



# Perceptions et vécu de l'hypercholestérolémie: une analyse qualitative

par Isabelle Durack-Bown (1), Rémi Gagnayre (2), Jean-François d'Ivernois (2), Yves Magar (1), Rita Chadarevian (4), Asri Benkritly (4), Philippe Giral (3), Eric Bruckert (3)

*Mots-clés:* éducation du patient, éducation thérapeutique du patient, facteurs de risque cardiovasculaire, besoins éducatifs, représentations, analyse des besoins, France.

*Afin de mieux connaître les perceptions et le vécu qu'ont patients et médecins de l'hypercholestérolémie, 27 patients hypercholestérolémiques (2/3 en prévention primaire, 1/3 en prévention secondaire) suivis en ambulatoire et 21 médecins de ville (8 médecins généralistes, 7 cardiologues et 6 endocrinologues) ont été interrogés. Ces interviews ont fait l'objet d'une analyse de contenu afin d'en dégager les grands thèmes.*

*Cette étude montre des divergences et des convergences entre les perceptions des patients et des médecins. Les divergences se rapportent, par exemple, aux notions de maladie, de risque et de facteurs de risque cardiovasculaire.*

*Les convergences concernent le traitement: leur questionnement quant à l'efficacité et au réalisme des conseils diététiques, leurs craintes quant aux effets secondaires des médicaments.*

*Cette étude met également en évidence des difficultés de communication entre patients et médecins, dues, entre autres, à la complexité du vocabulaire médical et à une lassitude s'installant progressivement dans la relation thérapeutique. D'où la nécessité d'une meilleure formation des médecins à l'éducation thérapeutique et d'un programme éducatif approprié à la prévention cardiovasculaire.*

(1) Edusanté,  
rue de la République, 2,  
F-92170 Vanves.  
edusante@edusante.fr

(2) Laboratoire de pédagogie de la santé  
(UPRES EA 3412), UFR SMBH de  
Bobigny, Université de Paris 13,  
rue Marcel Cachin, 74,  
F-93017 Bobigny cedex.  
dpss@smbh.univ-paris13.fr

(3) Unité de prévention des maladies  
cardio-vasculaires,  
Hôpital de la Pitié Salpêtrière,  
boulevard de l'hôpital, 47-83,  
F-75651 Paris cedex 13.

(4) Laboratoire AstraZeneca,  
place Louis Renault, 1,  
F-92844 Reuil Malmaison cedex.

De nombreuses études montrent que le traitement de l'hypercholestérolémie diminue l'incidence des événements cardio-vasculaires [1,2]. Le succès du contrôle de ce facteur de risque nécessite des modifications durables concernant le mode de vie, la diététique, et éventuellement, la prise de médicaments hypolipémiants. Le maintien de ces mesures dans le temps est difficile pour le patient, comme en témoignent de larges études cliniques montrant que les difficultés d'adhésion aux traitements, notamment hygiéno-diététiques, sont fréquemment liées aux écarts existant entre les recommandations prescrites et le style de vie de l'individu [3,4].

Devant cette problématique, les professionnels de santé s'interrogent de plus en plus sur la teneur des messages éducatifs diffusés et sur leur impact auprès des patients à risque cardiovasculaire [5].

Pour contribuer à améliorer la prévention cardiovasculaire et développer des stratégies éducatives adéquates, il est nécessaire de mieux connaître les perceptions et le vécu qu'ont patients et médecins de l'hypercholestérolémie.

Dans ce but, nous avons mené une enquête qualitative auprès de patients, d'une part, et auprès de médecins, d'autre part.

## Participants et méthodes

Des entretiens semi-structurés ont été conduits auprès de 27 patients hypercholestérolémiques (2/3 en prévention primaire, 1/3 en prévention secondaire) suivis en ambulatoire, en France. Des entretiens ont également été réalisés auprès de 21 médecins de ville, soit 8 médecins généralistes, 7 cardiologues et 6 endocrinologues. Les médecins interrogés, sélectionnés au hasard, n'étaient pas ceux qui suivaient les patients interviewés. Leur seul critère de sélection était de prendre en charge des patients atteints d'une hypercholestérolémie. Les patients ont été sélectionnés de façon aléatoire dans le cadre de consultations spécialisées ou de médecine de ville sur les critères suivants:

- Adultes majeurs en prévention primaire présentant une hypercholestérolémie primaire (hypercholestérolémie pure ou associée)



à une hypertriglycéridémie) dont le LDL-Cholestérol est supérieur à 2,20 g/l avant traitement ou supérieur à 1,60 g/l associé à un autre facteur de risque cardiovasculaire (diabète, tabagisme > 10 cigarettes/jour, hypertension artérielle, obésité avec IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, hérédité coronarienne).

- Adultes majeurs en prévention secondaire (antécédents d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral, d'artérite des membres inférieurs) avec un LDL cholestérol > 1g/l.

### Entretiens

Les entretiens ont été menés à l'aide de guides d'entretiens spécifiques aux patients et aux médecins. Ces guides comportaient respec-

tivement 24 et 16 questions pour les patients et les médecins. Ils s'inspirent du modèle des croyances de santé (Health Belief Model) [6]. Ils ont été construits et ensuite validés par un groupe de 3 experts consultant en prévention cardiovasculaire. Les thèmes abordés par le guide étaient centrés sur l'hypercholestérolémie (cfr. tableau 1).

Chaque interview spécifique du patient ou du médecin a couvert les mêmes thèmes, bien que l'interviewer était libre de structurer la conversation sur chaque thème et d'ouvrir la discussion.

Les entretiens ont duré 90 minutes environ, se sont déroulés dans un lieu public, et pour trois médecins dans leur cabinet. Ils ont été conduits

Tableau 1: Résumé des guides d'entretien Patient/Médecin.

	Patients	Médecins
Représentations	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Vous sentez-vous en bonne santé ?</li> <li>* Votre problème de C, à quoi est-ce dû à votre avis ?</li> <li>* Pensez-vous que ce problème de C peut avoir des conséquences sur votre santé ?</li> <li>* Dans votre vie quotidienne, qu'est-ce qui peut influencer sur votre C ?</li> <li>* En dehors du C, y-a-t-il d'autres éléments qui peuvent augmenter le risque de maladie cardiovasculaire ?</li> <li>* Parmi les facteurs de risques qui vous concernent, quels sont ceux qui vous semblent les plus importants ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Quels problèmes spécifiques vous posent vos patients HC ?</li> <li>* Selon vous, vos patients HC ont-ils conscience du risque CV ?</li> <li>* L'HC et son traitement entraînent-ils des modifications de la qualité de vie de vos patients ?</li> <li>* Que pensez-vous de l'observance des traitements des patients HC ? Comment l'expliquez-vous ?</li> </ul>
Vécu	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ressentez vous des symptômes en rapport avec votre C ?</li> <li>* Y a-t-il des choses qui ont changé dans votre vie quotidienne à cause de votre C ?</li> <li>* Quel traitement suivez-vous au quotidien ?</li> <li>* Etes-vous satisfait de votre traitement contre le C ?</li> <li>* Quelles difficultés rencontrez-vous dans le suivi de votre traitement ?</li> <li>* A propos du C et de son traitement, qu'est-ce qui vous manque le plus ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand vous voyez un patient HC en consultation, comment cela se passe-t-il ?</li> <li>* Etes-vous satisfait des traitements disponibles pour l'HC ?</li> <li>* Quelle place accordez-vous aux mesures hygiéno-diététiques ?</li> <li>* Quel projet thérapeutique proposez-vous habituellement à votre patient ?</li> </ul>
Relation médecin/patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Par qui êtes-vous suivi pour votre C ?</li> <li>* Comment cela se passe-t-il quand vous voyez votre médecin pour votre C ?</li> <li>* Qu'attendez-vous de lui ?</li> <li>* Que souhaiteriez-vous savoir ou savoir faire à propos du C ?</li> <li>* Y a-t-il des choses que vous aimeriez dire à votre médecin à propos du C et que vous ne lui dites pas ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Quels sont, selon vous, les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour qu'un patient HC puisse se prendre en charge efficacement ?</li> <li>* Comment procédez-vous pour informer et éduquer votre patient HC ?</li> <li>* Quelles sont les notions difficiles à faire passer ?</li> <li>* Vous arrive-t-il de négocier un contrat thérapeutique avec votre patient ?</li> </ul>

C : Cholestérol - HC : Hypercholestérolémique - CV : Cardiovasculaire



## TRAVAUX DE RECHERCHE

par une sociologue, qui avait reçu des informations sur les patients concernant l'existence des facteurs de risque cardiovasculaire associé à l'hypercholestérolémie. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

### Analyse

Les entretiens ont été analysés selon la méthode de l'analyse de contenu [7]. Initialement, les interviews retranscrites ont été lues pour dégager les thèmes émergents qui ont été codés. Les codes de chaque interview, ont ensuite été comparés entre les différents entretiens, pour dégager des catégories plus larges reliées entre elles. Les entretiens ont été relus de façon indépendante par un autre membre de l'équipe médicale pour s'assurer de la concordance des thèmes émergents. Puisque le but de l'étude présentée ici était de produire des faits significatifs marquants provenant des patients à haut risque cardiovasculaire plutôt que des faits généralisables, au sens statistique du terme, les données n'ont pas été présentées numériquement. La présentation des résultats regroupe par thèmes les verbatim à la fois des patients et des médecins dans le but de les faire correspondre et se compléter.

### Résultats

Six grands thèmes se sont dégagés de l'analyse de contenu, regroupant 28 sous catégories présentées dans le tableau 2. Les patients interrogés étaient âgés entre 31 et 71 ans (moyenne d'âge 64 ans),

dont 9 femmes et 18 hommes de milieu socio-éducatifs variés (cfr. tableau 2).

### Représentations de l'hypercholestérolémie

Du fait de l'absence de symptôme associé à l'excès de cholestérol, les patients ne se sentent pas malades. Lorsque le terme *maladie* est mentionné, elle est décrite comme une *maladie muette, spéciale, une maladie bénigne*.

Certains médecins ne sont pas d'accord avec ce concept de maladie et ne souhaitent pas s'exprimer dans ces termes.

«Il faut bien leur dire qu'ils ne sont pas malades. Parce que quand vous dites aux gens qu'ils sont malades, il y a une note péjorative. Il faut leur dire que l'hypercholestérolémie n'est pas une maladie.» (Dr J., cardiologue)

### Représentations du risque cardiovasculaire

La notion de facteur de risque cardiovasculaire, présentée par la majorité des médecins, est encore plus évasive que celle du cholestérol et plus loin de l'idée de maladie. Lorsqu'on demande au patient quelles sont les conséquences en rapport avec ce risque, il ne les connaît pas, et ne sait pas les expliquer.

«Est-ce que c'est plus localisé au cœur ou au système entier, j'en doute ?» (patiente 4)

Derrière un besoin de réassurance, les explications du médecin concernant les conséquences de

Tableau 2: Principaux thèmes émergents.

<p><b>Compréhension de l'hypercholestérolémie : une maladie virtuelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Existence et conscience d'un problème de santé</li> <li>* Origine/cause</li> <li>* Taux de cholestérol</li> <li>* Mauvais et bon cholestérol</li> <li>* Ressenti, préoccupation physique et psychologique</li> <li>* Mode de vie à adopter</li> <li>* Possibilité de guérison</li> </ul>	<p><b>Des mesures hygiéno-diététiques difficiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Changement de mode de vie</li> <li>* Modification de la vie familiale, professionnelle, loisirs</li> <li>* Attitude adoptée</li> <li>* Difficultés pour s'adapter</li> <li>* Satisfaction des mesures</li> </ul>	<p><b>Les difficultés du langage médical</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Connaissance de la spécialité du soignant pour le suivi de l'excès de cholestérol</li> <li>* Déroulement de la consultation</li> <li>* Compréhension des informations</li> <li>* Partage des informations</li> </ul>
<p><b>Compréhension du risque cardiovasculaire : une notion floue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Connaissance des autres facteurs de risque</li> <li>* Priorité donnée aux facteurs de risque</li> <li>* Organes touchés</li> <li>* Impact sur la santé</li> <li>* Conscience du risque cardiovasculaire</li> </ul>	<p><b>Craintes des médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Traitement suivi pour l'excès de cholestérol</li> <li>* Durée du traitement</li> <li>* Satisfaction du traitement</li> <li>* Traitement pour les facteurs de risque associés</li> <li>* Conséquences possibles</li> </ul>	<p><b>Attentes et besoins du patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Informations supplémentaires sur le cholestérol, ses conséquences</li> <li>* Aide recherchée auprès des soignants ou de l'entourage</li> </ul>



l'excès de cholestérol sont plutôt vagues. *«Il ne faut surtout pas leur faire peur. Ça c'est évident. Il ne faut pas leur dire vous risquez ça, ça et ça. Il faut au contraire leur dire qu'on les surveille.»* (Docteur L., endocrinologue)

Les patients en prévention secondaire ne font pas toujours le lien entre cholestérol et risque cardiovasculaire:

*«Je suis content parce que je n'ai plus de cholestérol. Je ne suis pas vraiment inquiet... Je ne sais pas si le cholestérol est la base de ma maladie, l'artérite des membres inférieurs en premier lieu et les difficultés au niveau de mes coronaires.»* (patient 10, prévention secondaire)

Certains médecins, pour leur part, confirment cette observation.

*«Les chiffres ne correspondent à rien, ils ne sont pas inquiets quand c'est élevé. Parce qu'ils sont traités sur le plan de leur infarctus ou de leur insuffisance cardiaque, ils se disent qu'ils sont mieux protégés.»* (Docteur K., cardiologue)

### Mise en pratique difficile des mesures hygiéno-diététiques

Le traitement diététique apparaît comme une véritable contrainte aux yeux des patients. Ils doivent gérer tout une série d'interdits avec des contradictions nettes dans le discours médical. *«Après mes excès, je recommande le train de vie avec les interdits.»* (patient 21)

*«Une fois les cacahuètes sont interdites, à un autre moment, elles sont permises.»* (patient 15)

Le médecin sous-estime les contraintes liées au changement de mode de vie du patient. Il n'est, en outre, pas convaincu de l'efficacité de la diététique et a tendance à ne pas s'y attarder.

*«J'essaie d'expliquer les choses gentiment, en disant qu'il faut changer de vie c'est tout.»* (Docteur H., généraliste)

*«La diététique ne modifie pas beaucoup le cholestérol, il est logique de ne pas charger.»* (Docteur L., généraliste)

### Crainte des médicaments

Malgré l'apparente facilité du médicament par rapport au suivi du régime, les patients sont réticents à la prise du traitement dans la mesure où elle soulève pour eux des incertitudes à venir. La notion de médicament trop puissant revient fréquemment à la fois chez les patients et chez les médecins.

*«Ils font baisser le cholestérol systématiquement. C'est des brutes... En ce moment je suis fatigué, j'ai tendance à attribuer ça à ce médicament surpuissant.»* (patient 2, prévention secondaire).

*«C'est dans les mentalités, en prévention primaire on a du mal à utiliser des fortes doses de médicament... on a encore peur des fortes doses...»* (Docteur J., cardiologue)

### Complexité du langage médical

Le patient ne comprend pas toujours le discours médical qu'il qualifie de complexe. A titre d'exemple, la notion du bon et du mauvais cholestérol est une source de confusion systématique.

*«C'est ça que je n'ai jamais compris, on dit du bon et du mauvais cholestérol et on a toujours le mauvais.»* (patient 1)

*«Je ne sais pas très bien non plus le HDL cholestérol quel est son intérêt dans la limitation des facteurs de risque. Je ne m'engage pas trop dans un discours avec les patients.»* (Docteur K., cardiologue)

### Attentes et besoins des patients

Généralement, le patient ne pose, aux dires des médecins, que peu de questions sur l'excès de cholestérol qui les touche. Cependant, le tableau 3 témoigne des nombreuses interrogations des patients. (cfr. tableau 3, p.62)

En fonction des réponses données par le médecin aux interrogations du patient, celui-ci est parfois amené à rechercher une aide en dehors de la consultation médicale auprès de son entourage ou de la presse écrite.

*«Ces petits renseignements, je les ai pêchés à droite et à gauche. Par des recherches, des documentations, des revues.»* (patient 4)

Dans la plupart des cas, les premières consultations sont riches en échange verbal, puis la relation thérapeutique semble s'épuiser avec le temps.

*«Il arrive un moment où je ne les emmerde plus: prenez vos médicaments. Il vaut mieux passer à autre chose.»* (Docteur B., généraliste)

*«A part les prises de sang, il n'y a rien d'autre qui se fait.»* (patient 17)

### Discussion

Notre étude a interrogé simultanément patients et médecins sur le thème de l'hypercholestérolémie. La présentation en écho des verbatim des patients et des médecins renforce la portée des résultats, selon le principe de la triangulation [8], et montre la complémentarité des points de vue. En cela, les discours des médecins et des patients sont tout à fait concordants: ce qui est difficile à expliquer par le médecin, est difficile à intégrer par le patient. Ces résultats rejoignent ceux obtenus auprès de patients diabétiques [9, 10].

L'étude présentée met en évidence des divergences de perceptions entre patients et médecins sur la compréhension de l'excès de cholestérol et ses conséquences.

La notion de maladie est davantage présente chez le patient qui n'en perçoit pas, cependant, la réalité.

### Bibliographie

[1] Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, *Lancet*, 1994; 344: 1383-9.

[2] Frick M.H., Elo O., Haapa K., Heinonen O.P. et al., *Helsinki Heart Study: Primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-age men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence in coronary heart disease*, *N. Engl. J. Med.*, 1987; 317: 1237-45.

[3] Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Multiple risk factor intervention trial: risk factor changes and mortality results*, *JAMA*, 1982; 248: 1465-77.

.../...



## TRAVAUX DE RECHERCHE

.../...

[4] Monjonner L., Hall Y., *The National Diet-Heart Study- Assessment of dietary adherence*, J. Am. Diet. Assoc., 1968; 52: 288-92.

[5] Wiles R., Kinmonth A.L., *Patients' understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence*, Pat. Educ. Couns., 2001; 44: 217-29.

[6] Rosenstock I., *Historical origins of Health Belief Model*, Health Educ. Monogr., 1974; 2: 195-236.

[7] Deslauriers J. P., *Recherche qualitative, guide pratique*, McGraw-Hill, Montréal, 1991.

[8] Poisson Y., *La recherche qualitative en éducation*, Presses de l'université du Québec, 1991.

[9] Bonnet C., Gagnayre R., d'Ivernois J.F., *Learning difficulties of diabetic patients: a survey of educators*, Pat. Educ. Couns., 1998; 35: 139-47.

[10] Bonnet C., Gagnayre R., d'Ivernois J.F., *Difficulties of diabetic patients in learning about their illness*, Pat. Educ. Couns., 2001; 42: 159-64.

[11] Murray S.A., Mankilew K., Clifford C., *The interplay between social and cultural context and perceptions of cardiovascular disease*, J. Adv. Nurs., 2000; 32: 1224-33.

[12] Caggiula A.W., Watson J.E., *Characteristics associated with compliance to cholesterol lowering eating patterns*, Pat. Educ. Couns., 1992; 19: 33-41.

[13] Kotke T.E., Blackburn H., Brekke M.L., Solbert L.J., *Editorial: The systematic practice of preventive cardiology*, Amer. J. Cardiol., 1987; 59: 690-4.

[14] Kotke T.E., Foels J.K., Hill C., Chol T., Fenderson D.A., *Nutrition Counseling in private practice: Attitudes en activities of family Physicians*, Prevent. Med., 1984; 13: 219-25.

[15] Binyet S., Aufseesser M., Lacroix A., Assal J.-Ph., *Le pied diabétique - diverses conceptions qu'ont les patients de quelques termes utilisés par les médecins en consultation de podologie*, Diabète et Métabolisme, 1994; 20, 3: 275-81.

L'alimentation	Le cholestérol	Les conséquences	Les médicaments
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Est-ce que vous pensez que je vais arriver à faire un régime ?</li> <li>* Est-ce que j'ai le droit de manger un peu de fromage le week-end ?</li> <li>* Est-ce que je peux manger un peu plus ?</li> <li>* Est-ce que je devrais suivre ce régime toute ma vie ?</li> <li>* Quels sont les aliments que je peux manger ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Comment fabrique-t-on le cholestérol ?</li> <li>* A quoi sert le cholestérol ?</li> <li>* Est-ce que j'ai du bon ou du mauvais cholestérol ?</li> <li>* Est-ce que j'ai trop de cholestérol ?</li> <li>* Est-ce que je suis malade ?</li> <li>* Pourquoi le cholestérol est-il un facteur de risque ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Est-ce que c'est grave d'avoir du cholestérol ?</li> <li>* Quelles sont les conséquences d'un excès de cholestérol ?</li> <li>* Quels sont les dangers exacts ?</li> <li>* Qu'est-ce que je risque ?</li> <li>* Est-ce que je vais faire un infarctus ?</li> <li>* A quand le prochain infarctus ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi faut-il se soigner ?</li> <li>* Est-ce qu'il faut un traitement tout de suite ?</li> <li>* Est-ce que je dois prendre le médicament toute ma vie ?</li> <li>* Le médicament va-t-il me faire mal ?</li> <li>* Est-ce qu'il y a un danger à se traiter ?</li> <li>* Quels sont les horaires pour la prise des médicaments ?</li> </ul>

Tableau 3: Questions posées par le patient au médecin à propos du cholestérol.

La notion de risque et de facteur de risque est jugée abstraite par le patient qui n'établit pas de lien entre excès de cholestérol et maladies cardio-vasculaires.

Il paraît donc important d'expliquer au patient l'histoire naturelle de l'athérosclérose afin qu'il puisse intégrer l'accident cardio-vasculaire comme un symptôme aigu d'une maladie chronique dont la genèse dépend de facteurs favorisants, comme l'excès de cholestérol. Cette constatation reprend les conclusions de R. Wiles et collaborateurs dans une récente étude qualitative menée auprès des patients victimes d'un infarctus du myocarde [5].

Par ailleurs, la perception du risque cardio-vasculaire chez le patient dépend d'influences essentiellement culturelles et sociales, alors que le professionnel de santé aborde le concept du risque sur des bases épidémiologiques [11]. Les patients ont besoin de trouver des références socioculturelles à leur portée pour comprendre l'hypercholestérolémie et ses conséquences. En témoigne leur demande d'aide, extérieure à la consultation médicale, auprès de la presse écrite et de l'entourage. Les résultats des travaux de A.W. Caggiula et J.E. Watson montrent, en effet, que les informations obtenues par des sources associatives, télévisées ou par la presse écrite sont fortement corrélées au niveau de compliance [12].

A propos du traitement, notre étude met en évidence des points de convergence entre perceptions des patients et des médecins.

Tout d'abord, la diététique est une étape éprouvante à la fois pour le médecin qui reste sceptique quant à son efficacité et pour le patient qui manque d'information personnalisée. La perception que le médecin a de l'efficacité des traitements, notamment hygiéno-diététiques est nécessaire pour la prévention

des maladies cardio-vasculaires. Elle dépend, entre autres, de la connaissance par les médecins du traitement et des bénéfices liés à celui-ci, de leurs compétences éducatives et de leur perception de leur propre efficacité [13]. Certains médecins anticipent le manque d'intérêt et les difficultés d'adhésion de leurs patients [14]. Les difficultés du patient atteint d'hypercholestérolémie, similaires à celles du diabétique non insulino-dépendant, résultent de la complexité des modalités du régime alimentaire et surtout de la difficulté de maintenir un tel régime dans le temps [10].

En contraste, l'observance du traitement médicamenteux est plus facile [5]. Cependant, le médicament, malgré cette apparente facilité, est source de craintes quant aux effets secondaires au long cours, à la fois chez le patient et chez le médecin. Il faut ainsi souligner l'importance majeure de la perception du rapport coût/bénéfice comme une condition nécessaire au suivi du traitement hypocholestérolémiant au long cours [12]. La perception individuelle du bénéfice du traitement doit, en effet, contrebalancer avantageusement le coût global du traitement (qu'il soit financier, physique ou psychologique) pour que l'individu puisse changer progressivement son comportement et suivre un traitement médicamenteux au long cours [6].

Enfin, notre étude met en évidence un certain nombre de difficultés de communication. Le vocabulaire médical peut être un obstacle pour l'intégration des connaissances, en témoigne la notion incomprise du LDL et du HDL cholestérol. C'est le cas, dans d'autres domaines, comme en diabétologie pour des termes comme la rétine, la neuropathie ou le mal perforant plantaire [15,16]. D'où la nécessité pour le soignant de s'assurer de la compréhension des

.../...



## TRAVAUX DE RECHERCHE

termes médicaux employés et de leur présentation qui respecte une progression d'apprentissage.

En dehors de l'acquisition de connaissances, la relation médecin-patient joue un rôle majeur sur les changements de comportements de santé des patients. Dans notre étude, patients et médecins expriment une lassitude au long cours dans la relation thérapeutique. Or, il a été mis en évidence une liaison entre la relation privilégiée du médecin à son patient et l'adhésion au traitement des facteurs de risque cardiovasculaire [17]. Là encore, ces constatations soulignent la nécessité de renforcer la relation thérapeutique dans le temps au travers une démarche éducative impliquant activement patient et soignant (Recommandations OMS 1998) [18].

### Conclusion

Pour développer la prévention du risque cardiovasculaire, les médecins doivent beaucoup plus s'appuyer sur l'analyse des perceptions de l'ensemble des facteurs de

risque par le patient, sans négliger l'hypercholestérolémie.

Cette étude contribue à mieux comprendre la difficulté d'établir une relation éducative si elle ne s'appuie dorénavant sur une connaissance des obstacles d'ordre sociologique, pédagogique que rencontrent le patient et le médecin dans leur relation éducative. Cette étude témoigne une nouvelle fois de l'inadéquation entre les demandes des patients et les réponses apportées par les médecins. On constate que les difficultés exprimées par les médecins sur la façon dont ils dispensent les recommandations thérapeutiques expliquent, en effet, les difficultés d'intégration des patients. Les résultats plaident également en faveur d'un suivi thérapeutique et éducatif qui évite la banalisation et offre des opportunités de créer des moments d'apprentissage significatifs.

L'ensemble de ces constatations rend compte de la nécessité d'une meilleure formation des médecins à l'éducation thérapeutique et de la nécessité d'un programme éducatif approprié à la prévention cardiovasculaire. ■

.../...

[16] Aufseesser M., Lacroix A., Binyet S., Assal J.-Ph., La rétinopathie diabétique - compréhension de termes médicaux par les patients, *J. français d'Ophthalmol.*, 1995; 18: 27-32.

[17] Kjellgren K.I., Ahlner J., Saljo R., Taking anti-hypertensive medication-controlling or co-operating with patients?, *Int. J. Cardiol.*, 1995; 47: 257-68.

[18] WHO, Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, Report of a WHO Working Group, 1998.

[19] Young L.E., Jilling C.R., Qualitative methods add quality to cardiovascular science, *Can. J. Cardiol.*, 2000; 16: 793-7.