinquième cause de mortalité et de handicap dans le monde et qu'elle devrait atteindre la deuxième place d'ici 2020¹.

A.3. Une enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs

La méthode retenue est l'enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Le but de l'étude est de restituer l'espace de décision du médecin permettant d'expliquer les éventuels écarts. Il n'était en effet pas pertinent de fonder une analyse sur des données quantitatives s'appuyant par exemple sur les réponses à un questionnaire. La difficulté d'appréhension de l'espace de décision des médecins tient non seulement au nombre de facteurs qui entrent en jeu mais aussi au fait qu'ils ont plusieurs manières de les combiner. Car une décision complexe n'est pas la résultante d'une addition de variables, mais de plusieurs types de raisonnements possibles, intégrant ces facteurs. La compréhension de l'action du médecin face à son patient, exige donc non seulement de repérer les facteurs qui influencent ou que prend en compte le

¹ «Données sur la situation sanitaire et sociale en France», Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, édition 2002.

médecin, mais aussi de restituer, même de manière simplifiée, les formes de raisonnement qu'il mobilise.

Concernant la prise en charge de la dyslipidémie et de la dépression, nous nous sommes ainsi attachés à comprendre□

- 1) La prévalence, le type d'approche, globale ou spécifique
- 2) Le contenu et l'articulation des étapes diagnostic-traitement-suivi,
- 3) La nature du rapport au patient,
- 4) Les occasions et la nature des relations avec le médecin spécialiste, les laboratoires d'analyses, les visiteurs médicaux,
- 5) Comment le médecin se forge une connaissance de la pathologie, de la conduite à tenir,
- 6) Son avis sur les recommandations relatives à ces deux pathologies.

L'idéal aurait été que l'échantillon de 50 médecins généralistes libéraux étudié se veuille représentatif de la population exerçant en Aquitaine, voir même exerçant dans les Pyrénées Atlantiques¹ ou dans l'ensemble des trois provinces du Pays Basque français. Cependant, le temps imparti par le mémoire nous a incité à constituer l'échantillon de manière aléatoire, en essayant tout de même de toucher des profils de médecins différents et exerçant en zone urbaine ou rurale².

¹ Sources D.R.A.S.S.-ADELI, 01/01/2001□population de médecins généralistes□

Aquitaine□□ 730 ; Pyrénées Atlantiques□□90 ; France□métropolitaine : 67 320

Source CPAM Bayonne, «□2002 en quelques chiffres□□Médecins généralistes (hors MEP) Pays Basque□
302

² Tableau de l'échantillon détaillé en annexe

		Urbain	Rural	
Hommes	Âge > 35	20	15	36
	Âge < 35	0	1	
Femmes	Âge > 35	5	3	14
	Âge < 35	3	3	
		28	22	N = 50¹

Il s'est avéré que la clientèle des médecins généralistes du Pays Basque, que ce soit en zone urbaine ou rurale est relativement semblable à la clientèle semi rurale avec des proportions variables entre médecins et non pas en fonction des zones géographiques qui se confondent plus ou moins dans cette région. De plus, la très grande majorité des médecins et spécialistes se trouve regroupée dans les communes du littoral.

A.4. Une analyse raisonnée et comparative

Les deux premières parties de notre étude traitent des constats relatifs à la prise en charge de la dyslipidémie et de la dépression. La troisième partie étudie le rapport des médecins généralistes aux recommandations. La quatrième partie reprend les grands résultats et nous conduit à :

1. Recueillir les écarts observés entre les recommandations et la pratique des médecins et raisonner en les renvoyant aux caractéristiques de la pratique et à leur rapport aux recommandations,
2. Caractériser la connaissance des recommandations
3. Qualifier la pratique du médecin généraliste.

¹ En ce qui concerne le thème de la dépression, un médecin interrogé (22) n'a pas répondu aux questions ce qui ramène l'échantillon pour la dépression à N=49

B. LA DYSLIPIDÉMIE

Définition

Étant donné le caractère très technique de cette étude sur la dyslipidémie, nous avons souhaité commencer ce chapitre par l'explication des notions nécessaires à la sa bonne compréhension.

Selon le «Dictionnaire de médecine Flammarion»¹

«Une dyslipidémie est une modification pathologique primitive ou secondaire des lipides sériques¹».

La dyslipidémie un facteur de risque de la maladie coronaire

La dyslipidémie fait partie des quatre facteurs de risque de la maladie coronaire (ou cardiovasculaire (CV)) sur lesquels des efforts de prévention sont possibles : le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète sucré et les hypercholestérolémies. Il existe d'autres facteurs de risque indiscutables selon la recommandation : l'âge, le sexe masculin, la ménopause précoce, les antécédents personnels ou familiaux de manifestations cliniques en rapport avec l'athérosclérose quel qu'en soit le siège.

Il existe une attitude préventive différente en fonction du sujet.

Pour les personnes n'ayant pas d'antécédents personnels de maladie cardiovasculaire, nous parlerons de prévention primaire. Pour les personnes ayant une maladie coronaire, nous parlerons de prévention secondaire.

La recommandation décrit notamment l'attitude thérapeutique à observer en fonction du type de prévention.

¹ Lipides sériques = lipides dans le sang

Les patients dyslipidémiques sont définis par une augmentation des taux sériques (ou concentrations sériques) du cholestérol (CT) et/ou des triglycérides (TG).

Le cholestérol

Le cholestérol est Indispensable à la vie. Il est un constituant des membranes qui entourent les cellules. Il est également indispensable à la fabrication des hormones produites par les glandes génitales et surrénales. Cependant, l'excès de cholestérol (et d'autres lipides) dans le sang conduit à la formation de plaques sur la paroi des artères□c'est l'athérosclérose.

Dans le corps humain, le cholestérol a deux origines□70% proviennent du foie, 30% de l'alimentation.

L'unité internationale de mesure du cholestérol total est la millimole par litre ou mmol/l (Les médecins interrogés parlent plus couramment en gramme par litre□g/l)

Il existe des sous-fractions du cholestérol dont les taux sont importants à connaître.

Ces sous-fractions du cholestérol sont en fait des protéines qui servent à transporter le cholestérol dans le sang. Ces protéines porteuses sont appelées lipoprotéines.

les lipoprotéines□de transport du cholestérol

Les Low Density Lipoproteins ou LDL de densité légère.

Les High Density Lipoproteins ou HDL, de haute densité.

La lipoprotéines de transport des triglycérides

Les Very Low Density Lipoproteins ou VLDL, de très faible densité.

La notion de «mauvais» cholestérol

Les LDL prennent le cholestérol au foie et l'emmènent dans l'organisme. Ce cholestérol a tendance à se déposer dans les artères et à les obturer. C'est le «mauvais» cholestérol.

La notion de «bon» cholestérol

Les HDL, récupèrent le cholestérol déposé dans les vaisseaux et le ramènent au foie. C'est le «bon» cholestérol.

La prise de sang

Le taux de cholestérol et de triglycérides sont déterminés à partir d'une prise de sang. On peut déterminer quelle partie du cholestérol est portée par les HDL et quelle partie l'est par les LDL.

Le danger provient de l'excès de LDL-cholestérol. L'autre fraction, le HDL-cholestérol, a au contraire un rôle protecteur puisqu'il favorise la réduction des plaques d'athérome.

Le traitement

La recommandation préconise deux traitements□

Lorsque l'on désire diminuer les quantités de cholestérol présentes dans l'organisme, la première chose à faire si les lipides sanguins sont peu élevés c'est de diminuer les apports de cholestérol par un régime. Lorsque cette solution est insuffisante, on peut avoir recours aux médicaments□ hypolipémiants ou hypocholestérolémiants.

Il existe plusieurs grandes familles parmi lesquelles figurent les fibrates et les statines.

Les triglycérides

Les triglycérides (TG) sont essentiellement portés par les VLDL et dépendent en grande partie du métabolisme des sucres □ ils sont délétères car pourvoyeurs d'athérome. Selon les recommandations, une hypertriglycéridémie (HTG) isolée ne constitue pas un facteur indépendant de risque coronarien.

B.1. Le dépistage de la dyslipidémie

B.1.1. Une pratique sous influence

Pour les médecins interrogés, l'influence des patients sur le dépistage n'est pas à négliger. En effet, le dépistage est très souvent demandé par une clientèle de plus en plus informée et sensibilisée par les mass medias et ceci même en dehors d'un contexte d'antécédents personnels ou familiaux.

...beaucoup de patients demandent un bilan lipidique parce qu'ils voient des sujets autour de l'hyper lipidémie, dans les médias, la télé, les revues, on en parle beaucoup. (25)

De plus, l'idée clairement soutenue dans les entretiens est que le mode de vie dans la région est favorable à l'apparition des dyslipidémies. Donc, partant du principe qu'ils risquent d'en trouver beaucoup, les généralistes pensent à les dépister.

Vu qu'on habite dans un coin où l'alimentation est excellente, c'est assez important. De là à dire de combien, j'en ai aucune idée, on va dire 2 patients sur 4. (27)

Par ailleurs, 50% des médecins généralistes reconnaissent l'impact des «visites médicales» sur leur pratique quotidienne. Parmi eux, trois

considèrent être saturés d'informations, un a pris la décision avec son associé de ne plus en recevoir.

Je dirais que si ça prend une grande place, c'est peut-être, sous la pression, c'est comme ça que je le vis, des laboratoires pharmaceutiques qui nous présentent régulièrement des thérapeutiques des dyslipidémies. Ils martèlent un peu tout ça très régulièrement et je pense que l'importance que ça prend vient en partie de la visite médicale, de la publicité médicale. C'est comme ça que je le vis. (42)

C'est un rabâchage incessant. C'est un inconvénient. Il y a comme ça 2 – 3 pathologies qui sont absolument rabâchées par la visite médicale. Je pense à la phlébologie, à l'hyper tension artérielle, plus la dépression. (42)

B.1.2. Une pratique quotidienne bien intégrée

L'idée qui ressort des entretiens est que le dépistage de la dyslipidémie est tout à fait intégré dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Faire de la médecine générale aujourd'hui, ce n'est plus seulement guérir la maladie mais intervenir avant qu'elle ne se produise.

La médecine, aujourd'hui, c'est beaucoup de prévention. (32)

Ainsi pour les médecins interrogés, cette activité viendrait remplacer d'autres pathologies actuellement disparues de la pratique quotidienne et qui faisaient le « pain quotidien » de la pratique du médecin de famille. C'est le cas par exemple de la rougeole qui a pratiquement disparue dans nos pays industrialisés grâce à la pratique de la vaccination généralisée.

j'ai plus de dyslipidémie que de rougeole. De toute façon il n'y a plus de rougeole. (19)

Les entretiens nous montrent combien il est difficile pour un médecin généraliste de donner une appréciation de l'importance de leur activité dans le domaine de la dyslipidémie. Elle est à la fois importante en termes d'occupation quotidienne et assez limitée en ce qui concerne le nombre de cas avérés. En fait, le processus de recherche d'une anomalie lipidique est mis en

œuvre de manière continue et «**systématique**» au sein d'un processus plus global de recherches d'autres facteurs de risque de la maladie coronaire¹.

La recherche de la dyslipidémie c'est dans un contexte de dyslipidémie et d'autres choses, si vous voulez dyslipidémies, hypertension, hyperglycémie. Tout est associé. C'est plus dans le contexte cardiovasculaire qu'on s'en occupe que pour des dyslipidémies pures quoi. De ce fait ça prend une place plus importante. (7)

B.2. Les circonstances de dépistage

Les entretiens révèlent que le dépistage de la dyslipidémie est rarement effectué de manière isolée. Tout en étant associé à la recherche des autres facteurs de risque de la maladie coronaire, il peut être associé au dépistage d'autres maladies.

B.2.1. Dépister en dehors d'un contexte à risque de maladie cardiovasculaire

Une circonstance de dépistage couramment décrite par les médecins généralistes lors des entretiens concerne des consultations de patients qui ne présentent aucun des facteurs de risque, cliniquement décelables, de survenue de la maladie coronarienne. Ainsi, les médecins généralistes proposent des recherches de dyslipidémies à des personnes qui n'ont pas d'antécédents familiaux ou personnels, pas de tabagisme, pas d'hypertension artérielle, pas de signe de diabète et un âge inférieur à 45 ans. C'est ainsi que ce dépistage est souvent proposé bien avant l'âge de 45 ans, par exemple, dans le cadre de

¹ Selon les recommandations les facteurs de risque de maladie coronaire sont un LDL-cholestérol élevé, l'âge, les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, le tabac, l'hypertension artérielle, le diabète sucré, le HDL-cholestérol bas.

consultations pour un bilan prénuptial ou une consultation pour prescription de pilule contraceptive.

Déjà là, au moment de la prise de sang de l'examen prénuptial, qui est obligatoire, je fais un bilan des dyslipidémies. Ça m'arrive souvent ça. (45)

Dépistage en préventif, chez des personnes qui vont prendre des médicaments susceptibles de modifier l'équilibre lipidique, la pilule en particulier□(25)

Les alentours de la quarantaine sont également un âge propice à la réalisation d'un premier dépistage car c'est souvent à ce moment-là que les hommes commencent à se préoccuper de leur santé et souhaitent réaliser des bilans ou des «check-up» pour reprise d'activités sportives par exemple.

Quand les gens viennent me voir, je veux faire un bilan, je veux faire du sport, on va voir le cardiologue, on fait une prise de sang, on fait le taux de triglycéridémie, c'est fréquent. (45)

Les alentours de la cinquantaine sont également une période propice à une première consultation chez les hommes et les femmes. Pour les premiers, la recherche d'une dyslipidémie sera également associée au dépistage d'une pathologie de la prostate. Pour les secondes, la dyslipidémie sera associée à une consultation dans le cadre de la ménopause.

À cinquante ans, on va rechercher aussi les problèmes de prostate chez l'homme. (1)

Ainsi, ce n'est pas tant l'âge en terme de date butoir qui détermine la décision de dépister, mais plutôt des circonstances charnières de la vie du patient qui les amènent à consulter. Un dépistage de la dyslipidémie sera rarement prescrit lors d'une consultation pour une grippe et ceci quel que soit l'âge du patient.

Il n'y a pas de frein institutionnalisé, simplement quand je reçois quelqu'un, un touriste pour son angine, je ne vais pas nécessairement aller lui parler de son cholestérol, alors que peut-être je devrais□on ne peut pas tout faire sur une consultation. (30)

Cette approche par les circonstances de consultation explique pourquoi les médecins ne donnent pas d'âges de dépistage précis. Les âges cités varient entre 20 à 80 ans.

À partir de 35 ans, jusqu'à 80 ans et le reste. Il n'y a pas de limite. On a l'air de dire maintenant que même à 80 ans ça vaut le coup de faire de la prévention et de traiter les dyslipidémies. (20)

Les circonstances hors contexte que nous venons de décrire ne représentent, néanmoins, pas la majorité des circonstances dans lesquelles s'effectue le dépistage. Les médecins signalent que la recherche de la dyslipidémie va se faire le plus souvent dans le cadre d'un terrain prédisposé.

B.2.2. La notion de terrain prédisposé

Lorsqu'on demande aux médecins ce qui détermine leur décision de rechercher une anomalie du bilan lipidique, la grande majorité l'associe à la présence d'éléments évocateurs d'un terrain prédisposé aux pathologies cardiovasculaires.

Pour la totalité des médecins, la présence d'un contexte familial de maladie coronaire est perçue comme l'élément important à rechercher au cours de la consultation afin de déterminer la prédisposition du sujet.

Sur interrogatoire □ facteurs de risques familiaux, facteurs de risques personnels en termes de surcharge pondérale, de troubles des modes d'alimentation, etc, etc... mais essentiellement de facteurs de risques familiaux. (30)

Le mode de vie du patient, c'est-à-dire, son alimentation, une intoxication alcoolo-tabagique, le stress, la sédentarité, sont également recherchés par les médecins comme marqueur du risque de la pathologie cardiovasculaire.

Profil masculin, peu sportif, qui ne fait pas trop attention à son alimentation et qui est autour de la quarantaine □ pour nous, c'est un profil type. Chez la femme, le profil serait influencé par la prise de traitement hormonaux, la

sédentarité, l'excès pondéral ou excès de poids. Les antécédents familiaux dans les deux cas. Dans les deux cas aussi, s'il est hyper tendu. (30)

La présence d'un ou de plusieurs autres facteurs de risques cardiovasculaires associés à la dyslipidémie, notamment le diabète, l'hypertension artérielle, l'âge et le sexe contribuent à définir également une sorte de portrait robot du candidat à l'infarctus du myocarde.

Les facteurs de risques sont l'hypertension, l'obésité, le diabète, le tabac et les dyslipidémies. Ce sont des facteurs de risque de trouble cardiovasculaire au niveau du cœur ça donne l'infarctus au niveau d'une jambe, une ischémie c'est la jambe qui n'est plus vascularisée une artère qui se bouche au niveau du cerveau ça s'appelle un accident vasculaire cérébral qui peut prendre plusieurs formes trouble de la vision, de la parole, hémiparésie. (30)

B.2.3. Le cas du sujet ayant une pathologie athéromateuse

Dans ce cas, le sujet est déjà porteur d'une maladie liée à l'athérosclérose telles que l'artérite des membres inférieurs, angine de poitrine, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, rupture d'anévrisme.

La pratique de l'ensemble des médecins interrogés rejoint la recommandation. Il ne s'agit pas, dans ce cas, tant de rechercher la dyslipidémie que de contrôler la fraction LDL du cholestérol à un stade où la maladie a déjà parlé.

La rareté du discours constatée sur ce thème s'explique par le fait que la dyslipidémie est déjà connue dans la plupart des cas avant la survenue de l'accident coronarien. Dans le cas contraire, la présence d'une pathologie cardiovasculaire déclarée est associée systématiquement à la recherche des

facteurs qui l'ont provoquée ou favorisée et donc, notamment, à la recherche d'une dyslipidémie.

De plus, les médecins nous précisent qu'il est rare que la prise en charge par le spécialiste ne soit déjà faite. C'est donc un contexte qui échappe un peu à leur pratique quotidienne et qui de ce fait les concerne moins.

B.2.4. Un bilan biologique déterminant

Le diagnostic de la dyslipidémie se fait grâce à un dosage biologique sanguin. Son caractère chiffré¹ permet au médecin de confirmer d'une manière indiscutable la présence ou l'absence d'une dyslipidémie.

Cependant, les entretiens ont révélé des différences dans la manière dont les médecins rédigent l'ordonnance de la prise de sang en première intention. Un premier groupe, représentant 60% des interrogés, énumère les diverses variables biologiques. Parmi ceux-là, cinq demandent□

le cholestérol total (CT) et les triglycérides (TG).

...je fais toujours un cholestérol total. Et si jamais il y a une anomalie, à ce moment-là, on demandera un bilan lipidique plus complet avec le HDL et le LDL. (3)

Les autres demandent d'emblée□

CT, HDL, LDL et TG

La première démarche correspond à celle préconisée lors du dépistage d'une dyslipidémie chez des sujets n'appartenant pas à une population à risque

¹ Les laboratoires d'analyses donnent les résultats au centième près.

cardiovasculaire¹. Cette attitude n'est pas aussi clairement spécifiée dans la recommandation de l'ANAES qui nous sert de référence où tout est construit autour de la connaissance des taux de LDL et HDL-cholestérol.

D'autres expriment leur demande à l'aide de formules plus générales : «**Bilan de l'hyperlipidémie**», «**Etude des troubles du métabolisme des lipides**», «**Profil lipidique**». Parmi eux cinq se conforment à la nomenclature officielle² : «**Exploration d'une anomalie lipidique**» (E. A. L.).

Je demande un «**profil lipidique**». Le laboratoire se débrouille avec ça. C'est ce que j'écris sur l'ordonnance. (40)

Malgré ces différences, la totalité des généralistes interrogés partagent le souci de rédiger la prescription de manière à ce qu'elle soit à la fois compréhensible pour le laboratoire d'analyse et prise en charge par la sécurité sociale.

Que demandez-vous dans le bilan?

Le «**Bilan de l'hyperlipidémie**», c'est-à-dire que l'on fait le cholestérol total, HDL, LDL et triglycérides. De toute façon c'est le seul remboursé par la Sécurité Sociale. Il faut le marquer comme ça. Quand on demande bilan de l'hyperlipidémie, ils prennent en charge tout. (45)

L'imprécision dans les formules illustre sans doute le fait que les généralistes laissent aux laboratoires d'analyse, la responsabilité de déclarer eux-mêmes cet acte de biologie médicale suivant la nomenclature officielle, pour que le patient soit remboursé.

¹ «**Paramètres biologiques**», «**Dyslipidémies de la statistique à la clinique**», collection interdisciplinaire n°2, CARDINALE, octobre 2002

² «**Nomenclature des actes de biologie médicale**», UCANSF

B.3. La décision de prise en charge

La décision de prise en charge est aidée par des schémas décisionnels largement diffusés qui contribuent à structurer et à simplifier la prise en charge thérapeutique. Celle-ci s'articule autour de deux variables bien quantifiées : le taux de cholestérol et le nombre de facteurs de risque associés.

Le diagnostic : on se fit à des paramètres : HDL, LDL, Triglycérides, Cholestérol total. Le traitement est facilement acceptable par le patient et faisable. L'interprétation des résultats est facile. (4)

Les laboratoires d'analyse participent pleinement à cette diffusion en faisant systématiquement paraître une matrice d'aide à la décision thérapeutique sur leurs résultats. Ils rendent ainsi public et omniprésent un schéma décisionnel qui était autrefois uniquement connu par les médecins.

Les entretiens ont révélé que, bien que ces schémas soient prégnant dans l'esprit des médecins, ceux-ci s'appuient sur d'autres éléments pour prendre leur décision parmi lesquels le profil du patient et les résultats d'un régime d'épreuve.

B.3.1. L'âge conditionne le type de prise en charge

Un des éléments du profil du patient les plus cités parmi ceux déterminant la prise en charge est son âge.

Il est parfois aussi important de prendre en charge un patient jeune qui ne présente pas d'autres facteurs de risques qu'une personne âgée, qui, du fait de son âge avancé, cumule les facteurs de risques.

C'est pas la même chose à 25 qu'à 70 ans. Je vais être moins rigoureux à 70 ans qu'à 25 ans. Ce qui n'est pas tout à fait vrai parce qu'on est plus rigoureux en même temps quand il y a plusieurs facteurs de risques associés. On a souvent plus de facteurs de risques associés à 70 ans qu'à 25. Tout ça est nuancé en pratique dans chaque cas particulier. (42)

Une des problématiques que pose la prise en charge des jeunes patients est que plus le patient est jeune moins il a envie de prendre un traitement.

Si le LDL est trop élevé, je propose un traitement. Mais les gens jeunes n'aiment pas prendre des médicaments donc ils vont dire ☐ on va parler diététique au départ. (21)

C'est ainsi que nous relevons l'idée générale que plus le patient est jeune, plus le médecin va être exigeant sur le suivi et l'efficacité du traitement. En effet, les généralistes ont parfaitement intégré l'idée de l'importance de l'attitude préventive sur le long terme de l'abaissement du taux de cholestérol afin d'éviter la survenue d'accidents vasculaires.

Oui. Je vais être plus stricte avec des patients jeunes qu'avec des personnes âgées, ça c'est sûr, par rapport au régime entre autres et par rapport au suivi du traitement.

Pour quelles raisons ☐ Pour l'avenir parce que c'est des gens qui risquent, à long terme, de faire des problèmes cardio-vasculaires. (23)

Une controverse existe autour du sujet qui concerne le bénéfice d'un traitement sur les personnes âgées.

Il n'y a pas très longtemps, on se posait la question déjà du bénéfice d'un traitement par statines au-delà de 75 ans. Certains cardiologues entre autres traitaient, d'autres pas parce que le propre du cholestérol c'est que les dégâts se font à long terme donc la question se posait de savoir s'il était utile et bénéfique de traiter à partir de 80 ans sur des patients qui risquaient de décéder entre temps d'autres pathologies donc heu...et puis je crois qu'à 80 ans on peut quand même accorder quelques petits écarts sans que ce soit catastrophique, voilà. (23)

Plus la personne avance en âge et plus les médecins ont tendance à alléger la prise en charge thérapeutique jusqu'à ne rien proposer du tout. Les médecins évitent de surcharger ces patients, car, ils estiment que le bénéfice issu du rapport entre confort de vie et contrainte thérapeutique ne leur est plus favorable.

Si quelqu'un de quatre-vingt-cinq ans a deux grammes cinquante-cinq de cholestérol total, je ne vais pas l'emmerder avec un traitement, vous

comprenez-il le risque d'avoir d'autre médicament et si on en rajoute, ça fera beaucoup. (7)

Parmi les autres facteurs conditionnant la décision de prise en charge, on trouve l'idée qu'il y a parfois d'autres priorités que la prise en charge de la dyslipidémie. C'est ainsi qu'elle peut passer au second plan derrière la prise en charge d'un diabète ou d'un cancer pour des raisons vitales.

Oui, ce n'est pas une priorité absolue. Je hiérarchise les facteurs de risques, absolument. Le gars qui a un cancer généralisé, bien entendu, on peut lui arrêter le zocor, parce qu'en fait il ne va pas survivre assez longtemps à son cancer pour bénéficier de l'effet protecteur du Zocor. Aussi, c'est important, un mec qui a 90 balais, on lui découvre du cholestérol pour la première fois de sa vie, on ne va pas le traiter. Parce que, si on lui donne un remède, c'est pour protéger son avenir vasculaire à cet âge-là, il est déjà abîmé. Donc on ne va pas lui prescrire un remède inutile. (40)

Elle peut passer également au second plan pour des raisons socio-économiques car ce type de traitement coûte cher à la fois au patient et à la société.

On est obligé de traiter les gens au mieux. Et ça c'est l'obstacle principal. L'autre obstacle principal, c'est le coût. C'est pareil pour les statines, ça coûte très cher. Ce n'est pas moi qui fixe le prix. (7)

B.3.2. Un régime d'épreuve pour décider de la prise en charge

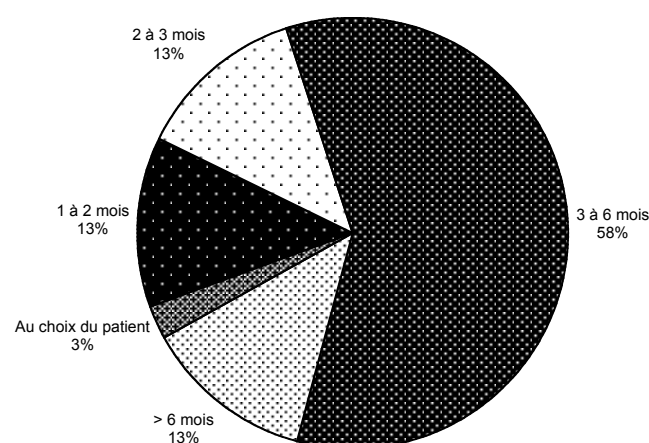
Tous les généralistes interrogés sont d'accord sur le fait de prescrire un régime d'épreuve pour vérifier l'influence de l'alimentation sur les taux de cholestérol dans le sang avant de prendre la décision de traiter par un médicament. Le but de ce régime est de comprendre l'étiologie de la dyslipidémie. En effet, la dyslipidémie peut être d'origine exogène lorsqu'elle est déterminée par une « mauvaise alimentation » ou d'origine endogène lorsque c'est le métabolisme du patient qui la génère.

le cholestérol exogène est celui qui est apporté par l'alimentation. Et l'endogène est celui que l'on fabrique. Et là, même avec un régime, ça ne baissera qu'insensiblement. (44)

Comme nous le montre le graphique ci-dessous, la durée prescrite de ce régime d'épreuve est variable en fonction des médecins. Nous constatons deux types de pratiques. La première concerne plus de la moitié des généralistes interrogés qui préconisent une durée au moins égale à celle des recommandations c'est-à-dire 3 à 6 mois. La deuxième, concerne le tiers restant qui propose un délai plus court, entre 1 et 3 mois, car ils estiment que ce délai est suffisant pour vérifier l'abaissement du cholestérol dans le sang. De plus, cette durée est considérée comme la meilleure pour obtenir une observance optimale de la part des patients.

Je ne leur demande pas de faire un régime draconien, mais un régime qui soit faisable pour eux. Il y a des habitudes régionales et pour qu'ils fassent un régime 3 mois et qu'au bout de 3 mois le cholestérol est normal et après ils se lâchent, ça ne sert à rien. (44)

Durée du régime d'épreuve / médecins



En revanche, en ce qui concerne le traitement des hypertriglycémies, la durée du régime prescrit se rapproche des 3 à 6 mois conseillés par les recommandations.

Les triglycérides, au dessus de 1,50g, 1.70g moi je considère que c'est élevé, donc c'est régime d'abord, puis contrôle, entre trois et six mois. Voilà. (23)

B.4. La prise en charge thérapeutique

B.4.1. Le régime comme traitement de la dyslipidémie

Pour la totalité des médecins interrogés, le régime est prescrit systématiquement en association d'un traitement médicamenteux. Cependant, les médecins ne sont pas dupes sur l'observance à long terme d'un régime pour la majorité des patients.

On va dire ... il y en a peu qui écoutent à la lettre, il y en a pas mal qui font des efforts, mais c'est rarement suffisant pour avoir des chiffres normaux. Donc on est bien souvent obligé, au bout de 3 mois, de rajouter un traitement. Je dirais 8 fois sur 10, on est obligé de rajouter un traitement, parce que la baisse n'est pas significative avec le régime seul. (38)

Les entretiens laissent apparaître deux manières différentes de prescrire un régime. Il y a les médecins qui utilisent des fiches préétablies que leur fournissent les visiteurs médicaux□ils les donnent au patient accompagné de quelques explications. Il y a ceux qui personnalisent davantage la prescription en allant jusqu'à rédiger à la main les consignes hygiéno-diététiques sur une ordonnance. Ces derniers nous expliquent que c'est pour eux une manière de s'assurer d'une meilleure observance de la part des patients.

je donne une liste que j'ai moi-même élaborée. Celles qui sont toutes prêtes, je ne m'en sers pas du tout. Je pense que c'est mieux pour la relation avec le patient. Écrire à la main, c'est montrer que l'on est attentif et que l'on fait du sur mesure, il y a un aspect psychologique, je ne sais pas si vous me comprenez. (16)

Nous remarquons par ailleurs que les médecins qui ont une approche plus personnalisée, nous parlent plus volontiers du comportement du patient comme une donnée à maîtriser.

Donc, en fait, plutôt que de préconiser un régime, le plus intéressant est de voir où il y a des erreurs diététiques dans l'alimentation au quotidien. Donc on essaie de savoir, évidemment, lorsqu'ils rentrent du boulot, comment ils font donc on parle de ça. (21)

En dépit de la conscience des médecins de la difficulté d'application de ces régimes, les médecins s'efforcent de convaincre leur patient de continuer les mesures diététiques en même temps que la prise de médicament car elles renforcent l'efficacité des traitements médicamenteux associés. De plus, la réduction de la surcharge pondérale est une des pierres angulaires de la normalisation des paramètres lipidiques.

On instaure un traitement en gardant toujours, bien sûr, un régime adapté.
(23)

Souvent, le traitement médicamenteux est vécu comme un palliatif au régime que les généralistes savent ne pas être suivi correctement. C'est un filet de sécurité car le patient considère souvent qu'il est plus facile de prendre un comprimé que de suivre un régime.

Le bon vivant, ça l'emmerde de se restreindre en charcuterie, en fromage, en pâtisserie. Il y a pas mal de ces gens, les bons vivants, qui préfèrent avaler un comprimé, plutôt que s'embêter à faire un régime. Avec l'arsenal de médicaments qu'on a, on y arrive. (11)

B.4.2. Le traitement médicamenteux

B.4.2.1. Le choix du médicament

La totalité des médecins interrogés se sert des médicaments de la famille des statines et des fibrates pour traiter les dyslipidémies. 10% d'entre eux (6 sur

50), se servent exclusivement des statines et deux sur cinquante se servent uniquement des fibrates.

Nous avons pu relever que le choix entre statines et fibrates se fait sur plusieurs critères. Parmi les fibrates, le lipanthyl est très majoritairement prescrit du fait de son ancienneté.

Les indications où les fibrates sont prescrits préférentiellement aux statines :

Dyslipidémie mixte avec risque cardiovasculaire faible et faible taux de LDL cholestérol en raison non pas d'une efficacité supérieure mais d'un coût plus faible et de l'existence de médicaments génériques.

Hypertriglycéridémie en raison de l'efficacité moindre ou nulle des statines dans cette indication.

Par ailleurs, lorsque le fibrate est prescrit depuis longtemps chez un patient avec une bonne tolérance, les médecins ne modifient pas ce traitement.

J'ai encore des gens sous fibrate parce qu'ils sont sous fibrate et sont bien équilibrés sous fibrate et resteront toute leur vie sous fibrate. Toute nouvelle prescription, je donne une statine. (17)

Certains généralistes qui ont acquis une bonne expérience dans le maniement des fibrates hésitent à changer leurs habitudes et invoquent pour cela la faiblesse des effets secondaires.

Jusqu'à il n'y a pas longtemps, parce que moi je ne suis pas un rapide, j'ai surtout prescrit des fibrates car je trouve qu'ils sont mieux tolérés cliniquement à mon sens, biologiquement ce n'est pas sûr. Et un peut-être, à mon sens, sur la pression des labos pharmaceutiques de la visite médicale, je prescris de plus en plus des Statines. (42)

En ce qui concerne les statines, l'idée générale qui ressort des entretiens est que les médecins considèrent que les statines sont à peu près toutes équivalentes entre elles sauf le Tahor (atorvastatine) auquel ils attribuent une efficacité beaucoup plus grande au prix d'effets secondaires plus importants.

Cette idée est fréquemment retrouvée dans les entretiens et semble résulter de la connaissance et de la large diffusion de l'étude HALLAT¹ et ASCOT² en cours de réalisation.

La dernière étude qu'a sorti Tahor, entre autres, nous prouve que, même chez un patient avec une simple hypertension isolée, quel que soit l'âge, même sans cholestérol au bilan, y'a quand même un avantage à le mettre sous Statine par rapport à d'éventuels évènements ou coronariens ou surtout accidents vasculaires cérébraux, même sans accidents préalables. (23)

D'autres études sont citées et jouent un rôle influent sur le choix d'une statine par rapport à une autre. Par exemple, l'étude montre que le Zocor et le Lodal (simvastatine) sont prescrits chez les diabétiques en référence aux études 4S³ et HPS⁴.

Chez les diabétiques ce sera plutôt du Zocor parce qu'il y a des études qui ont été faites avec du Zocor chez les diabétiques, chez le tout venant j'utilise aussi de l'Elisor ou du Vasten. (23)

Nous avons pu relever parmi les autres propriétés des médicaments influençant la prescription des médecins, la présence ou l'absence d'effets secondaires, la possibilité d'interaction médicamenteuse et l'état de la fonction rénale et hépatique du patient.

Le choix est parfois un peu difficile puisque l'on n'utilise pas simplement les statines sans un autre traitement, elles sont souvent associées à d'autres médicaments, soit des anticoagulants ou des médicaments à visée cardiovasculaire, donc, en fonction des interactions médicamenteuses possibles, en fonction de la fonction rénale, on prescrit l'un ou l'autre des hypolipémiants. (33)

De nombreux médecins estiment que la pression des laboratoires reste prépondérante quant à leur choix thérapeutique.

Je peux vous donner des noms en sachant que là aussi la visite médicale, je pense comme pour beaucoup de médecins, intervient, et on donne parfois la

¹ «Étude ALLHAT», JAMA n°23, décembre 2002

² Dahlof B et al. ASCOT, «Étude ASCOT», Am J Hypertens, 1998

³ «Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart diseases—the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)», Lancet 1994

⁴ «Heart Protection Study Collaborative Group», Lancet 2002

dernière Statine dont on a entendu parlé, pas forcément la plus récente□il ne faut pas se leurrer, on est influencé. (42)

B.4.3. Le contrôle de l'efficacité et de la tolérance du traitement

L'appréciation de l'efficacité du traitement va se faire essentiellement au travers de bilans biologiques destinés à apprécier notamment l'impact des mesures thérapeutiques sur les taux de lipides dans le sang.

Toutefois, les médecins interrogés signalent que l'efficacité réelle de ce type de traitement est difficile à juger puisqu'en réalité elle se fonde sur l'absence de survenue d'accidents cardiovasculaires sur le long cours.

l'efficacité du traitement, pour moi, généraliste, c'est sur la clinique. Un traitement doit être jugé sur la clinique. Pas forcément sur les chiffres. Donc là-dessus, c'est vrai que les premiers trucs que l'on voit sont les chiffres, donc essentiellement sur le cholestérol mauvais, LDL□avec les objectifs qu'on a dit tout à l'heure. On est dans les clous ou on n'est pas dans les clous, ça c'était sûr. Mais finalement dans le but extrême, c'est pour empêcher un accident, donc quand on empêche un accident, si un mec fait un infarct, c'est que l'on n'a pas été bon. (17)

L'absence d'atteinte de la valeur cible lors de ces divers contrôles va entraîner la décision de modifier l'attitude thérapeutique. Ainsi, plusieurs stratégies peuvent être relevées en fonction des médecins□parmi lesquelles on retrouve essentiellement le réajustement du régime pendant 3 mois, l'augmentation de la posologie du traitement, le changement de classe thérapeutique. C'est à ce stade que l'intervention du spécialiste, notamment du cardiologue est parfois demandée.

Un autre type de bilan biologique est également prescrit afin de dépister les effets secondaires des hypolipémiants. Ceux-ci seront dépistés par la recherche de modifications du bilan hépatique (TGO, TGP, gamma-GT) et du bilan musculaire (CPK). Les médecins à ce propos ont été très frappés par le

retrait du marché de la Cérivastatine à la suite de la survenue de décès aux USA et citent régulièrement cet exemple. Certains médecins disent avoir eu des difficultés pour prescrire des statines pendant un certain temps à la suite de ce retrait.

Il y a un médicament qui a été retiré il y a un an et demi ou deux ans à cause d'accidents plus graves et ça a un peu marqué les gens. C'est en train de passer, mais, pendant un certain temps il y a quand même eu des réticences vis à vis de cette famille. Il fallait bien expliquer le coup. Ce qui fait que moi, je prends l'habitude, au départ d'un traitement, de faire des transaminases pour voir au niveau hépatique comment ça se passe et des CPK pour voir au niveau musculaire comment ça se passe (17-20).

En dehors de ces cas particuliers, l'idée généralement partagée par les médecins est celle d'un rapport efficacité-tolérance tout à fait acceptable.

Alors, ce qui me fait choisir c'est les molécules les plus anciennes. Elles ont fait des études très poussées, très longues qui ont montré des taux de morbi-mortalité comme on dit diminués quand on les utilise. Je ne crois pas qu'on puisse remettre ça en doute et avec un taux d'inconvénients, d'effets secondaires, pas trop important comparé à d'autres. (24)

La périodicité annoncée des bilans biologiques prescrits est 3 mois, 6 mois, puis tous les ans. Il semble que les prescriptions de bilans plus rapprochés répondent à une stratégie d'amélioration de l'observance.

B.5. Les patients

B.5.1. L'observance : la principale difficulté

Les médecins estiment que la principale difficulté rattachée à ce type de traitement est en fait l'observance sur le long terme. Il s'agit en effet de traiter à vie des patients dans un but de prévention et non pas de guérison et cette absence de maladie compromet la motivation et l'observance du traitement

sur le long terme. Ce problème se pose apparemment plus pour le régime que pour la prise médicamenteuse.

Dans le traitement, il y a une observance thérapeutique des patients, c'est-à-dire qu'en général, ils prennent le médicament, mais ils ne font absolument pas le régime, et c'est tout à fait désespérant pour certains.

(14)

Dans le même ordre d'idée, les médecins mettent en exergue la grande difficulté qu'ils ont à maîtriser un paramètre fondamental : « le comportement » du patient. De celui-ci dépend la réussite de la prise en charge thérapeutique. En effet, dans ce cas, le soin ne dépend pas du seul acte médical pratiqué par le médecin, mais de la prise en charge, par le patient lui-même, de son propre comportement.

...on ne fait pas changer quelqu'un. C'est la personne qui est en face qui veut changer ou qui ne veut pas. Notre rôle, c'est accentuer la motivation de quelqu'un pour changer. (17)

Dans notre métier, c'est le patient qui guide notre décision. On essaie de rester dans le cadre : si le patient en fait partie, tant mieux, sinon, on s'adapte. (41)

Par ailleurs, ils sont d'accord pour dire que le rôle de l'information et de l'éducation des patients par les mass medias a un rôle positif sur l'observance en général. Néanmoins, certains signalent que ces informations sont parfois mal comprises et intégrées par les patients qui font des erreurs alimentaires par mauvaise interprétation des consignes diététiques.

Elles sont informées, elles lisent ces articles, mais la difficulté est de savoir ce qu'elles en ont retenu. Les gens retiennent ce qui les intéresse des fois, mais des fois ils retiennent les fausses idées aussi. (25)

Les généralistes vont donc s'attacher à améliorer l'observance par plusieurs stratégies. Informer le patient est la première stratégie évoquée. Il s'agit de frapper l'imagination du patient par des images d'artères bouchées ou

d'employer des termes imagés sur la physiopathologie de l'athérome. Le but est d'impressionner sinon de faire peur.

Je parle souvent de leur tuyauterie et de leur pompe cardiaque. En me servant d'images simples. Une tuyauterie dans un système de chauffage. Et à force d'être encombré par des substances devient fragile, se bouche et éclate. C'est parlant pour les gens. (48)

Une autre stratégie mentionnée est d'accuser le cholestérol des maux dont souffre le patient afin de le motiver à poursuivre son traitement.

Le cholestérol n'est pas une maladie, ils ne ressentent rien, ils n'ont pas mal. Le diabète, à la limite s'ils font pipi 4 fois par nuit, ça va les gêner, mais le cholestérol, ça ne les gêne pas.

Alors des fois je triche un peu. Quand ils ont mal à la tête, je leur dis que ça vient du cholestérol... je suis un peu faux-cul mais quand ils ont des petits vertiges je leur dis que c'est peut-être le cholestérol il va falloir....(26)

B.6. Les relations avec les spécialistes

Les divers partenaires cités par les généralistes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de la dyslipidémies sont les cardiologues, les diabétologues, les endocrinologues et dans une moindre mesure, les gastro-entérologues, les nutritionnistes et les angiologues.

L'idée très majoritairement exprimée est que la prise en charge des dyslipidémies est tout à fait à leur portée. Les cardiologues sont souvent croisés dans la prise en charge commune de la pathologie cardiovasculaire sans qu'ils aient un rôle vraiment déterminant. Les endocrinologues sont exceptionnellement mis à contribution lors des rares cas de dyslipidémies familiales majeures ou lors de la gestion de certaines hypertriglyceridemies. Par contre les diabètes associés aux dyslipidémies sont souvent adressés aux diabétologues.

Je fais appel au spécialiste si c'est associé à d'autres problèmes □ cardiaque ou diabète. Sauf, comme ça m'est arrivé 3 – 4 fois, on vole très très haut, comme ça m'est déjà arrivé, à 12g. (27)

C. LA DÉPRESSION

Définition

Comprendre la dépression et les mécanismes qui sous-tendent la pratique du médecin généraliste face à cette pathologie, ne nécessite pas l'apprentissage de notions ou de vocabulaires aussi spécifiques que pour la dyslipidémie. Nous définirons donc la dépression à travers la définition qu'en donne le «Dictionnaire de médecine Flammarion». Cette définition est beaucoup plus courte que celle se trouvant dans la recommandation qui y consacre la plupart de ses chapitres.

«La dépression est un état psychique pathologique associant une modification pénible de l'humeur et un ralentissement de l'activité intellectuelle et motrice».

Il existe plusieurs formes de dépressions»

La dépression endogène qui est une forme de dépression qui apparaît sans cause extérieure décelable (opposée à la dépression exogène).

La dépression d'involution qui est une forme de dépression survenant chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine, indemnes d'antécédents mélancoliques personnels ou familiaux, et qui est fréquemment agitée, anxieuse et associée à des thèmes hypocondriaques.

La dépression réactionnelle qui est un syndrome dépressif lié à un traumatisme psychologique (abandon, deuil).

C.1. Un diagnostic délicat

C.1.1. La dépression, une maladie fréquente

En accord avec les études du CreDES, qui signalent une prévalence à un an qui varie de 5 à 15%, les médecins signalent une activité constante voire croissante du nombre des dépressions dans leur clientèle et l'évaluent en moyenne aux alentours de 10 % de leur activité.

Cependant, nous observons deux types de discours ☐

Un premier groupe de médecins jugent leur activité importante, 32 sur 49, dont 12 parlent d'une activité régulièrement croissante dans ce domaine, alors que le deuxième groupe de médecins représentant le tiers de la population interviewée (17 sur 49) a un discours beaucoup plus tempéré sur la fréquence de cette pathologie dans leur clientèle.

Cette différence de discours s'explique par le fait que le premier groupe tend à assimiler tous les états limites entre dépression vraie et anxiété. On retrouve dans ce groupe également des médecins pour lesquels il existe une intrication directe entre le psychisme et le corps, c'est-à-dire des médecins sensibles à une orientation psychosomatique dans leur pratique.

La dépression, ...une place prépondérante, ...parce que, l'impression qu'on a, c'est que le côté dépressif qui est un peu caché, génère pas mal de pathologies organiques, hein. ...je pense que dans 100 % d'une consultation d'une journée, il y a au moins 50 % qui ont des problèmes organiques en raison d'une somatisation patente, quoi. (15)

De plus l'impression qui ressort de ces entretiens est que ce premier groupe insiste sur le temps et l'investissement personnel que nécessite ce type de consultation ce qui contribue sans doute à créer une confusion entre le temps de la consultation et le nombre de patients réellement vus.

C'est ainsi que de nombreux médecins parlent du caractère nettement «**chronophage**» de ce type de consultation qui s'ajoute à l'exigence d'un investissement personnel et pédagogique.

C'est une pathologie, en terme de temps, qui est, comme on dit, assez «**chronophage**», elle prend du temps. (34)

... on ne peut pas bloquer une salle d'attente pour faire ça. Moi, je suis fou, c'est pas pareil. Moi je les prends le matin en douce. Mais, il y a certain moment où on va arrêter. Parce que j'ai une famille à faire bouffer. J'ai une femme et 4 enfants, aussi. (28)

C.1.2. Une pathologie à la présentation souvent masquée

Il ressort des entretiens qu'une des premières difficultés qui se présente au médecin est de repérer une dépression sous des plaintes évocatrices d'une autre pathologie. Or, tous les médecins affirment que ce mode de présentation masquée est de loin le mode de présentation le plus fréquent de la maladie.

...la maladie est un mode expressif. Quand on ne peut pas s'exprimer avec sa bouche, on s'exprime avec son corps. (29)

C'est ainsi que les plaintes digestives ou les douleurs rhumatismales sont des motifs de consultation fréquents chez les dépressifs. C'est le caractère «**plaintes multiples et résistantes au traitement habituel**» qui fera évoquer le diagnostic.

Je pense à une petite mamie qui doit avoir 65 ans. Elle a été à Bordeaux, je lui est fait faire cinquante mille trucs. Je pensais qu'elle avait une maladie rhumato rarissime. Je l'ai «**bilantée**» dans tous les sens. Mais comme au bout de 2 -3 ans, j'arrivais mal à la soulager, il n'y avait aucun signe de déprime, que ces douleurs. ..., je me suis fait avoir, enfin moi et les petits copains, parce qu'elle est allée voir un paquet de spécialistes. Elle n'avait aucun signe de déprime, pas de tristesse, pas de trouble du sommeil, pas d'angoisse. (36)

Par ailleurs, la dépression peut prendre le masque d'autres pathologies psychiatriques, par exemple un aspect pseudo démentiel chez les personnes âgées ou des signes d'asociabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

Ainsi, dans tous ces cas, la difficulté, ne tient pas tant à diagnostiquer la maladie qu'au fait d'y penser devant un patient qui met en avant des plaintes ou laisse percevoir des signes, qui ne sont pas, à première vue, de l'ordre du psychisme ou de la souffrance morale. Dans tous ces cas, le diagnostic sera un diagnostic d'élimination. Tout l'enjeu va alors consister pour le médecin à prescrire un minimum d'examens complémentaires dont le rôle sera tout autant d'éliminer une pathologie organique que de préparer le patient à accepter l'origine psychologique de ses troubles.

Si ce n'est pas quelqu'un qui est particulièrement surmené, il faut quand même rechercher une cause organique. Parce que le fonctionnel doit être un diagnostic d'élimination. (44)

Enfin, une autre difficulté est que ce diagnostic s'étaye sur la capacité très inégale des patients à verbaliser leur souffrance.

C'est ainsi qu'un médecin parle de la «**dépression souriante du basque**» et qu'un autre fait part de la difficulté des «**Basques**» à exprimer leur mal être.

...ici, ils ne savent pas dire, ils n'ont pas de mots pour le dire. Ils ne peuvent pas parler. Les Basques ont un vocabulaire....Ils parlent basque, ils sont bilingues, et en basques, les notions abstraites, ...par exemple la douleur, je n'arrive pas à me faire décrire une douleur en basque. Si ça pique si ça sert si ça tord, ils ne peuvent pas me dire. Je ne suis pas basque, je suis très étonné là-dessus. «**Depuis combien de temps ça dure**» ils ne peuvent pas me dire, ils répondent tous «**Un certain temps**», je ne sais pas si c'est une heure, 3 mois, ou 3 ans. Donc, allez leur faire dire la souffrance morale....(26)

De la même manière, les médecins relèvent que l'expression de la dépression peut prendre des **formes** différentes en fonction du sexe.

C'est à dire, l'homme, quand il déprime, en général, il essaie de se valoriser en ayant une vie en mouvement, en étant actif, en jouant un peu les gros bras, en picolant, en sortant.

la femme, quand ça ne va pas, elle veut que ça aille bien, donc elle va voir le médecin. Tandis que l'homme, quand ça ne va pas, il ne le dit pas, il le garde pour lui, ce qui peut le rendre agressif. (21)

En fin de compte, même dans ces présentations trompeuses, le caractère itératif et persistant de la plainte reste suffisamment évocateur pour que le médecin finisse par évoquer assez rapidement le diagnostic.

...c'est le phénomène de glissement. En fait ils manifestent leur angoisse par une symptomatologie douloureuse qui se promène en général □ quand on soigne à droite, ils ont mal à gauche. (12)

C.1.3. Un diagnostic évoqué par l'association de plusieurs symptômes

L'idée qui prédomine, c'est qu'aucun médecin ne semble capable de réciter par cœur la recommandation. Ils n'utilisent pas de listes ou de questionnaires préfabriqués lors de leur consultation mais mettent en avant le rôle de l'écoute active et de l'expérience pour approcher le diagnostic.

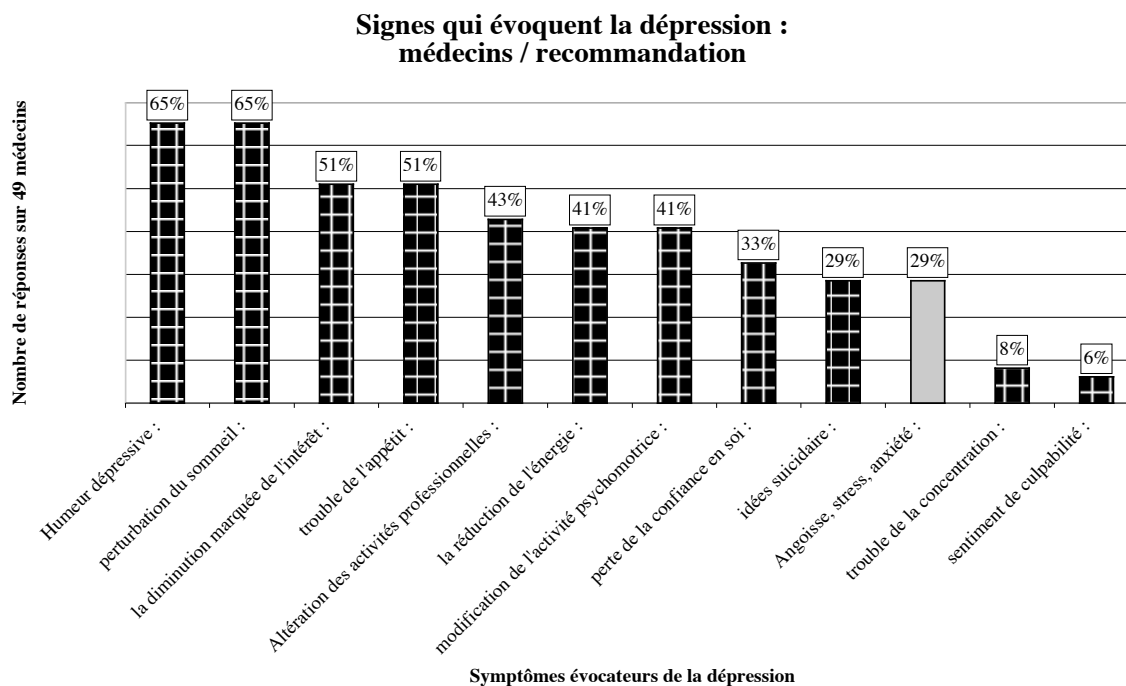
Pour diagnostiquer une dépression, on y passe beaucoup de temps.

Avez-vous un questionnaire □

Non. En fait, pas moi. Ça fait vingt ans que j'exerce. J'ai pas besoin d'utiliser un questionnaire que j'aurais devant les yeux. (5)

Malgré tout un certain nombre de consensus se dégage. Tous les médecins interrogés, sans exception, s'accordent sur le caractère pluri symptomatique de cette maladie. Le diagnostic se fait grâce à la perception de plusieurs symptômes ou signes associés. En moyenne, ils énoncent chacun cinq symptômes. Cependant, nous remarquons que le vocabulaire employé, pour évoquer un même symptôme cité dans la recommandation, varie d'un médecin à l'autre.

	Termes de la recommandation	Vocabulaire employé par les médecins :
1	Humeur dépressive☐	Tristesse morale, diminution de la perspective d'avenir, hyperémotivité, pleurs, pas d'affect, absence de projet, pessimisme, perte de l'élan vital, sentiment d'inutilité
2	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir☐	envie de ne rien faire, inaccessibilité au plaisir, plus de plaisir à rien, anhédonie, baisse de la libido, baisse du désir
3	Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité☐	j'en peux plus, fatigue, asthénie
4	Perte de confiance en soi☐	autodépréciation, "je suis bon à rien", il se sent bon à rien
5	Sentiments injustifiés de culpabilité	culpabilité
6	Idées suicidaires récurrentes☐	idées noires, envie de ne plus vivre
7	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer☐	hésitation, "on ne sait pas comment on va s'en sortir"
8	Modification de l'activité psychomotrice☐	ralentissement du rythme de la parole, ralentissement psychomoteur, agitation, visage figé, perte de dynamisme, hyperactivité, impatience, nervosité, la démarche, la mimique
9	Perturbation du sommeil de n'importe quel type☐	Insomnie, difficulté à s'endormir, réveil précoce
10	Modification de l'appétit☐	Anorexie, boulimie, perte de poids, prise de poids



Nous retrouvons dans les six premiers groupes de symptômes cités, les trois premiers critères énumérés dans la recommandation, dont deux au moins sont nécessaires pour faire le diagnostic □ humeur dépressive, diminution de l'intérêt, réduction de l'énergie. De même, l'altération des activités sociales, critère indispensable selon la recommandation pour apprécier la sévérité de l'épisode dépressif, est citée en cinquième position.

Viennent également dans ce groupe de tête les troubles du sommeil et de l'appétit qui correspondent aux plaintes les plus fréquemment enregistrées, bien que ces deux symptômes soient moins spécifiques selon la recommandation.

L'anxiété, le stress et l'angoisse, ne faisant pas partie des critères de la recommandation, sont néanmoins évoqués assez fréquemment par les médecins, ce qui souligne le caractère souvent intriqué, pour les médecins, entre dépression et anxiété.

En résumé, pour les médecins, tous ces symptômes sont déjà évocateurs en eux-mêmes d'un syndrome dépressif. Néanmoins, l'association de plusieurs

symptômes est encore plus évocatrice sans que la frontière entre «☐déprime☐ et «☐dépression vraie☐ soit clairement délimitée dans les entretiens.

C.1.4. Évaluer la ☐sévérité☐un enjeu fondamental

Comme nous venons de le voir, ce n'est pas tant le caractère souvent masqué de la dépression et le fait que son diagnostic se fait sur l'association de plusieurs symptômes qui posent problème au généraliste. La difficulté principale, signalée par les interviewés, tient à la nécessité de délimiter une frontière entre le pathologique et le non pathologique car de cette évaluation va dépendre toute la suite de la prise en charge. Ce problème ne se pose pas dans les cas extrêmes où le risque suicidaire est clairement exprimé et dans les cas graves où l'intensité des symptômes ne laisse aucun doute sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée.

En revanche, le problème va se poser pour tous ces tableaux plus ou moins francs qui représentent, selon les médecins, le gros des consultations actuelles. L'enjeu va être alors, pour le généraliste, d'évaluer la sévérité des symptômes.

Pour ce faire, un premier groupe adopte une démarche stratégique consistant à se référer à des questionnaires pré-établis avec des items et des cases à cocher pour approcher et évaluer la sévérité du handicap social, de la souffrance morale et éventuellement du risque suicidaire. Cette attitude reste largement minoritaire.

L'autre attitude, très majoritairement partagée par les généralistes, consiste à adopter une démarche moins stratégique et à adopter une approche plus personnalisée et moins instrumentalisée de la dépression. Une méthode

empirique, qu'ils utilisent pour s'assurer de la persistance des symptômes dans le temps, est de proposer un traitement symptomatique de l'anxiété et des troubles du sommeil soit par des anxiolytiques et des somnifères, soit par de la phytothérapie ou de l'homéopathie selon les orientations personnelles. Ils revoient le patient au bout de quinze jours et réévaluent son état.

De même, ils font confiance à leur expérience et à leur «feeling» pour déterminer la gravité des troubles. Cette expérience est faite aussi bien des années de pratique que de la formation. Ce «feeling», fait de la qualité d'écoute et de la disponibilité du médecin, est considéré, à la fois comme un moyen efficace de diagnostic et comme un moyen pour améliorer l'état dépressif du patient.

Plus j'ai vieilli, plus j'ai écouté mes patients. ...C'est mon feeling. Mon feeling a évolué en vieillissant. Exemple

...un mec dépressif qui m'a fait chier pendant 15 ans. Et, il y a 5 ans, je ne sais pas pourquoi, je reprends son âge et je lui dis «vous, vous avez fait l'Algérie» et ce mec, il tombe en larmes. ...Je lui ai dit «Enfin, on en a déjà parlé de cette histoire de l'Algérie», il me dit «Non, je vous l'ai signalé une fois et vous n'avez pas continué à en parler». ...C'est vrai qu'à l'époque, je n'avais pas posé la bonne question. Maintenant, j'arrive avec l'expérience, plus facilement, à trouver la bonne question, celle qui fait que le gars ou la bonne femme peut parler. Ce mec, je l'ai traité pendant 15 ans alors qu'il avait eu une expérience abominable à 20 ans il a tué son premier mec, dans des conditions abominables. Je suis passé à côté. Je l'aurais amélioré en le faisant parler. (29)

Ces médecins considèrent que, tous comptes faits, de la qualité de la relation établie avec le patient allait dépendre toute la suite de la prise en charge. Cette prépondérance du relationnel implique de nombreux aléas qui ressortent très clairement des entretiens : réceptivité variable du médecin en fonction d'aspect personnels, culturels, professionnels. Empathie ou attirance variée pour ce type de patient et ce type de pathologie.

Si j'ai fait 9 mois de psychiatrie sur 3 ans d'internat c'est pas pour rien, ça m'excitait beaucoup. J'étais plutôt à tendance analytique au départ, et je le suis toujours. (29)

Je déteste la dépression. Je ne sais pas comment les prendre en charge. Je ne sais pas s'ils font du cinéma ou pas. (44)

C.2. Un processus thérapeutique à la portée des généralistes

C.2.1. La relation médecin – patient □ un outil fondamental

La qualité de la relation qui va s'instaurer entre le médecin et son patient, va intervenir à tous les stades de la prise en charge de la dépression afin de sélectionner ceux qui vont être pris en charge ou pas, faire accepter le diagnostic et le traitement.

Sélectionner ceux qui vont être pris en charge ou pas

C'est ainsi que les patients souffrant d'une dépression profonde, avec des idées suicidaires importantes ou présentant des troubles psychotiques, ne sont plus accessibles à une relation simple et sont donc orientés vers un spécialiste. Par contre, si le médecin sent que le patient est réceptif à ce type de relation, il va le prendre en charge parce qu'il sait que ses mots et ses prescriptions permettront de sortir d'affaire le patient.

Les dépressions de types réactionnels semblent correspondre le mieux à cette notion d'accessibilité pour le médecin généraliste.

D'abord, je vais vous demander depuis combien de temps ça dure, si c'est une dépression chronique, qui revient, saisonnière, si c'est une dépression endogène qui est en vous, ça c'est un type de dépression qui nous dépasse, surtout s'il y a des tentatives de suicide, si les gens sont déprimés, qui ont des idées noires, des idées suicidaires derrière là on doit savoir passer la main dans ce cas-là.

Mais très souvent ce sont des dépressions réactionnelles à une certaine situation. Le mec qui se dit déprimé, qu'il n'a plus envie de rien du tout, parce que sa femme l'a laissé tomber, il a perdu son boulot, là vous êtes dans un autre registre, qui est à notre portée. (28)

Faire accepter le diagnostic

La dépression, avec son statut «☐psy☐», est encore largement considérée comme dégradante par de nombreux patients. Cette vision de la maladie reste encore un barrage important pour beaucoup de patients, malgré une plus grande médiatisation .

Ils sortent en disant «☐d'accord, d'accord☐», mais vous les revoyez 3 mois après, pour ou la même chose ou quelque chose d'annexe et ils vous disent «☐je n'ai pas besoin de traitement, je ne pense pas que j'étais dépressif☐». Ils refusent parce que c'est dégradant que notre esprit prenne le pas sur notre corps. (29)

Si certains patients sont soulagés par l'évocation d'un diagnostic qu'ils pressentaient, d'autres, appartenant souvent au groupe des dépressions masquées, vont être beaucoup plus réticents à l'admettre. Tout le travail des généralistes, va alors consister à expliquer, à convaincre, à dédramatiser.

C'est une espèce de honte. Ce sentiment est encore bien présent. Ils veulent repousser l'échéance du diagnostic pour l'admettre. Ça reste un sujet tabou. Il y a surtout une crainte autour du traitement☐ça touche le cerveau, ça va me rendre dépendant à vie. Ils me disent qu'ils ne sont pas fous. (6)

Faire accepter le traitement et ses contraintes

Une autre étape toute aussi délicate, qui va alors se présenter au médecin, va être de faire accepter le traitement.

La réussite du traitement, c'est quand on arrive à impliquer le patient dans la démarche thérapeutique. (47)

Si on veut une relation de confiance, il faut lui expliquer pourquoi il est comme ça, et comment il va s'en sortir. Et comment après il pourra se passer du traitement.

Les gens ont très peur, du médicament, de la dépendance... Dans ce cas, j'explique le coup du vélo et des petites roues et ça marche tout seul. (47)

En effet, les patients acceptent volontiers les anxiolytiques et les somnifères, traitements symptomatiques, alors qu'ils sont très réticents à prendre des

antidépresseurs, traitement de fond de la maladie. Ceci peut sembler paradoxal puisque, aux dires des médecins, les anxiolytiques entraînent plus de dépendances que les antidépresseurs, mais, ils ont une connotation psychiatrique moins forte pour les patients.

J'essaie d'instaurer un traitement antidépresseur. ...Surtout je leur dis qu'il n'y a pas d'accoutumance, de dépendance contrairement aux anxiolytiques qu'ils ont eu pendant 1 semaine. ...Ils ne veulent pas prendre les antidépresseurs, alors que les calmants, ils veulent bien les prendre. Alors qu'ils sont plus dangereux que les antidépresseurs. (26)

Lorsque la notion de traitement est acceptée, une autre difficulté va être de faire accepter la durée du traitement. Premièrement, les bénéfices attendus du traitement par antidépresseurs n'apparaissent pas avant dix à quinze jours, phase pendant laquelle, les effets secondaires et le risque suicidaire créé par la levée de l'inhibition psychomotrice sont les plus forts. Il faut donc convaincre les patients de ne pas arrêter le traitement malgré ces effets indésirables passagers. La deuxième difficulté énoncée par tous les médecins va être de convaincre le patient de poursuivre le traitement au moins six mois alors qu'il se sentent souvent beaucoup mieux, dès les premiers temps du traitement. En effet, les généralistes signalent que l'arrêt prématuré, entraîne des rechutes précoces.

Il faut dire aussi que souvent ils veulent arrêter trop tôt leurs médicaments. Les conséquences d'un arrêt trop brutal c'est le syndrome de sevrage qui donne des effets somatiques très désagréables.(5)

Pour toutes ces raisons, les médecins insistent sur la nécessité de créer une véritable alliance thérapeutique entre eux et le patient avant de mettre en route ce type de traitement.

Pour les patients, ce qu'il faut, c'est qu'ils sortent de chez moi en ayant pris conscience que leur traitement, il faut qu'ils le prennent qu'ils le prennent pendant longtemps et que ça ne va pas agir au bout de 2 jours. Ce qu'il ne faut pas, c'est qu'ils sortent de chez moi en disant « je ne suis pas bien, je vais le prendre et qu'au bout du 2^{ème} cachet « ça ne fait rien, je l'arrête et. (27)

Il y a quand même pour moi, quelle que soit l'information du patient, c'est à moi de faire passer cette notion de longueur de traitement, et d'attendre les effets. (27)

Afin de favoriser cette alliance thérapeutique, le rôle de la pédagogie est décrit comme tout à fait fondamental pour emporter l'adhésion du patient à son traitement. Le but de ce travail pédagogique est de démystifier si ce n'est de dédramatiser le mécanisme d'action des antidépresseurs. Pour ce faire, les médecins généralistes emploient des images évocatrices des médiateurs sérotonénergiques qui assurent la transmission entre deux neurones comme le ferait un camion de transport. Une autre image fréquemment utilisée est celle de la béquille qui permet à un membre cassé de se consolider sans paralyser totalement l'accidenté. Cette imagerie rend moins mystérieux le fonctionnement du cerveau et améliore les chances d'observance de la part du patient.

Les gens ont peur des antidépresseurs. Je leur explique que s'ils se cassaient la jambe, pour se déplacer ils auraient besoin de béquilles. Pour moi l'antidépresseur c'est la béquille. Et une fois qu'on enlève le plâtre, on laisse tomber les béquilles et tout va bien. (44)

j'utilise souvent la notion en disant «Vous avez des molécules grises dans votre cerveau, il faut qu'elles redeviennent des molécules colorées, il n'y a que les médicaments qui permettent d'obtenir ces résultats». (48)

Soigner par la relation

Ainsi, tous les médecins s'accordent pour dire que les patients dépressifs ont besoin d'être rassurés, soutenus, stimulés, conseillés et que cela fait partie de la prise en charge.

C'est important qu'elle adhère, on ne peut pas donner un traitement, en général quel qu'il soit, et là encore plus qu'ailleurs, sans l'adhésion du patient. Il faut l'informer des effets secondaires, le fait que ce sera long, à partir de combien de temps le cachet fera de l'effet, ainsi de suite, afin qu'il

puisse suivre l'évolution de leur maladie, et qu'il puisse savoir que le médecin qui s'occupe d'eux a la situation en main. (37)

Afin de construire cette relation, plusieurs stratégies ont pu être relevées qui dépendent de la personnalité et du style propre de chaque médecin. C'est ainsi que certains vont essayer d'expliquer la maladie par l'utilisation de mots et d'images simples qui vont à la fois dédramatiser, rassurer le patient. L'exemple qui revient le plus souvent est celui de la «Béquille» pour illustrer l'effet et le rôle du traitement. D'autres insistent sur la qualité de l'écoute et de la disponibilité. La mise en scène du cabinet est étudiée, chez certains, pour contribuer à mettre à l'aise le patient.

Très souvent, les gens, quand ils commencent à expliquer leur malaise, les gens pleurent. Moi, ma réaction, je vais venir à côté de vous pour voir ce qui se passe. (28)

si je tombe sur un basque, un mec qui ne comprend pas, je lui expliquerai qu'il est en face d'un obstacle, qu'il est tombé, qu'il faut qu'il remonte et qu'il doit utiliser un moyen pour y arriver, que tout seul il aura du mal. Il va devoir donc utiliser une échelle ou une perche pour passer l'obstacle. À un scientifique, je pourrais expliquer qu'effectivement il y a une action au niveau chimique, qu'il a une baisse au niveau des centres neuronaux, avec une baisse de la sérotonine et qu'il faut donc stimuler ce centre de l'humeur pour prendre du recul et de mieux voir la situation et il pourra relancer son centre de sérotonine. (Le discours va être adapté suivant les gens). (47)

Néanmoins, il ressort des entretiens que cette relation qui ne peut pas être qualifiée de véritable psychothérapie, résulte non pas d'une formation spécifique mais d'un savoir faire et d'un savoir être empiriques. Rares sont les médecins formés de manière universitaire ou ayant fait une démarche volontaire de formation à la psychothérapie. Ils sont tout à fait conscients de la limite d'une telle approche et savent «Passer la main» lorsqu'ils jugent cette approche humaine insuffisante et s'aider de l'apport des antidépresseurs.

ce qui est du domaine du généraliste, c'est simplement écouter avec un papier ce qu'arrivent à dire les gens ce qui n'est pas une vraie psychothérapie au sens thérapeutique. (17)

C.2.2. Une prescription très prudente des antidépresseurs

Si les statistiques pointent une surconsommation d'antidépresseurs, les médecins ont cependant le sentiment de prescrire ces médicaments qu'en cas de nécessité. Il ressort de nombreux entretiens une impression de prudence sinon de réticence à prescrire des antidépresseurs de la part des médecins.

En effet, à part un cas où le médecin se sert de la prescription à des fins stratégiques de diagnostic, la grande majorité des médecins ne prescrivent des antidépresseurs qu'après avoir jugé cette prescription nécessaire et après s'être assuré de l'adhésion de principe du patient.

Les médecins assurent un suivi rapproché lors des débuts du traitement en proposant une deuxième consultation au bout de 8 à 15 jours. Ils encadrent cette période critique de la prescription d'un anxiolytique pendant les 15 premiers jours de traitement afin de prévenir le risque de « passage à l'acte » suicidaire. D'autres informent le patient de leur disponibilité 24 h sur 24 en cas de besoin.

Jamais d'antidépresseur à la première consultation. Si je suis dans une difficulté de diagnostic de surestimer la plainte dans le cadre d'un diagnostic de dépression, je ne vais jamais démarrer un traitement antidépresseur. Je n'aime pas et ce que j'essaie d'éviter c'est que quelqu'un qui a un antidépresseur et qui arrête au bout de quinze jours en disant « je suis guéri. A mon avis c'est qu'il n'était pas dépressif. Donc, pour éviter ça, il ne faut pas le donner d'emblée, mais plutôt ce que j'ai dits tout à l'heure, faire accepter à la personne que « un, elle est dépressive, deux, qu'elle a besoin d'un traitement. Et, quand elle a accepté l'idée qu'il faut qu'elle soit traitée, il faut lui faire comprendre que « un, c'est d'une durée minimale d'au moins six mois, deux, qu'elle ne peut rien en attendre, de son traitement, avant dix jours et donc lui redonner un rendez-vous dans une dizaine ou quinze jours. (17)

Donc, ce n'est pas tant la présence d'effets secondaires ou de la dangerosité du traitement qui posent problème aux généralistes que l'assurance que le traitement va être correctement suivi et mené jusqu'au bout malgré les écueils prévisibles.

Malgré cette réticence apparente, Les généralistes interrogés considèrent qu'ils ont à leur portée une pharmacopée confortable et performante pour traiter leur patient. Cette situation représente une nette amélioration par rapport aux anciens antidépresseurs, qui étaient difficiles à manier avec des effets secondaires très gênants.

C.2.3. La révolution des IRS

Il existe un consensus général pour la prescription des IRS¹ en première intention. L'apparition de cette classe thérapeutique, en 1988, a révolutionné la pratique des généralistes dans le traitement de la dépression. En effet, pour une efficacité presque similaire à celle des anciens antidépresseurs appelés imipraminiques ou tricycliques, leur meilleure tolérance générale entraîne une meilleure acceptabilité des patients vis-à-vis de traitements qui s'avèrent souvent longs. Rapidement, une deuxième classe un peu différente mais aux effets comparables est apparue : les IRSNA².

...je vous dirais que la classe la plus fréquemment prescrite dans le cas de dépression, c'est les Sérotoninergiques : c'est la dénomination des mécanismes du produit neurotransmetteur qui est impliqué, donc, Sérotoninergique, c'est la fameuse classe de Prozac, qui ont pour moi été une révolution, très critiqué, n'empêche que dans notre pratique courante, ç'a été vraiment une révolution dans la prise en charge de la dépression, nous permettant de prendre en charge des gens de façon ambulatoire qui peuvent continuer à avoir une vie à peu près normale. (10)

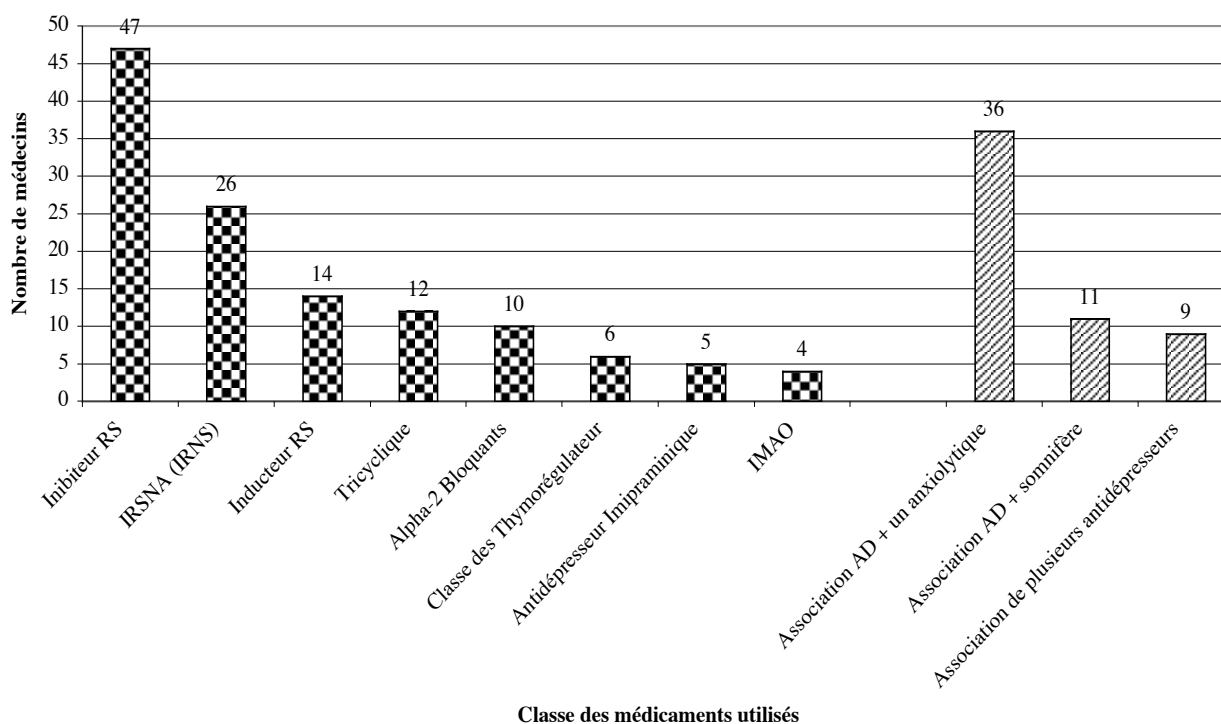
97% des médecins interrogés utilisent les IRS dont le Prozac est le chef de file. Le deuxième médicament le plus cité est l'Effexor de la classe des IRSNA en raison de son indication également dans le traitement de l'anxiété

¹ Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

² Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

généralisée depuis avril 2000¹. Néanmoins, nous constatons que les autres groupes d'antidépresseurs ne sont pas abandonnés.

Pratique médicamenteuse des médecins généralistes



Classement pharmacothérapeutique des médicaments antidépresseurs	Exemple de médicaments cités par les médecins (<i>en italique, nom de médicaments de la même classe pas cité lors des entretiens</i>)
Inducteur de la Recapture de la Sérotonine☐	Stablon
Antidépresseurs Imipraminiques☐	Anafranil, Défanyl, Laroxyl, <i>Ludiomil, Pertofran, Prothiaden, Quitaxon, Surmontil, Tofranil</i>
Inibiteur de la Recapture de la Sérotonine (IRS)☐	Séropram, Prozac, Deroxat, Zoloft, <i>Floxyfral</i>
IRSNA☐	Ixel, Effexor
IMAO☐	<i>Marsilid, Humoryl, Moclamine</i>
Alpha – 2 Bloquants☐	Athymil, Norset

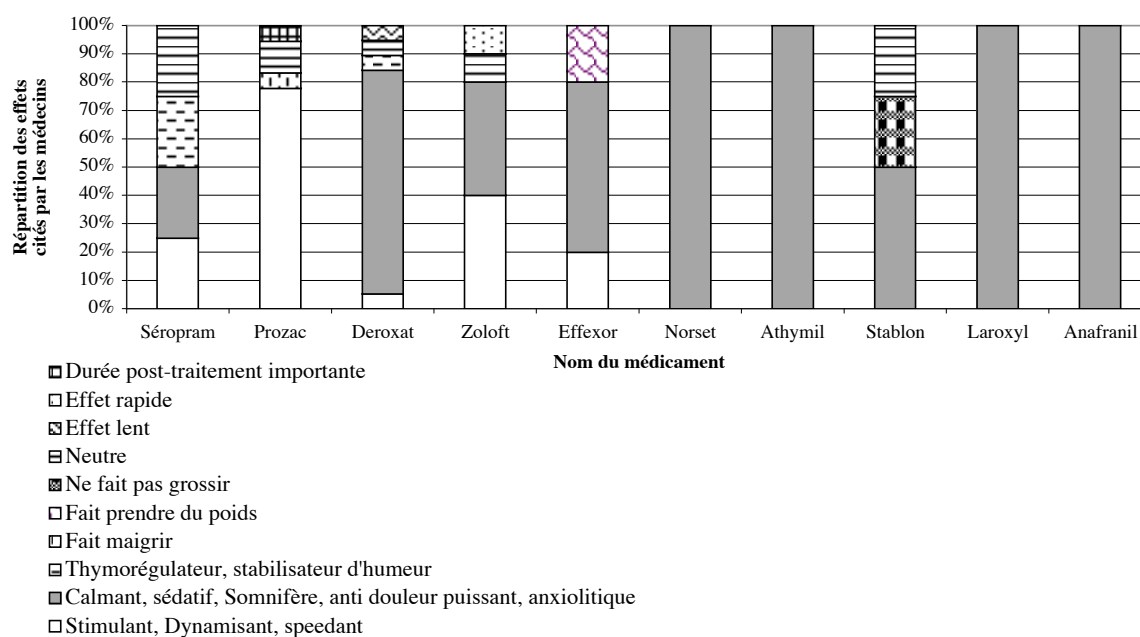
¹ Rapport du groupe de projet sur les nouveaux antidépresseurs, URCAM de Poitou-Charentes, août 2001

C.2.4. Une prescription orientée par les effets collatéraux des antidépresseurs

Les généralistes choisissent les antidépresseurs selon deux critères principaux : la faiblesse des effets secondaires, ce qui les oriente davantage vers la classe des IRS et la présence d'effets collatéraux favorables aux patients. Seuls cinq médecins disent que tous les IRS sont équivalents et les prescrivent alors de manière indifférente ou bien lorsqu'ils ont eu un bon résultat dans un tableau similaire.

Le Prozac est plus dynamisant parce qu'il a une part amphétaminique, il donne la pêche, le problème c'est le sevrage. Les autres sont plus régulateurs de l'humeur. Le Prozac fait perdre du poids. Si jamais vous avez quelqu'un qui est déjà comme ça (elle montre son petit doigt) et que en plus perd du poids, c'est pas bon. Effexor, j'ai remarqué que les gens prenaient du poids. Si vous avez des gens qui n'ont plus d'appétit, Effexor est intéressant. Seropram, je l'utilise pas mal chez les personnes âgées. Celui-là n'est pas dynamisant. Je mets le Prozac d'un côté et les autres de l'autre. Les autres sont plus anxiolytiques, plus doux, moins speedant que le Prozac. (44)

Les effets / médicament



Le graphique ci-dessus a pour objectif de donner une vision générale des effets collatéraux des médicaments antidépresseurs appréciés d'après l'expérience des médecins. Nous remarquons que les médecins attribuent un effet majoritairement calmant (surface grise foncée) à 7 médicaments sur 10. En revanche, 2 parmi les 3 restants (Séropram et Zoloft) sont considérés comme ayant des propriétés calmantes et stimulantes à parts égales et que le Prozac, est à l'unanimité considéré comme uniquement stimulant (surface blanche).

Cette différence d'appréciation des effets collatéraux tient à deux phénomènes. Premièrement, cette appréciation se base sur une appréciation expérimentale et subjective de ces effets sur leurs patients. Deuxièmement, elle dépend de ce qu'ils ont retenu des informations délivrées par les laboratoires pharmaceutiques au sujet de ces effets collatéraux qui font partie des arguments marketing de ces médicaments.

J'essaie, et ce n'est pas évident, c'est avec l'expérience, de repérer ceux qui sont neutres, plus sédatifs, plus stimulants, les uns par rapport aux autres, j'essaie de me faire une idée, on n'a pas vraiment d'échelle de comparaison.
(30)

C.2.5. L'arrêt de travail

En premier lieu, l'arrêt de travail est prescrit pour laisser apparaître l'efficacité du traitement antidépresseur et laisser passer les effets secondaires qui apparaissent surtout dans les dix premiers jours du traitement.

Les premiers jours, on le met en arrêt de travail pour voir l'effet du médicament sur le patient, comment ça se passe. En général, on est en pleine crise aiguë, 8 à 10 jours, ça met 10 jours à peu près à agir. (37)

L'arrêt de travail est très largement prescrit pour répondre à la fatigue chronique dont souffrent la majorité des patients atteints par la dépression.

Pour quelle raison prescrivez-vous un arrêt de travail?

Parce que, la plupart des gens que je vois ici sont des gens qui sont en épuisement. Ils n'arrivent plus à bien tenir leur rôle au travail, ils sont au bord des larmes, ils souffrent un maximum. (21)

Pour le patient, cette « pause » médicalement prescrite a un rôle signifiant de maîtrise de sa pathologie par le médecin et de reconnaissance sociale d'un état limite entre maladie et mal de vivre. Parfois l'arrêt de travail entre dans le cadre d'une mise à distance d'un conflit à l'origine de cet état dépressif.

Leurs problèmes peuvent être liés au harcèlement au travail, c'est souvent les jeunes, votre supérieur qui tient un discours dégradant, négatif, qui, au bout d'un moment, si on est pas assez solide, vous fait craquer comme du travail il n'y en a pas partout, c'est difficile à dire je m'en vais. (39)

Parallèlement, d'autres médecins insistent sur le fait que ces « prises entre parenthèses » peuvent avoir un effet négatif par l'aggravation de l'isolement du patient.

Dans tous les cas, le discours récurant sur la société qui est responsable des dépressions, cache la préoccupation des médecins au sujet de l'intégration sociale du patient qui est à la fois une des clefs de la guérison et son enjeu principal, guérir, c'est réintégrer le patient dans la vie socio-professionnelle.

C.3. Le recours au spécialiste

Tous les médecins s'accordent sur le fait que la prise en charge des patients dépressifs ne peut parfois se faire sans le recours à des spécialistes ou à des structures spécialisées. C'est ainsi que l'intervention du psychiatre va être sollicitée lorsque la relation médecin / patient telle que nous l'avons vue plus haut ne peut pas s'instaurer ou lorsqu'il y a perte du sentiment de maîtrise du malade ou de la maladie.

C.3.1. Des spécialistes nécessaires et parfois incontournables

Le recours au spécialiste est unanimement sollicité par les généralistes lorsqu'ils estiment que le risque de passage à l'acte suicidaire est important. De même la présence de signes de gravité ou d'éléments psychotiques ne permettant pas d'instaurer une relation « banale » est une limite à leur prise en charge clairement établie dès la première consultation.

Dès qu'il faut commencer à placer les gens, parce qu'ils sont des éléments un petit peu excités ou qu'il y a risque de passage à l'acte, ou des trucs comme ça, cela ne fait plus partie de mes compétences. Il faut savoir passer la main. (30)

Il apparaît clairement au cours de nombreux entretiens que l'activité des généralistes face au problème de la dépression est structurée par l'évaluation de la capacité du patient à se prendre en charge avec l'aide de son médecin. Si le trouble est trop profond ou si l'entourage fait défaut, le choix du placement va être fait afin de protéger le patient d'un trouble qui le rend inaccessible à une approche thérapeutique simple.

Ainsi, si certains avouent, plus volontiers que d'autres, être attirés par ce type de prise en charge, le sentiment qui se dégage des entretiens est une parfaite connaissance des limites de leurs capacités.

Des dépressifs qui n'ont pas vraiment de causes évidentes à être dépressif, ça peut cacher une pathologie plus grave. C'est pour ça qu'il ne faut pas jouer avec. Il vaut mieux le confier à un spécialiste que d'essayer de bricoler nous alors que l'on n'est pas spécialisé. (11)

Une autre situation induit un recours sans ambiguïté au psychiatre, c'est l'échec du traitement. La prise en charge des enfants et des adolescents est également unanimement déléguée à une structure spécialisée.

C.3.2. Des spécialistes peu accessibles

En dehors de ces situations, il arrive que le médecin soit amené à demander l'aide du spécialiste soit pour confirmer un diagnostic douteux soit pour réaliser une prise en charge psychothérapeutique.

Souvent dans ce dernier cas il faut convaincre les patients réticents à l'idée d'aller chez le psychiatre et tous comptes faits certains patients reviennent déçus par la prise en charge du psychiatre qui est décrite comme assez impersonnelle contrairement à celle du généraliste plus proche du milieu familial des patients..

C'est ainsi que le généraliste, par la volonté du patient et par le manque de disponibilité du psychiatre, va être amené à suivre des cas qu'il aurait peut-être souhaité déléguer ce qui va lui permettre de se rendre compte que son action peut être efficace et l'amener à prendre progressivement confiance en lui dans la prise en charge de cette pathologie.

Au début, il y a quelques années j'avais tendance à passer la main assez facilement. Maintenant j'essaie de les suivre, ...C'est vrai que je suis de plus en plus à l'aise là-dessus malgré que l'on ait très peu de formation. (35)

De plus, beaucoup insistent sur le manque de disponibilité du psychiatre qui écrit et communique peu avec le généraliste et sur la difficulté à obtenir un rendez-vous pour leur patient. Ainsi il ressort des entretiens une image d'inaccessibilité et d'éloignement entre généraliste et spécialiste sauf cas particulier de copinage.

Des fois on aimerait bien avoir recours aux services d'un psychiatre, mais ça devient quasiment impossible d'avoir une consultation en psychiatrie en moins de trois mois de délai donc on est obligé de se débrouiller tout seul. Donc à moins d'avoir des dépressions sévères avec des risques suicidaires où là on hospitalise des gens en psychiatrie, on est souvent amené à instaurer un traitement nous-mêmes en se basant sur son propre diagnostic. (23)

Il est rare dans les cas relatés que le patient émette lui-même la volonté d'une consultation spécialisée. En général ce sont les médecins eux-mêmes qui la suggèrent.

D. LES RECOMMANDATIONS

Ce chapitre a pour but de comprendre la perception et la connaissance qu'ont les médecins généralistes des recommandations concernant la dyslipidémie et la dépression.

Lors des entretiens, les informations recueillies sur ce sujet furent relativement succinctes. Nous avons, en effet, préféré interroger plus finement les médecins sur leur expérience concrète face à ces deux «pathologies» en évitant de les faire raisonner autour de leur savoir théorique. Par ailleurs, nous voulions éviter que les médecins se sentent contrôlés.

Le résultat des entretiens nous amène à constater que, selon la pathologie, la connaissance de la recommandation diffère. C'est ainsi que la totalité des médecins interrogés disent franchement connaître la recommandation sur la dyslipidémie alors que seulement 13 sur 49 disent, avec plus d'hésitations, connaître celle sur la dépression. Ces chiffres baissent de 20% lorsque nous leur précisons qu'il s'agit de celles de l'ANAES. Cette hésitation est le reflet d'un phénomène d'amalgame entre recommandations de l'ANAES, RMO, recommandations de l'OMS et autres documents de bonne pratique. Elle traduit la multiplicité des sources d'informations qui sont susceptibles d'influencer la pratique du médecin généraliste.

Lorsque nous avons interrogé les médecins sur ces deux recommandations, leur réponse a rapidement dévié vers les recommandations en général. Ils sont restés succincts en ce qui concerne celles spécifiques à la dyslipidémie et à la dépression.

D.1. Le rôle controversé des recommandations

L'idée qui ressort des entretiens est que les médecins généralistes, bien que ne les percevant pas de manière entièrement négative, n'exercent pas la médecine par référence aux recommandations, mais s'appuient sur ce qu'ils ont appris au cours de leurs études, de leur formation continue et de leur pratique.

Les recommandations, je les ai lues mais ça ne me sert pas. C'est quelque chose que je sais déjà. Ce n'est pas ma seule source d'info. C'est plutôt les ouvrages et ce que nous envoie la sécu. (4)

Seul un médecin dit explicitement que les recommandations sont pour lui une véritable référence. Ce généraliste, en fin de carrière, nous a confié que c'est avec le temps et l'expérience qu'il a compris que le contenu des recommandations n'était pas si décalé que ça de la réalité de sa pratique et qu'elles lui sont apparues, finalement, très utiles.

Elles sont formidables, c'est très très bien fait, et c'est très intéressant. Les publications de l'ANAES, sont très bien faites, elles sont justes, peut-être surprenantes pour les vieux, mais elles nous mettent en face de nos responsabilités.La médecine générale est un métier de solitaire. On est tout seul face aux malades. On pense que notre expérience est suffisante, et les gens nous répètent tellement qu'on les a sauvés d'une angine, qu'à la fin on les croit. ...Ce que l'on fait n'est pas toujours bon quoi, et que eux ils savent des choses. Je suis très orgueilleux mais je sais reconnaître totalement mes insuffisances. (29)

Par ailleurs, si l'opinion des généralistes sur les recommandations semble positive à première vue, cela reste une impression relativement superficielle. Les idées exprimées sont plus critiques lorsque l'on approfondit le thème. C'est ainsi que nous relevons à l'opposé de la première idée, deux cas extrêmes, représentés, là aussi, par peu de médecins.

Un dénonce le caractère bureaucratique de celles-ci alors que l'autre évoque sa méfiance à l'égard d'un risque de sanctions qu'il croit certain.

La première idée consiste à décrire les recommandations comme des documents écrits par des bureaucrates déconnectés de la réalité du terrain et du métier de généraliste.

Les recommandations, je ne préfère pas en parler. On n'est pas copain. Pourquoi ? Parce que, ceux sont des gens qui n'y connaissent rien. Et autant moi, je suis d'accord pour écouter les conseils d'un médecin qui a fait de la médecine pendant quarante ans, autant ça ne m'intéresse pas d'écouter les recommandations de gens qui n'ont jamais travaillé, qui sont dans un bureau et qui n'ont jamais vu un malade. (7)

La deuxième idée décrit les recommandations comme des outils de sanctions qui pourraient être utilisés au niveau pénal en cas de plainte d'un patient.

Si on suit les recommandations à la lettre, si les gens portent plainte, on est toujours condamné par le tribunal.

On n'est pas là pour soigner les gens au moins cher, on est là pour les soigner au mieux, c'est pas pareil ; donc il faut que l'on utilise toutes les données acquises de la science pour soigner les gens, et on nous reprochera toujours de ne pas avoir utilisé tous les moyens pour faire le diagnostic, vous comprenez ? Tendis que si vous suivez les recommandations de X ou de Y, ou de la caisse, ou des machins, on s'en sort pas. Moi je préfère avoir des ennuis avec la caisse d'assurance maladie qu'avec le tribunal, c'est clair. (7)

Le fait qu'un seul et unique médecin associe franchement les recommandations à l'idée de sanctions, nous montre, que dans leur très grande majorité, les généralistes ont bien intégré les changements au niveau du système de contrôle de la sécurité sociale basé sur les RMO, récemment abandonné¹ (1999) et effectivement source de sanctions, et les recommandations de l'ANAES.

¹ La décision du Conseil d'état du 14 avril 1999, par rapport à la convention des médecins généralistes de 1998, stipule qu'on ne peut plus sanctionner les généralistes pour non-respect des Recommandations Médicales Opposables mais que les RMO, en tant que recommandations applicables, persistent toujours. OGIEN, Albert, « La maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », Revue française des affaires sociales n°4, octobre 2001

Les cas que nous venons d'exposer restent cependant en marge du gros des médecins généralistes pour qui, leur réticence envers la recommandation est plus nuancée.

En effet, pour 10 généralistes interrogés, le fait que ces recommandations soient souvent révisées, semble jouer, paradoxalement, en leur défaveur. Leur réactualisation permanente, bien qu'étant le reflet d'une adaptation constante aux nouvelles connaissances, est mal perçue. Ces changements fréquents font de ces recommandations non pas des références stables, mais, simplement le reflet d'un état partiel des connaissances.

Les recommandations ? plus ou moins, j'ai dû connaître, oui. Ça change tellement que c'est pas évident de suivre. C'est en perpétuel changement. Une nouvelle devrait sortir sur la prise en charge des dyslipidémies justement. Ça évolue en permanence. Je pense qu'il faut se faire sa propre idée. (8-38)

De plus, 31 médecins sur 50 considèrent les données, que renferment les recommandations, comme n'étant plus d'actualité lorsqu'ils les reçoivent. Ils illustrent leur propos en les comparant aux résultats des études en cours ou récemment abouties que leur transmettent les laboratoires pharmaceutiques ou qu'ils lisent à travers les nombreuses autres publications qu'ils reçoivent.

Les recommandations ? ce que l'on fait aujourd'hui, dans cinq ans ce sera faux, 50% des choses seront déplacées parce qu'on apporte des précisions. Il y a tout le temps des études en cours. Quand on reçoit les études, les recommandations, le temps qu'on les apprenne, qu'on les intègre dans notre pratique, on trouve une étude qui dit le contraire. Les données sont interprétées en permanence en fonction des résultats de la recherche. (41)

Dans le même ordre d'idée, ces recommandations sont perçues comme un résumé des connaissances à un moment donné, avec ce que cela comporte de réducteur mais aussi de rigide. La médecine est vécue par les médecins comme une pratique beaucoup plus souple et pragmatique en raison de l'interaction humaine qu'elle comporte.

Ce qui m'agace c'est d'avoir un cadre figé. La médecine, enfin comme je l'ai apprise en tout cas, c'est pas un truc figé. Comme je vous l'ai dit déjà je crois

qu'il y a du feeling. La médecine c'est pas figé. ça m'agace un peu ce cadre figé, comme on dit consensus, où c'est la majorité qui dit ce qu'il faut faire. ça a un côté un peu agaçant mais ça correspond assez à la réalité. C'est vrai que ça a l'avantage de mettre les choses dans le cadre, qu'on ne fasse pas quand même n'importe quoi. (24)

Toutefois, les recommandations répondent à la curiosité, toujours en éveil des médecins en ce qui concerne leur pratique. Ceci est d'autant plus vérifié que, malgré les nombreux regroupements de médecins au sein d'un même cabinet¹, l'exercice de la médecine générale reste encore aujourd'hui une pratique solitaire.

Il est parfois intéressant de voir ce qui se fait ailleurs dans ce domaine. (16)

Pour appuyer cette idée, il est remarquable de constater que les généralistes nous ont consacré beaucoup de temps lors de nos entretiens (en moyenne 1,30 heure sur leur temps de travail). Ceci révèle bien leur forte curiosité devant une nouvelle approche de leur métier et leur désir de lire des études réalistes par rapport à leur pratique quotidienne et non plus toujours axées sur les médicaments et le «trop peu» ou le «pas assez» de leur pratique.

les revues médicales, je les lis peu, ça tourne toujours autour des médicaments, ça me gonfle. (45)

D.2. La recommandation sur la dyslipidémie

En dehors de ces généralités évoquées au chapitre précédent, nous avons pu noter des remarques plus spécifiques concernant le thème recommandation et dyslipidémie.

¹ Parmi les 50 médecins généralistes interrogés, 25 sont regroupés avec un ou plusieurs autres médecins au sein d'un même cabinet et 25 ont un mode d'exercice isolé. Les femmes 9 sur 14 sont associées et 5 sur 14 isolées. les hommes 16 sur 36 sont associés et 20 isolés.

Premièrement, il est important de rappeler que tous les médecins généralistes connaissent la recommandation sur la dyslipidémie.

De plus, une opinion partagée par les 50 médecins interrogés est que cette recommandation correspond à leur manière d'appréhender la prise en charge et le traitement de la dyslipidémie. Ils observent qu'il y a une bonne concordance entre ce qu'ils font et ce qui est préconisé par les recommandations. De ce fait, ils les jugent majoritairement, de manière positive.

C'est un des rares cas où je trouve que c'est bien. Pour d'autres pathologies, je ne suis pas d'accord, mais là, effectivement, on ne peut pas proposer un chiffre de cholestérol à ne pas dépasser pour une population totale comme c'était avant, donc on est obligé de détailler des pratiques suivant ... comme ce qui est fait dans les recommandations, suivant l'âge, le statut personnel de chaque personne et je trouve que ça cadre très bien l'exercice médical.

Un médecin renforce ce jugement positif en évoquant le rôle bénéfique de la recommandation qui a permis d'éviter les accidents survenus aux Etats-Unis.

À travers mes lectures, je vois ce qui se passe aux Etats-Unis, quand on a eu des problèmes il y a un produit qui a été retiré du marché, fait par Bayer, parce qu'il y a eu des problèmes cardiaques et musculaires aux Etats Unis. Mais parce qu'aux Etats Unis, on a associé ce produit avec un autre produit, le Lipur qu'on ne donne pas en France. Si, on le donne, mais séparément, on n'associe jamais ces deux-là. Dans le système français, dans nos livres dans les recommandations, ce qu'on appelle l'ANAES, on nous a jamais dit de faire ça, ça n'est pas une pratique qui se fait en France, sauf par précaution, il ne faut pas le faire. Et, suite à ce qu'a fait Bayer, ils ont complètement sorti le produit. Ça, c'est du marketing, parce qu'en fait, il n'est pas prouvé qu'un produit Statine comme tous les autres, va donner plus de problèmes qu'un autre. (28)

D.3. La recommandation sur la dépression

Parmi les 49 généralistes, 22 n'ont pas connaissance de l'existence d'une recommandation sur ce thème et ceci indépendamment de leur profil.

Non alors là je ne les connais pas. Je ne sais même pas s'il y en a. (24)

Parmi les 27, dont le discours nous laisse croire qu'ils en soupçonnent l'existence, 13 disent l'avoir lu un jour mais ne lui reconnaissent pas une légitimité suffisante qui pourrait les amener à la considérer comme une référence.

La recommandation n'est surtout pas une référence pour la dépression. Il n'y a pas une dépression, il y a des gens dépressifs. (26)

Cette légitimité est d'autant plus remise en question que les médecins mettent en avant le caractère non chiffrable de cette pathologie contrairement à des pathologies comme la dyslipidémie et insistent sur le fait qu'il y a surtout dans le cadre de la dépression, une grande différence entre la théorie des spécialistes et la pratique de la médecine générale. De plus, cette différence de pratique est d'autant plus accentuée que les ressources utilisées et la motivation du patient pour la consultation diffèrent.

C'est pas que j'en ai rien à faire, mais autant que ce soit pour la cardiologie, autant on peut avoir des recommandations, là, on peut me recommander tout ce qu'on veut, il y a tellement de feeling.... Même quand on a des réunions avec les psychiatres, des fois ça nous fait rigoler. Le psychiatre va parler d'une façon parce que c'est un psychiatre d'hôpital, parce qu'il a une théorie, mais dans la pratique ça ne va pas du tout. (27)

E. UNE CONNAISSANCE DES RECOMMANDATIONS - DES PRATIQUES CONFORMES

Ce qui ressort de cette étude est le contraste entre, une pratique et des objectifs relativement conformes aux recommandations, tant pour la dyslipidémie que pour la dépression, et une connaissance très inégale de l'existence des recommandations provenant de l'ANAES pour chacune de ces pathologies.

Dans les chapitres suivants, afin de comprendre ce contraste, nous ferons, dans un premier temps, l'inventaire des points forts et des écarts de pratique, pour les deux pathologies et par rapport aux deux recommandations spécifiques. Puis, après avoir expliqué en quoi la logique de la pratique rejoint celle des recommandations, nous essaierons de caractériser la connaissance des recommandations et de qualifier la pratique du médecin généraliste.

E.1. Points forts et écarts des pratiques par rapport aux recommandations

En ce qui concerne l'inventaire des points forts et des écarts de pratique, nous rappelons que notre volonté de départ ne fut pas de réaliser un audit de contrôle de la conformité des pratiques par rapport aux recommandations de l'ANAES, mais bien de recueillir des données empiriques sur la réalité de la pratique des généralistes. Les points forts et les écarts recueillis, par rapport à la conformité de leur pratique avec les recommandations, sont donc le fruit d'une analyse détaillée des entretiens. Les écarts concernent des différences

constatées entre la pratique du généraliste et les recommandations. Les points forts relevés sont, quant à eux, des éléments marquants qui contribuent à la conformité des pratiques avec les recommandations et à l'atteinte des objectifs.

E.1.1. Dyslipidémie □ points forts et écarts

En ce qui concerne la dyslipidémie, il est avéré que l'existence de la recommandation est connue.

Nous avons noté 3 points forts :

Les enjeux de cette prise en charge sont connus

Les médecins ont bien intégré l'idée que la prise en charge de la dyslipidémie est un acte de prévention de maladie coronaire et que cette notion de prévention s'appuie sur une stratégie plus large qui vise à agir sur d'autres facteurs de risque que les seules hypercholestérolémies. La totalité des généralistes est engagée dans cette démarche de prévention.

Les seuils d'interventions sont respectés

Les valeurs seuils du LDL-cholestérol, recommandées pour une intervention thérapeutique, selon le risque cardiovasculaire global d'un sujet, sont conformes à celles que l'on trouve dans la recommandation. Ceci est d'autant plus vrai que la recommandation précise que les seuils proposés ne constituent en aucune manière des bornes infranchissables.

La prescription d'un régime précède celle d'un traitement médicamenteux

Les généralistes prescrivent systématiquement des mesures diététiques avant l'instauration d'un traitement médicamenteux à l'aide des hypolipémiants pravastatine ou simvastatine.

Les 3 écarts relevés :

Les valeurs seuils sont observées une seule fois avant d'être prises en compte

L'ensemble des généralistes considère, dès la première mesure des taux sériques, que tous les résultats d'analyses sont fiables. La recommandation, quant à elle, préconise d'observer au moins deux fois le dépassement des valeurs seuils avant de le prendre en compte et ceci, compte tenu de la variabilité de la mesure du cholestérol chez un même individu.

Le traitement médicamenteux est prolongé même au-delà de 70 ans

Dans aucun entretien n'est évoquée l'éventualité d'arrêter un traitement en cours pour la raison de l'âge du patient. Pour la recommandation, il n'est pas justifié de prolonger un traitement médicamenteux après l'âge de 70 ans et ceci à cause de l'inexistence d'études spécifiques sur le sujet.

En première intention, la durée du régime est inférieure ou égale à 3 mois

42% des médecins interrogés prescrivent un régime, en première intention, d'une durée qui varie entre 1 et 3 mois. La recommandation précise qu'un traitement diététique doit toujours être proposé, en première intention, pendant 3 mois et poursuivi quelles que soient les autres modalités de traitement (ce qui implique une durée du régime supérieure ou égale à 3 mois).

E.1.2. Dépression et points forts et écarts

En ce qui concerne la dépression, nous pouvons affirmer que ce n'est pas tant la connaissance de la recommandation qui fait la conformité de la prise en charge, que la prise en charge d'un individu suivant des connaissances acquises au cours de la formation initiale, la formation continue et l'expérience.

Nous avons relevé 3 points forts :

Les médicaments recommandés sont prescrits

Les ISRS et les ISRSNA sont les deux antidépresseurs les plus prescrits par les généralistes (46 sur 49 prescrivent des ISRS □ 26 sur 49 prescrivent des ISRSNA). Les médecins font leur choix, conformément à la recommandation, en fonction de leurs effets latéraux, des contre-indications et interactions médicamenteuses.

La relation médecin – malade est utilisée comme un véritable outil thérapeutique

Les médecins considèrent la relation, qu'ils entretiennent avec leur patient, comme primordiale. Elle est complémentaire du traitement médicamenteux.

La dépression est évoquée par la présence d'au moins quatre symptômes

58% des médecins diagnostiquent une dépression à partir d'au moins quatre symptômes. Parmi ces quatre symptômes deux sont nécessaires pour évoquer un épisode dépressif □ caractérisé : l'humeur dépressive et la diminution marquée de l'intérêt. Les deux autres viennent confirmer le diagnostic conformément à la recommandation.

Les 2 écarts relevés □

La mise en œuvre de psychothérapies malgré le manque de formation spécifique du thérapeute

Les généralistes sont amenés, souvent en dernier recours, à traiter le patient en psychothérapie même si cet acte requiert une formation spéciale. Pour la recommandation, la psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute en référence à un modèle théorique.

La non prise en compte du critère de durée des symptômes

Le critère de durée des symptômes est pris en compte par uniquement 35% des généralistes. Pour la recommandation, qui s'appuie notamment sur la 10^{ème} classification internationale des maladies (CIM-10), l'épisode dépressif est défini par la sévérité d'un nombre minimum de symptômes, mais aussi par la durée dans le temps de ces symptômes.

E.1.3. Des écarts ne remettant pas en cause la logique des recommandations ni les objectifs des généralistes

Il est important de signaler que les écarts relevés ne sont pas de nature à perturber les processus de soin dont les logiques de mise en oeuvre rejoignent celles des recommandations. Ces écarts ne sont pas non plus de nature à mettre en danger le patient.

Pour être plus précis, l'objectif de la pratique du médecin généraliste s'appuie, comme nous l'avons vu, sur un souci d'efficacité, c'est-à-dire, en l'occurrence, abaisser les taux de cholestérol de manière à éviter la survenue d'accident cardiovasculaire et faire en sorte, en ce qui concerne la dépression, que le patient soit «opérationnel» et qu'il ne se supprime pas. Ce souci d'efficacité est mis en balance avec la difficulté à suivre un régime et un traitement, sur le long terme, pour la dyslipidémie et par le souci de traiter correctement, c'est-à-dire, d'améliorer l'observance du traitement pour la dépression. Ces préoccupations sont reprises par les recommandations qui décrivent en même temps le minimum requis pour la bonne pratique. Ainsi, la logique de la recommandation sur la dyslipidémie s'appuie sur une méthode simple d'évaluation du risque en fonction de taux mesurés afin de choisir la thérapie adaptée. La logique de la recommandation sur la dépression, quant à elle, s'appuie sur une synthèse des deux courants scientifiques qui ont abouti

à l'élaboration des classifications CIM-10 et DSM-IV et qui ont été présentées par ailleurs aux médecins généralistes.

Ainsi, les recommandations, avec leur logique de synthèse, vont tout à fait dans le sens des objectifs des généralistes dont la pratique n'échappe pas aux dictats actuels d'efficacité, de rapidité et de rentabilité.

E.2. La connaissance des recommandations utiles

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que les recommandations ne jouissent pas du même niveau de connaissance en fonction du médecin interrogé et ceci, indépendamment du sexe, de l'âge ou du lieu d'exercice. Nous avons pu constater que :

Les processus de diagnostic et de traitement expliqués par les recommandations sont, dans leurs grandes lignes, connus et mis en œuvre conformément aux règles de l'art.

Les généralistes distinguent mal l'origine ANAES des recommandations et ont tendance à les confondre avec celles issues d'autres organismes.

100% des généralistes connaissent l'existence de la recommandation sur la dyslipidémie alors que seulement 27% d'entre eux disent connaître celle qui concerne la dépression.

Ces différences observées pourraient faire croire que les médecins ont eu connaissance d'une recommandation et pas de l'autre. Or, cette hypothèse est fausse puisqu'aucun médecin ne signale le fait d'avoir eu accès à une recommandation plus qu'à une autre. En réalité, en analysant scrupuleusement les entretiens, nous observons que la différence relève du

degré d'utilité et d'applicabilité de la recommandation pour la pratique du médecin. En persistant dans ce raisonnement, c'est la nature des données concernant une pathologie qui détermine le degré d'applicabilité de la recommandation la concernant. En effet, certaines pathologies relèvent d'une approche quantifiable et mesurable. C'est le cas de la dyslipidémie dont la nature se prête bien à une recommandation codifiée s'appuyant sur des taux et la présence ou l'absence de facteurs de risque facilement identifiables. À partir de ces taux et de ces facteurs, la recommandation de l'ANAES propose un arbre décisionnel, facilement applicable. Ce véritable outil de travail est retranscrit sur des outils quotidiennement manipulés tels que les matrices d'aide à la décision qui se trouvent sur tous les rapports d'analyses biologiques actuels des laboratoires ainsi que sur des réglettes décisionnelles fournies par les laboratoires pharmaceutiques. De plus, nous retrouvons très souvent ce tableau dans la littérature spécialisée clairement intitulé «Recommandation de l'ANAES pour le dépistage d'une dyslipidémie»¹.

En revanche la recommandation sur la dépression, même si elle essaie d'apporter des repères dans la pratique, ne simplifie pas de manière significative la pratique concernant cette pathologie. La dépression est en effet un type de pathologie dans laquelle l'aspect relationnel et subjectif est important et cela la rend moins facilement accessible à des codes. C'est pourquoi, il est difficile de quantifier de manière objective un trouble de l'humeur et une inhibition relationnelle ce qui rend la tentative de rationalisation par la recommandation moins adaptée à la pratique réelle. De plus, la complexité des symptômes de la dépression et l'absence de données quantifiables ou mesurables font que la recommandation n'est pas directement utilisable et applicable de manière aussi simple. C'est ainsi que

¹ «Dyslipidémies de la statistique à la clinique», CARDINALE (revue de cardiologie), Collection interdisciplinaire n°2, octobre 2002.

nous avons pu constater que les recommandations pour la dépression ne constituent pas un outil significatif d'aide à leur pratique. De plus, elles n'apportent pas une simplification significative par rapport au reste de la littérature sur cette pathologie. La littérature spécialisée n'y fait pas directement allusion□elle-même prend référence sur d'autres études□CIM-10 et DSM-I.

Autrement dit, dans le cas de la dyslipidémie, la recommandation apporte quelque chose de neuf, de simple et de suffisant pour la pratique quotidienne du médecin généraliste alors que l'application de la recommandation sur la dépression nécessite beaucoup plus de connaissances préalables pour être applicable. Elle ne constitue pas un document se suffisant à lui-même et n'est donc pas mémorisée et prise en compte par les médecins généralistes.

De cette observation, nous déduisons que la connaissance de la recommandation est directement liée à la reconnaissance de son utilité dans la pratique quotidienne du médecin.

Se pose alors la question du statut des recommandations pour le généraliste. Nous avons vu que le degré de connaissance et de reconnaissance des recommandations par le médecin généraliste était fonction du degré d'utilité de celles-ci dans leur pratique quotidienne. La recommandation n'est donc réellement considérée que lorsqu'elle constitue un outil d'aide à la pratique quotidienne et non pas comme une référence normative à laquelle il faudrait se référer. Les références dont se sert le médecin sont issues de sa formation continue au sens large et de l'expérience dont se nourrit sa pratique. La recommandation apparaît ainsi parfois comme un rabachage de connaissances qu'ils ont déjà acquises par ailleurs.

Ce n'est donc pas, d'une éventuelle non connaissance de la recommandation, que naissent les points forts et les écarts observés mais bien de la pratique en elle-même et de ces divers ajustements aux différents contextes et patients.

E.3. L'ajustement de la pratique à différentes influences

Afin de prendre en charge les différents cas de figures de patients qui se présentent à lui, le généraliste va adapter sa pratique, en la modulant ou en la transformant plus ou moins, tout en s'efforçant de suivre ce que lui dictent ses connaissances et d'atteindre les objectifs de soins vus avec son patient. Nous montrons que ces variations de pratique sont influencées par trois facteurs : la capacité d'agir du médecin face à une pathologie, le souci de prudence et la relation patient / médecin.

Pratiquer en fonction de sa capacité d'agir

La grande implication du médecin généraliste dans la dyslipidémie et le peu de délégation dont elle fait l'objet s'explique par son accessibilité totale et sa parfaite adéquation avec la pratique de la médecine générale¹. Le sentiment plus mitigé ou ambivalent qui se dégage des entretiens vis-à-vis de la dépression tient justement au fait que cette pathologie n'est pas toujours gérable par le médecin généraliste seul. Une « petite dépression », c'est parfaitement accessible aux généralistes, grâce notamment aux nouveaux antidépresseurs² et à un peu de psychothérapie empirique. Le traitement de ces petites dépressions se rapprochera de celui des grandes par un phénomène

¹ Dr DORRA, A, « Hyperlipidémies : les prescriptions des généralistes passées au crible », Panorama du médecin du 11 octobre 2001

² « Rapport du groupe de projet sur les nouveaux antidépresseurs », Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Août 2001

d'extrapolation logique □ « Je peux le faire, donc je le fais □. Toutes les autres dépressions plus graves ou plus complexes font l'objet d'une délégation presque complète et entraînent donc ce phénomène de désinvestissement partiel qui ressort d'une partie des entretiens.

La prudence dicte la pratique

De l'étude que nous venons de réaliser se dégage l'idée que la pratique du généraliste est dictée par un objectif d'efficacité plus qu'un souhait de conformité à une théorie préfabriquée. En plus de ce souci d'efficacité, nous trouvons également un souci de prudence. Du primat de ces deux paramètres découlent les extrapolations que nous avons décrites par rapport à la conformité des bonnes pratiques dictées par les recommandations. Par exemple, le médicament sera prescrit pour suppléer le régime que le médecin sait ne pas être suivi. De plus il traitera en dehors des normes d'âges préétablies dans un souci de prévention élargie de la maladie coronaire. En ce qui concerne le domaine de la dépression, l'antidépresseur sera prescrit même si la dépression n'est pas sévère dans le souci d'éviter que cette simple déprime ne glisse vers une dépression réellement invalidante.

Dans tous ces cas, contrairement à l'étude sur l'asthme, le médicament n'est pas utilisé comme moyen de diagnostic ou de contrôle de l'observance mais plutôt dans un but de précaution par extrapolation de son efficacité. Les médecins savent qu'il serait parfois adapté de prescrire un régime, mais, en pratique, si celui-ci n'est pas suivi, celui-ci ne sert à rien. De même, être un peu déprimé sans être vraiment dépressif au sens des recommandations, peut ne pas justifier théoriquement un médicament, mais, vu les performances demandées actuellement aux individus tant au niveau personnel que

professionnel, ceux-ci, ont tout intérêt d'être en pleine possession de leurs moyens.

Une pratique construite autour de la relation patient / médecin

Notre analyse des relations, entre patients et médecins, rejoint celle de l'étude sur l'asthme et sur le dépistage du cancer du sein.

Ainsi, il ne faut pas voir cette relation uniquement comme une relation économique qui cantonnerait le médecin généraliste à un rôle de prestataire de service dont les objectifs seraient de satisfaire son «client». Nous avons vu tout au long de cette étude que cette vision économique est largement supplantée par l'idée qu'il faille développer une véritable synergie entre le médecin et son patient afin que les objectifs de prévention de maladie coronaire ou de soin de la dépression soient atteints. Pour ce faire, le médecin ne fait pas que résister ou céder aux demandes de son patient. Il est aussi engagé dans une démarche de dépistage et de suivi du traitement préalablement prescrit, qui demande un investissement non négligeable de la part de son patient. Nous avons pu remarquer que le patient, loin d'être une simple contrainte pour le médecin, participe grandement, et de manière constructive, au processus de soins engagé par le médecin. La synergie ainsi engagée entre le médecin et son patient est de plus unique et fondamentalement nécessaire pour le bon déroulement du processus de soin. Elle est d'autant plus active que la liberté des acteurs de se choisir mutuellement est prégnante. C'est ainsi que le patient est libre de choisir le médecin qu'il veut et d'en changer autant de fois qu'il le souhaite. De même, le médecin, en dépit du serment d'hypocrate qui l'oblige à soigner tout malade qui se présente à lui, peut éviter de prendre en charge un patient en le dirigeant chez un autre confrère ou un spécialiste par exemple. Inversement, côté médecin, l'aspect économique de la relation peut le contraindre à trouver

des astuces pour conserver son patient □ consultations rapprochées, bilans sanguins de contrôle fréquents. Il crée ainsi une situation de dépendance mais aussi le moyen de vérifier la tolérance du patient aux médicaments ainsi que la bonne observance. Tout l'enjeu consistera alors à créer une situation de dépendance tout en gardant cette synergie indispensable à la réussite thérapeutique.

Notre devoir a aussi mis en évidence que la relation patient / médecin ne se cantonne pas à ce lien plus ou moins affectif ou calculé que nous venons de décrire, mais s'apparente aussi à une relation « pédagogique » qui s'exprime par la traduction de manière imagée des pathologies et des méthodes thérapeutiques par le médecin. Certains n'hésitant pas à s'aider de supports photographiques ou à réaliser des dessins directement sur l'ordonnance.

C'est ainsi que les médecins traduisent les données médicales en langage compréhensible pour le patient en parlant par exemple de tuyaux bouchés qui risque de rompre en parlant de la dyslipidémie, et utilisent l'image de la béquille dans le cas de la dépression.

F. CONCLUSION

Tout au long de cette étude, nous avons montré qu'effectivement, conformément aux résultats de l'étude sur l'asthme et le dépistage du cancer du sein, les recommandations de l'ANAES, sont une information parmi beaucoup d'autres et que les contraintes inhérentes à la pratique expliquent les écarts observés. Cependant, et contrairement à l'étude précédente, nous ne prétendons pas proposer des solutions afin de réduire ces écarts. En effet, nous avons montré largement, que les écarts observés ne relèvent pas de non-conformités suffisamment importantes pour gêner l'atteinte des objectifs de prévention ou de soin escomptés. Par ailleurs, au regard des entretiens, les médecins, en ce qui concerne notamment la dyslipidémie, auraient tendance à agir davantage en suivant les résultats des études les plus récentes. Et, en ce qui concerne la dépression, les résultats obtenus par les médecins sont suffisamment probants pour les conforter dans leur pratique.

G. ANNEXES

G.1. ANNEXE 1 Tableau des entretiens

N°	Homme	Femme	Ville	Campagne	Age (< 35)	Age (> 35)	Groupé	Isolé	Vacation hospit et autres	Université	Année de thèse
1		1	1		32		1			Bordeaux	1996
2	1		1			51		1		Marseille	1982
3	1		1			45	1			Bordeaux	1985
4		1	1		29			1		Bordeaux	2002
5		1	1			56	1			Bordeaux	1979
6		1	1			47	1			Bordeaux	?
7	1		1			51		1		Bordeaux	1978
8	1		1			37	1			Bordeaux	1994
9	1		1			59		1		Bordeaux	1971
10	1		1			48	1			Paris Saint Antoine	1983
11	1		1			42	1			Toulouse	1990
12		1	1			42	1			Strasbourg	1990
13	1		1			?		1		Bordeaux	1973
14		1	1			37		1		Bordeaux	1998
15	1		1			43		1		Bordeaux	1992
16	1			1		65		1		Bordeaux	1959
17	1		1			57	1			Bordeaux	1976
18	1		1			41	1			Bordeaux	1990
19	1		1			48		1		Bordeaux	1984
20		1		1		38		1	Établissement psychiatrique	Bordeaux	1993
21	1			1		56		1		Bordeaux	1994
22	1			1		50	1			Bordeaux	1978
23		1	1		30		1			Bordeaux	2000
24	1			1		52		1		Bordeaux	1981
25	1			1		55		1		Bordeaux	1977
26		1		1		40	1			Bordeaux	1990
27	1		1			49	1			Bordeaux	1980
28	1			1		52		1		Bordeaux	?
29	1		1			60	1		Vacation hospit	Bordeaux	1970
30	1		1			45	1			Toulouse	1988
31	1			1		52		1		Paris VII Bichat-Boujon	1976
32		1		1		38	1			Bordeaux	1994
33	1		1			43		1		Renne	1991
34	1			1		44	1			Bordeaux	1986
35	1			1		38	1		Maison de retraite	Bordeaux	1996
36		1		1	35		1		Vacation hospit	Bordeaux	1995
37	1			1		56		1		Bordeaux	1975
38	1			1	34		1			Bordeaux	1999
39		1		1	34			1		Bordeaux	2002
40	1			1		57		1	Maison de retraite	Bordeaux	1975
41	1		1			40		1	Vacation hospit	Bordeaux	1993
42	1			1		50	1			Bordeaux	1980
43	1			1		56		1		Bordeaux	1977
44		1		1	35		1			Limoges	1996
45	1			1		49		1		Bordeaux	1982
46	1			1		39	1		Maison de retraite	Bordeaux	1984
47	1		1			39	1			Bordeaux	1995
48	1		1			55		1		Bordeaux	1974
49		1	1			52		1		Bordeaux	1976
50	1		1			1		1		Bordeaux	
36	14	28	22	7	42	25	25	3			

G.2. ANNEXE 2 Guide d'entretien

Sexe

Age

Université de formation ☐ Année de thèse ☐ Année d'installation ☐

Orientation ☐

Vacation hospitalière ☐

Situation familiale ☐

Cabinet en Ville ou à la campagne

Mode d'exercice ☐ isolé, groupe

Secrétaire médicale

Prise en charge des patients dyslipidémiques

1. *Quelle place prennent les dyslipidémies dans votre activité ?*
2. *Comment êtes-vous amené à penser que vos patients ont un problème de dyslipidémie ☐*
3. *Ce diagnostic est-il difficile à faire ☐*
4. *Quelles sont, dans votre pratique, les étapes et les distinctions utiles pour établir le diagnostic et les premiers traitements?*
5. *Quelle est votre tactique de traitement en fonction des grands types de patients ☐*
6. *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le traitement ☐*
7. *Comment choisissez-vous entre les différents médicaments disponibles ☐*
8. *Comment se fait le suivi des patients ?*
9. *Y-a-t-il une manière particulière de s'occuper des patients pour cette pathologie?*
10. *Comment se pose pour vous la question de l'observance du traitement ?*
11. *Comment appréciez-vous l'évolution de la maladie ? L'efficacité du traitement ☐*
12. *Faites-vous appel à des ☐ spécialistes ☐ Lesquels ☐ A quelles occasions ☐*
13. *Avez-vous une manière particulière de travailler avec les laboratoires d'analyses ☐*

Prise en charge des patients dépressifs

14. *Quelle place prend la dépression dans votre activité ?*
15. *Comment êtes-vous amené à penser que vos patients ont un problème de dépression ?*
16. *Quels problèmes particuliers pose l'établissement du diagnostic ?*
17. *Comment réagissent les patients ☐ l'annonce de ce diagnostic ?*
18. *Pour le diagnostic, avez-vous recours aux services d'un psychothérapeute ?*
19. *Comment traitez-vous ces patients ☐ Et selon quels critères ☐*
20. *Combien de temps dure le traitement et comment vous assurez-vous de son efficacité ☐*
21. *Comment choisissez-vous entre les différents médicaments disponibles ☐*
22. *Comment se fait le suivi des patients ?*
23. *Comment se pose pour vous la question de l'observance du traitement ?*
24. *Rencontrez-vous l'entourage du patient dépressif ☐ Et dans quelle circonstance ☐*
25. *Comment appréciez-vous l'évolution de la maladie ? L'efficacité du traitement ☐*
26. *Faites-vous appel à des ☐ spécialistes ☐ Lesquels ☐ A quelles occasions ☐*

Visiteurs médicaux, formation continue et recommandations

27. *Quels sont les moyens principaux que vous utilisez pour vous informer sur l'évolution de la connaissance et des traitements relatifs à ces deux pathologies ? (EPU, revues et presses spécialisés, confrères, etc.)*
28. *Est-ce que vous recevez les visiteurs médicaux ? Quel est pour vous l'intérêt de ces visites ☐*
29. *Connaissez-vous les recommandations qui ont été publiées sur la dépression et les dyslipidémies ?*
30. *Qu'en pensez-vous ?*
31. *Est-il toujours possible de les prendre en compte ? Quels obstacles rendent leur application difficile ou impossible ?*
32. *Depuis que vous exercez, y-a-t-il eu de grands changements dans votre manière de prendre en charge ces deux pathologies ☐*

H. BIBLIOGRAPHIE

«Recommandation de bonne pratique - La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique», Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, septembre 2000

«Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire», Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, mai 2002

Urfalino, P, Bonetti, E, Bourgeois, I, Dalgalarondo, S, Hauray, B, «Les recommandations à l'aune de la pratique, les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein», Rapport du CSO-CNRS-FNSP et URML du Poitou-Charentes, octobre 2001

«Nomenclature des actes de biologie médicale», UCANSF, 2002

Le Pape, A, Lecomte, T, «Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997, Bulletin d'information en économie de la santé, n°21, CREDES, septembre 1999

«Rapport du groupe de projet sur les nouveaux antidépresseurs», Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Poitou-Charentes, août 2001

Mousquès, J, Renaud, T, Sermet, C, «La variabilité des pratiques médicales en médecine générale le cas de l'hyperlipidémie», Bulletin d'information en économie de la santé, n°42, CREDES, octobre 2001

«Dyslipidémies, de la statistique à la clinique», Collection interdisciplinaire, n° 1 à 10, CARDINALE (revue de cardiologie), 2002

Ogien, A, «La maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle», Revue française des affaires sociales n°4, octobre 2001

Dr Dorra, A, «Hyperlipidémies les prescriptions des généralistes passées au crible», Panorama du médecin, 11 octobre 2001

«Données sur la situation sanitaire et sociale en France», Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, édition 2002

«Rapport d'activité», Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bayonne, 2002

Ehrenberg, A, M. Lovell, A, «La Maladie mentale en mutation», Psychiatrie et société, Editions ODILE JACOB,

Médecine, maladie et société, École pratique des hautes études and Mouton, 1970

Balint, M, «Le médecin, son malade et la maladie - Le remède médecin», Paris, Payot, 1965, chapitre 2

Ehrenberg, A, «Drogues et médicaments psychotropes – le trouble des frontières», Editions ESPRIT

Haxaire, C, «Calmer les nerfs» automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes

Le Moigne, P, «De la médiation médicale. Les conventions d'usage des médicaments psychotropes», Sciences sociales et santé, vol. 20, N°1, mars 2002

Postel-Vinay, N, Corvol, P, «Le retour du docteur Knock, essai sur le risque cardiovasculaire», Odile Jacob, décembre 1999