



**HAL**  
open science

# Éducation thérapeutique du patient atteint d'hypercholestérolémie : perceptions des patients sur les mesures hygiéno-diététiques à adopter et sur le rôle de leur médecin traitant dans cet apprentissage

Cécile Franceschini

## ► To cite this version:

Cécile Franceschini. Éducation thérapeutique du patient atteint d'hypercholestérolémie : perceptions des patients sur les mesures hygiéno-diététiques à adopter et sur le rôle de leur médecin traitant dans cet apprentissage. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01386458

**HAL Id: dumas-01386458**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01386458>**

Submitted on 24 Oct 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT  
D'HYPERCHOLESTÉROLÉMIE : PERCEPTIONS DES  
PATIENTS SUR LES MESURES HYGIÈNO-DIÉTÉTIQUES À  
ADOPTER ET SUR LE RÔLE DE LEUR MÉDECIN  
TRAITANT DANS CET APPRENTISSAGE**

---

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE  
(DIPLÔME D'ÉTAT)  
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
LE 20 SEPTEMBRE 2016**

PAR

**FRANCESCHINI Cécile**  
Née le 27 Décembre 1987

---

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

**Juges :** Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT  
Monsieur le Professeur Olivier GANRY  
Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Jean-Yves BILBAULT



1) Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

2) Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELOT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Médecine physique et de Réadaptation)

Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique

Pôle "Autonomie"

3) Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

4) Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Cardiologie)

5) Monsieur le Docteur Jean-Yves BILBAULT

Médecin généraliste



A NOTRE JURY DE THESE

**Au Président du jury, Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je tiens à vous assurer de mon respect sincère et de ma gratitude face à votre disponibilité.

**A Monsieur le Professeur Pierre- Louis DOUTRELOT**

Vous me faite l'honneur de siéger à ce jury de thèse afin de juger ce travail. Je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Olivier GANRY**

Merci de me faire l'honneur d'examiner ce travail et de participer à ma soutenance. Je vous prie de recevoir mes respectueuses considérations.

**A Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI**

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour votre disponibilité et votre intérêt pour le sujet.

**A Monsieur le Docteur BILBAULT**

Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner dans cette aventure. Je vous remercie pour votre patience, votre sympathie et vos précieux conseils.

## REMERCIEMENTS

A mes frères, que j'aime plus que tout.

A mes parents, qui m'ont donné les moyens d'atteindre mon but. Merci pour votre confiance et votre amour.

A mes grands-parents, Mamie Janine et Papy Denis pour leur soutien et leur amour incommensurable. Et à Papio, qui m'appelle « Docteur » depuis ma première année de médecine. Ta fierté a été une grande motivation.

A mes cousins, Jérôme et Bastien. Vous êtes comme des frères pour moi et malgré la distance Toulouse/Amiens/Bruxelles je sais qu'on pourra toujours compter les uns pour les autres !

A mes beaux-parents, Sylvie et Alain, qui m'ont accueillie comme une des leurs. Merci d'être présents à mes côtés. Et une pensée pour mes beaux-frères et belles-sœurs.

Aux Toulousains : Mélina et Alex mes amis de toujours ; Anaïs, mon soutien depuis le lycée; Emeline toujours partante pour voyager et faire la fête, Myriam, mon Jiminy Cricket ; Florine et Marina, les jumelles de mon cœur ; Maëlla, Emma, Marco, et tous ceux que je ne cite pas. C'est toujours un plaisir de vous retrouver à chaque visite ! Merci de m'avoir prouvé que l'amitié était compatible avec la distance. Loin des yeux, près du cœur !

A mes deux compagnes de vie et d'aventures, Marie-Eu et Momo. De Mykonos au fin fond du Morvan, on peut dire qu'on a fait les 400 coups. Merci pour votre soutien en toute circonstance. J'espère vivre avec vous encore tout plein de voyages et d'aventures.

A mes compagnons de fac, Maria, Jessica, Lisa, Safa, Valérie, Anna, Albanie, Remi, Dorian et Clément avec qui j'ai vécu le meilleur comme le pire : l'intégration, les soirées, les week-ends, les voyages mais aussi les examens et surtout les fameux ECN... Que de souvenir partagés avec vous ! Vous me manquez !

A mes Claires ; la Dichdich, mon coup de cœur picard. On s'est trouvé le premier jour et on ne s'est jamais quitté. Et Clairette qui sait rendre la vie si gaie avec son petit grain de folie. Les soirées à Saint-Leu, les potins sur la terrasse ou dans le jardin de chez Mamie, le Touquet... et j'espère tellement d'autres souvenirs à venir ! Merci pour votre amitié et votre soutien.

A Laurence. Un énorme merci pour ta participation à mon travail. Des heures de cours passées ensemble aux soirées, tu es une copine en or.

Aux Soissonnaises, Charlotte, Sarah, Sophie, avec qui j'ai appris à découvrir les joies de l'internat. Une pensée également pour Angélique, ainsi que pour tous ceux qui ont cohabité avec nous.

A mes co-internes de pédiatrie, Lucie, Sultan, Hélène, Marion et Adrien. Malgré la pression de notre stage on est resté soudés et c'est toujours un plaisir de vous retrouver ! Et une grosse pensée à l'équipe paramédicale des Urgences Pédiatriques et à nos petits externes.

Aux Saint-Quentinois, Agnès, Chloé, Constance, Déborah, Maelle. Des soirées à Amiens au Meph à Saint-Q, vous êtes de belles rencontres. Merci pour votre présence et votre soutien pendant ce semestre difficile !

A l'équipe de Réa de Beauvais :

- A mes co-internes, Floriane, Hela, Asma, Lina, Massarra, Marion et Barnabé. Merci pour votre disponibilité ces derniers mois et pour votre soutien dans ma découverte de la réanimation ;
- A Romain et Nath, des chefs en or.
- A l'équipe paramédicale, merci pour votre patience et votre gentillesse.

A l'équipe des Urgences de Beauvais, mes futurs collègues, pour leur accueil et leur sympathie !

Aux Gaieuvs et aux Gaieuvettes, avec qui j'ai partagé de très bons moments. Merci de m'avoir si bien intégré.

A mon Clément, mon plus grand soutien. Merci pour ta patience et pour ton aide ces derniers mois. Et surtout merci de partager ma vie et de m'apporter autant d'amour et de bonheur chaque jour. Je t'aime.

Et un grand merci aux médecins généralistes de la maison médicale d'Origny-Sainte-Benoîte pour leur participation à mon travail.





## ABREVIATIONS :

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Renommée ANSM en 2012)

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CT : Cholestérol total

ENNS : Etude nationale nutrition santé

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HDL : High density lipoprotein

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IMC : Indice de masse corporel

LDL : Low density lipoprotein

OMS : Organisation mondiale de la santé

RMO : Références médicales opposables

SCA : Syndrome coronarien aigu

TG : Triglycérides

VLDL : Very low density lipoprotein



## Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
1.1	Le cholestérol .....	2
1.1.1	Histoire du cholestérol : .....	2
1.1.2	Structure et rôle .....	2
1.1.3	Origine et élimination.....	2
1.1.4	Régulation .....	2
1.1.5	Transport: Les différents types de lipoprotéines .....	3
1.2	Les dyslipidémies.....	3
1.2.1	Mise en évidence .....	3
1.2.2	Définitions.....	4
1.2.3	Epidémiologie .....	4
1.2.4	Hypercholestérolémie : un facteur de risque cardiovasculaire majeur .....	4
1.2.4.1	Contexte .....	4
1.2.4.2	La place de l'hypercholestérolémie dans les facteurs de risque cardiovasculaire.....	6
1.2.5	Prise en charge des dyslipidémies :.....	7
1.2.5.1	Objectif thérapeutique.....	7
1.2.5.2	Mesures hygiéno-diététiques .....	8
1.2.5.3	Traitement médicamenteux.....	10
1.3	L'éducation thérapeutique.....	11
1.3.1	Définition .....	11
1.3.2	L'éducation thérapeutique en France .....	11
1.3.2.1	Les différentes structures offrant une éducation thérapeutique .....	11
1.3.2.2	L'éducation thérapeutique en Picardie : Le Réseau picard pour la prévention et l'éducation du patient .....	13
1.4	Problématique et objectif de la thèse.....	13
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>15</b>
2.1	Le choix de la méthode .....	15

2.1.1	L'étude qualitative.....	15
2.2	Notre étude .....	17
2.2.1	La population étudiée .....	17
2.2.2	L'enquêtrice .....	17
2.2.3	Les entretiens (le contexte) .....	17
2.2.4	Le codage/ L'analyse des données .....	18
3	RESULTATS .....	19
3.1	Généralités.....	19
3.2	Thèmes retenus.....	19
3.3	Résultats .....	20
3.3.1	Le patient et le cholestérol .....	20
3.3.1.1	Le cholestérol.....	20
3.3.1.2	Les risques liés au cholestérol.....	21
3.3.2	Le patient et les mesures hygiéno-diététiques.....	23
3.3.2.1	Représentations du patient concernant les mesures non médicamenteuses	23
3.3.2.2	Perception du patient.....	24
3.3.3	Le patient et son médecin traitant .....	30
3.3.3.1	La relation des patients avec leur médecin traitant.....	30
3.3.3.2	Représentation du rôle du médecin traitant .....	31
3.3.3.3	Attente des patients concernant les aides apportées par le médecin traitant.	32
4	DISCUSSION .....	34
4.1	Analyse des résultats .....	34
4.1.1	Connaissances du patient concernant les risques liés au cholestérol. ....	34
4.1.1.1	L'hypercholestérolémie .....	34
4.1.1.2	Le risque cardiovasculaire .....	34
4.1.2	Perception du patient concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre l'excès de cholestérol. ....	35
4.1.2.1	La diététique.....	35

4.1.2.2	L'activité physique.....	36
4.1.2.3	Les autres mesures .....	37
4.1.3	Perception du rôle du médecin traitant dans la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques et attentes des patients. ....	39
4.1.3.1	L'information.....	39
4.1.3.2	La relation médecin-patient .....	39
4.1.3.3	Le rôle du médecin traitant et les attentes des patients.....	40
4.1.3.4	L'éducation thérapeutique par le médecin traitant.....	40
4.2	Forces et limites de l'étude.....	41
4.2.1	Limites.....	41
4.2.2	Forces .....	41
5	CONCLUSION.....	43
6	ANNEXES .....	49
6.1	ANNEXE 1 : Tables SCORE.....	49
6.2	ANNEXE 2 : Stratégies d'intervention .....	50
6.3	ANNEXE 3 : Critères de qualité de l'éducation thérapeutique .....	51
6.4	ANNEXE 4 : Le Guide d'entretien .....	52
6.5	ANNEXE 5 : Caractéristiques de la population de l'étude.....	54
7	ENTRETIENS.....	55
7.1	PATIENT N°1.....	55
7.2	PATIENT N°2.....	59
7.3	PATIENT N°3.....	62
7.4	PATIENT N°4.....	66
7.5	PATIENT N°5.....	69
7.6	PATIENT N°6.....	73
7.7	PATIENT N°7.....	76
7.8	PATIENT N°8.....	80
7.9	PATIENT N°9.....	84



# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Le cholestérol

### 1.1.1 Histoire du cholestérol :

Il est découvert par François Poulletier de la Salle (1719-1788) [1], un avocat au parlement de Paris, qui consacra la plus grande partie de sa vie à l'étude de la médecine, de la chimie et de la pharmacie. Il isola en 1758 pour la première fois les sels de cholestérol. En effet, en analysant la bile il démontra qu'il s'agissait d'un liquide de nature « savonneuse » contenant une substance « saline alcaline ».

### 1.1.2 Structure et rôle

Le cholestérol est un lipide appartenant à la famille des stérols. C'est le principal stérol de l'organisme.

Il est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme de par ses nombreux rôles [2] :

- Élément principal de la membrane cellulaire,
- Synthèse des hormones stéroïdiennes (cortisol, hormone ovarienne, testostérone),
- Synthèse de la vitamine D,
- Synthèse de neurotransmetteurs,
- Fabrication des acides biliaires permettant la digestion,
- Élément de la structure de la protéine signal Hedgehog intervenant dans le développement embryonnaire.

### 1.1.3 Origine et élimination

La biosynthèse du cholestérol s'effectue dans les intestins et dans le foie. Elle concerne 50 à 70% du stock de cholestérol soit environ 800 à 1000 mg/jour.

Le reste du cholestérol est apporté par l'alimentation. Un apport alimentaire moyen en cholestérol est de 600 mg/jour alors que seulement 300 mg/jour sont nécessaires.

L'élimination se fait par les voies biliaires puis par la voie intestinale, soit directement, soit sous forme d'acide biliaire.

### 1.1.4 Régulation

Les besoins en cholestérol sont de 1,2 à 1,5g/jour [3].

À l'état normal, il existe un équilibre entre les apports et l'élimination du cholestérol.



L'augmentation du cholestérol alimentaire inhibe la synthèse hépatique de cholestérol endogène et vice versa.

Un dysfonctionnement de ce système de régulation pourrait être en cause dans les dyslipidémies.

#### 1.1.5 Transport: Les différents types de lipoprotéines

Du fait de ses propriétés hydrophobes, le cholestérol est insoluble dans les milieux biologiques aqueux. Il est donc transporté par des macromolécules appelées lipoprotéines [4].

On peut classer ces différentes lipoprotéines selon leur densité, de la plus basse à la plus haute :

- Chylomicrons : principalement composés de triglycérides, ils contiennent peu de cholestérol. Ils se forment dans les muqueuses duodénales et jéjunales, puis passent par la lymphe et le sang où ils sont dégradés et captés par le foie.
- Very low density lipoprotein (VLDL) synthétisée par le foie, dégradée par la lipoprotéine lipase en remnant puis en LDL.
- Low density lipoprotein (LDL) qui transporte le cholestérol du foie vers les tissus. S'il y a un surplus de cholestérol, il se dépose dans la paroi des vaisseaux.
- High density lipoprotein (HDL) qui transporte le cholestérol des tissus extra-hépatiques et des artères vers le foie.

Nous nous intéresserons particulièrement aux deux dernières lipoprotéines car ce sont celles qui sont dosées lors d'une recherche de dyslipidémie.

### 1.2 Les dyslipidémies

Même si les lipides et en particulier le cholestérol ont un rôle essentiel au bon fonctionnement du corps humain, un taux élevé peut être néfaste pour la santé.

#### 1.2.1 Mise en évidence

Les dyslipidémies sont recherchées lors d'un bilan appelé « exploration d'une anomalie lipidique » qui comporte un dosage du cholestérol total (CT), des HDL-cholestérol (HDL-c) et des Triglycérides (TG).

La concentration de LDL-cholestérol (LDL-c) sera alors calculée à l'aide de la formule de Friedewald :

$$\text{LDL-c (g/l)} = \text{CT(g/l)} - \text{HDL-c(g/l)} - \text{TG(g/l)/5}$$

(NB : Cette formule n'est valable que si les TG sont inférieurs à 4g/L)

### 1.2.2 Définitions

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), on se trouve en présence d'une hypercholestérolémie quand le LDL-c est supérieur à 1,6 g/l (4,1 mmol/l) [5]

Selon l'AFSAPS [6], le bilan lipidique est considéré comme normal si :

- LDL-c inférieur à 1,6 g/l
- HDL-c supérieur à 0,40 g/l
- TG inférieur à 1,5 g/l

On peut différencier trois types de dyslipidémies:

- Hypercholestérolémie pure (augmentation isolée des LDL-c)
- Hyperlipidémie mixte (augmentation des LDL-c et des TG)
- Hypertriglycéridémie pure (augmentation isolée des TG)

L'« hypoHDLémie » n'est pas une dyslipidémie en soit mais peut être associée aux précédentes catégories.

A noter l'existence d'hyperlipidémies primitives (hypercholestérolémies familiales monogéniques ou polygéniques, hyperlipidémie familiale combinée, dysbétalipoprotéïnémies, hypertriglycéridémie familiale et hyperchylomicronémies primitives).

Notre thèse s'intéressera plus particulièrement aux deux premières catégories.

### 1.2.3 Epidémiologie

La prévalence dans la population adulte française est de 30%, c'est-à-dire que 30% des 18-74 ans ont un LDL-C supérieur à 1,6 ou prennent un médicament hypolipémiant selon l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) de 2006-2007 [7].

Il n'y a pas de différence significative entre l'homme et la femme (LDL-c moyen = 1,3g/L)  
La prévalence atteint 55% chez les 65-74 ans.

### 1.2.4 Hypercholestérolémie : un facteur de risque cardiovasculaire majeur

#### 1.2.4.1 Contexte

- Les maladies cardiovasculaires

Il s'agit des :

- Maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde (IDM), mort subite) ;
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) (hémorragiques ou ischémiques, transitoires ou constitués);
- Pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrisme aortique, insuffisance rénale par néphro-angiosclérose)

C'est un problème de santé publique majeur:

- C'est la première cause de mortalité dans le monde. On estime à 17,5 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires (31% de la mortalité mondiale totale) [8].
- En France, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 11,5% des hospitalisations et d'un tiers des motifs d'exonérations du ticket modérateur. On compte 100 000 IDM/ an en France [9].

Elles sont favorisées par l'athérosclérose, définie par l'OMS (1954) comme "Une association variable de remaniements de l'intima des artères de gros et moyen calibre consistant en une accumulation locale de lipides, de glucides complexes, de sang et de produits sanguins, de tissus fibreux et de dépôts calcaires ; le tout s'accompagnant de modifications de la media [10]."

➤ Les facteurs de risque cardiovasculaire

Il existe plusieurs catégories de facteur de risque [9] :

- Facteurs de risques non modifiables : Age, sexe, antécédents personnels et familiaux
  - Facteurs de risques modifiables : Hypertension artérielle, dyslipidémie, tabac, diabète
  - Facteurs prédisposants : Obésité, sédentarité, alimentation, stress et syndrome dépressif.
  - De nouveaux facteurs de risques sont en cours d'évaluation : Le lieu de naissance et de résidence, les facteurs socio-économiques, les thérapeutiques extracardiaques, la consommation de drogues et de produits dopants, l'hyperhomocystéinémie, les facteurs thrombogéniques et inflammatoires, les infections, les facteurs hormonaux, les facteurs climatiques et la pollution atmosphérique, l'émotion, la pratique sportive.
- Le risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire est composite puisqu'il concerne différentes pathologies selon l'organe touché. Il peut être défini comme la probabilité de survenue d'évènements

coronariens, cérébro-vasculaires mais aussi de pathologies vasculaires périphériques et d'insuffisance cardiaque dans un délai donné [11].

Il existe deux approches pour déterminer le niveau de risque cardiovasculaire :

- Risque par risque
- Globale (celle qui est recommandée)

Les recommandations de l'AFSSAPS 2005 [6], qui prenaient en compte les principaux facteurs de risques pour évaluer le risque cardio-vasculaire global ont été mises à jour en 2011 par la Société Européenne de Cardiologie et la Société Européenne d'Athérosclérose.

Ces nouvelles recommandations [12] utilisent un calculateur de risques pour estimer le risque cardiovasculaire global : Les tables SCORE (ANNEXE 1).

Elles permettent d'évaluer le risque de mortalité à 10 ans.

Elles comportent deux versions, une pour les pays à risque élevé et l'autre pour les pays à faible risque (catégorie à laquelle appartient la France).

En prenant en compte les situations particulières (Dyslipidémies familiales, HTA sévère, Diabète) d'une part et l'équation SCORE d'autre part, on ne définit alors plus 3 niveaux de risques mais 4 catégories :

- 1- Bas risque : SCORE à 10 ans inférieur à 1%.
- 2- Risque Modéré : SCORE à 10 ans entre 1 et 5%.
- 3- Haut risque: Dyslipidémies familiales ou HTA sévère ; SCORE à 10 ans entre 5 et 10%.
- 4- Très haut risque cardiovasculaire : Maladie coronaire, AVC ischémique, artériopathie périphérique ; Diabète de type 2 ou de type 1 avec atteinte d'un organe cible ; Insuffisance rénale chronique modérée à sévère (débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), SCORE à 10 ans supérieur ou égal à 10%

#### 1.2.4.2 La place de l'hypercholestérolémie dans les facteurs de risque cardiovasculaire

La réduction du risque cardio-vasculaire est l'une des grandes priorités de santé publique en France. Même si les maladies cardiovasculaires restent, comme vu précédemment, la première cause de mortalité en France et en Europe, on note tout de même une baisse de près de 50% de la mortalité par coronaropathie entre les années 1980 et 2000, expliquée en partie

par les progrès de la prise en charge de l'infarctus du myocarde [13] à la phase aiguë mais également par la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.

L'hypercholestérolémie est l'un des principaux facteurs de risque modifiables du développement de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires.

La relation entre cholestérolémie, LDL-c et maladies cardiovasculaires a été mise en évidence dans de nombreuses études épidémiologiques, dont voici quelques exemples :

- Entre cholestérolémie et maladie cardiovasculaire :
  - La relation entre taux de cholestérol et risque de maladie cardio-vasculaire a été étudiée par l'étude prospective parisienne de Richard et Ducimetière [14]. Celle-ci indique que les personnes dont le taux de cholestérol total est inférieur à 1,8 g/L ont un risque d'accident cardiaque de 0,29 %. Pour des personnes dont le taux dépasse 2,8 g/L, le risque est multiplié par 4.
  - L'étude des 7 pays [15] a montré qu'un taux élevé de cholestérol sanguin était associé à un haut risque de mortalité par maladie cardiovasculaire dans les différentes cohortes de l'étude, et que le taux de cholestérol chez les hommes d'âge moyen était un facteur prédictif fort du risque de mortalité cardiovasculaire après 10 à 25 ans de suivi.
- Entre LDL-c et maladie cardiovasculaire :
  - L'étude de Framingham [16] a montré que le risque maximum de développer une maladie coronaire est obtenu chez les personnes ayant un taux élevé de LDL-cholestérol dans le sang.
  - Plus récemment une étude réalisée par le centre de Détection et de Prévention de l'Athérosclérose de Toulouse a démontré que l'élévation du mauvais cholestérol était associée à une diminution de l'espérance de vie [17]

#### 1.2.5 Prise en charge des dyslipidémies :

##### 1.2.5.1 Objectif thérapeutique

Le principal objectif thérapeutique est le taux de LDL-cholestérol. Les preuves du bénéfice cardio-vasculaire reposent sur son abaissement.

Des objectifs thérapeutiques ont été proposés en fonction du nombre de facteurs de risque présents [6]. Ces objectifs ont été modifiés par la société européenne de cardiologie en 2011 et sont désormais en accord avec la classification du risque cardiovasculaire [12] :

- Risque faible : LDL-cholestérol inférieur à 1,9 g/l.
- Risque modéré : LDL-cholestérol inférieur à 1,15 g/l.
- Risque élevé : LDL-cholestérol inférieur à 1 g/l.
- Risque très élevé : LDL-cholestérol inférieur à 0,70 g/l ou une réduction de plus de 50% du LDL-cholestérol quand l'objectif ne peut être atteint.

#### 1.2.5.2 Mesures hygiéno-diététiques

Les mesures hygiéno-diététiques sont systématiquement indiquées quelle que soit la dyslipidémie et quels que soient les facteurs de risques associés, et doivent être poursuivies à long terme. Cette recommandation est donc également valable en prévention secondaire.

Un traitement médicamenteux ne dispense en aucun cas d'une alimentation équilibrée. Prescrire un traitement sans diététique est hors AMM et contraire aux Références Médicales Opposables (RMO).

Les objectifs hygiéno-diététiques en prévention cardiovasculaire décrits par l'HAS [18], d'après les recommandations de l'AFSSAPS de 2005 [6] et de la société européenne de cardiologie [12] sont les suivants :

##### ➤ Alimentation

L'importance de la diététique est peu controversée chez les sujets dyslipidémiques mais sous-estimée. Plusieurs études diététiques montrent une diminution de la fréquence d'évènements cardiovasculaires, grâce à un régime alimentaire hypolipémiant, que ce soit en prévention primaire (Etude Los Angeles [19]) mais également en prévention secondaire (Etude d'Oslo [20], Essai indien[21]).

Cette modification des habitudes alimentaires doit être progressive et adaptée.

- Les apports lipidiques ne doivent pas dépasser 30% de la ration calorique.
- Il faut réduire l'apport en graisses saturées en privilégiant l'apport en graisses mono et poly-insaturés.
- L'apport de cholestérol alimentaire doit être limité à moins de 300 mg/j.
- Il faut augmenter sa consommation de fruits et légumes, de céréales, de fibres, de poissons.

- Modérer l'apport en sel à moins de 5-6 g/j

- Activité physique et lutte contre la sédentarité

Il est recommandé de pratiquer une activité physique adaptée à l'état physiologique du patient.

Les adultes en bonne santé quel que soit l'âge devraient faire 2,5 à 5h d'activité modérée par semaine ou 1 à 2,5 h d'exercices vigoureux à intenses.

Les patients aux antécédents de maladie cardiaque (infarctus, insuffisance cardiaque chronique, angine de poitrine stable...) devraient, quant à eux, faire environ 30 minutes d'activité intense à modérée plus de 3 fois par semaine.

Les sujets sédentaires devraient être encouragés à commencer un programme d'exercices d'intensité progressive (après stratification du risque lié à l'exercice si le patient a des antécédents de maladie cardiaque).

- Contrôle du poids et lutte contre l'obésité

C'est un des objectifs principaux chez les patients dyslipidémiques et l'un des principaux problèmes des sociétés occidentales.

La réduction de poids chez les personnes en surpoids et obèses est recommandée pour son effet favorable, non seulement sur la dyslipidémie, mais également sur la pression artérielle.

L'objectif est de maintenir un Indice de masse corporel (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>) ou de perdre l'équivalent de 10% du poids du corps en 6 mois.

Une diminution de l'apport calorique et une augmentation de l'activité physique peut permettre d'atteindre ces objectifs.

- Arrêt du tabac

Le tabac est un facteur de risque synergique du développement de l'athérosclérose. Il faut éviter la consommation de tabac active comme passive.

Le médecin traitant doit accompagner son patient lors d'un sevrage tabagique. Il a plusieurs outils à sa disposition : Soutien psychologique, traitements médicamenteux, entretiens motivationnels.

L'important est que la décision de prise en charge soit prise en accord avec le patient, lors de consultations dédiées à l'arrêt du tabac.

➤ Limitation de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool, bien que tolérée doit être limitée.

Les nouvelles recommandations européennes limitent la consommation à 10 g/j chez la femme (soit 1 verre) à 20 g/j chez l'homme (soit deux verres).

1.2.5.3 Traitement médicamenteux.

• Généralités

Lors de la prévention primaire, il est recommandé de débiter la prise en charge avec les mesures hygiéno-diététiques seules et de n'instaurer un traitement médicamenteux qu'après échec de ces mesures bien conduites pendant 3 à 6 mois [5].

Chez les patients à très haut risque cardiovasculaire, il est généralement indiqué/ recommandé d'emblée, notamment chez les patients présentant un syndrome coronarien aigu (SCA), une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une artériopathie carotidienne ou ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral ischémique non cardioembolique [12].

De même, les patients atteints d'hypercholestérolémie familiale doivent être reconnus comme patients à haut risque cardio-vasculaire et traités.

La tendance actuelle tend à instaurer un traitement médicamenteux d'emblée chez les personnes à haut risque cardio-vasculaire, et même chez certains patients ayant un risque cardio-vasculaire modéré à faible.

Les stratégies d'intervention en fonction du risque cardiovasculaire global et du taux de LDL-cholestérol recommandé sont énoncées dans l'ANNEXE 2.

➤ Les médicaments disponibles

Les Statines sont la base du traitement médicamenteux, en monothérapie en première intention.

En cas d'intolérance aux statines, il est recommandé de prescrire soit une résine, soit l'acide nicotinique ou l'Ezetimibe seul ou en association [22].

Si la cible de LDL-cholestérol n'est pas atteinte, il est recommandé de prescrire une association.



## 1.3 L'éducation thérapeutique

### 1.3.1 Définition

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient [23]».

Les critères de qualités de l'éducation thérapeutique selon les recommandations de l'OMS sont regroupés dans le tableau de l'ANNEXE 3

Elle peut également être définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour « comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie [24] ».

Une information orale ou écrite ou un conseil de prévention délivré par un professionnel de santé n'équivaut pas à de l'éducation thérapeutique.

### 1.3.2 L'éducation thérapeutique en France

La volonté politique tente d'intégrer, depuis 1980, l'éducation thérapeutique à la pratique médicale française, notamment à l'aide de nombreux textes officiels dont le rapport OMS Europe de 1998 qui est la référence pour les orientations du développement de l'éducation thérapeutique [25]. Cependant son appropriation par les professionnels de santé a été difficile non seulement car les soignants ne sont pas formés en matière d'éducation mais aussi parce que cette discipline a longtemps été négligée. Les pratiques ne prennent que partiellement en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels interagissant dans les problèmes de santé [26].

Ce n'est que depuis quelques années qu'elle se développe en France : on observe une mise en place de structures spécifiques, une multiplication des ressources éducatives mises à disposition des patients et l'apparition de cursus spécialisés de formation professionnelle.

#### 1.3.2.1 Les différentes structures offrant une éducation thérapeutique

Un article permet de visualiser les différentes offres en matière d'éducation thérapeutique proposées en France [27]:

- L'éducation thérapeutique est prédominante dans les services hospitaliers, là où son développement a débuté.

- Les services hospitaliers de court séjour : séance éducative sous forme de semaines ou de journées d'éducation permettant au patient d'apprendre à mieux gérer leur maladie et d'obtenir un équilibre optimal pour éviter la survenue précoce de complications ou d'accidents aigus.
  - Certains centres hospitaliers ont créé des unités transversales d'éducation thérapeutique, d'autres ont mis en place des pôles de prévention et d'éducation du patient.
  - Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent aussi avoir un rôle d'éducation thérapeutique, dans le milieu de vie du patient et de son entourage, permettant une certaine autonomie dans la gestion de la maladie.
  - Les structures de soins de suite et de réadaptation : disposant souvent d'une équipe pluridisciplinaire et selon la population accueillie ou le type d'affection, elles peuvent permettre d'associer des programmes d'éducation thérapeutique à l'objectif médical de réhabilitation.
  - Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé : permettent une prise en charge globale et un suivi médical pour certaines pathologies (asthme, eczéma) et proposent des ateliers de groupe pour appréhender la maladie et apprendre à la gérer au quotidien.
- Il existe d'autres offres de soins médicales ou médico-sociales : Ecole de l'asthme, école du dos, mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique dans les réseaux de santé ou les maisons médicales, association de jeunes diabétiques, initiatives de certains libéraux d'intégrer l'éducation thérapeutique dans leur pratique professionnelle.
- Enfin le milieu associatif et les prestataires de service et l'industrie pharmaceutique s'engagent dans le champ de l'éducation thérapeutique.

### 1.3.2.2 L'éducation thérapeutique en Picardie : Le Réseau picard pour la prévention et l'éducation du patient

Des pôles de prévention et d'éducation du patient ont été mis en place, avec le soutien de l'agence régionale de santé. Huit structures décentralisées ont été créées dans chacun des territoires de santé. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires.

Le pôle de compétence en éducation pour la santé existe depuis 2005 en Picardie. Depuis 2010, son action est régie par un cahier des charges qui homogénéise les pratiques en France, régularisé par l'INPES.

Dans l'Aisne, où se déroule notre étude, il y a 3 pôles : A Soisson, à Laon et à Saint-Quentin.

Les rôles de ces structures sont divers: Evaluation et suivi des patients lors de consultations spécialisées, documentation, formation du personnel médical et paramédical en matière d'éducation pour la santé.

## 1.4 Problématique et objectif de la thèse

Malgré l'accumulation des preuves liant la dyslipidémie et la maladie coronaire et l'existence de preuves irréfutables montrant que leur prise en charge permet d'éviter les accidents cardiovasculaires et de diminuer la mortalité, le dépistage et le traitement des dyslipidémies restent un moyen sous-utilisé de réduire le risque coronarien. D'après les enquêtes EUROASPIRE I et II, plus d'un patient traité sur deux reste non contrôlé pour son hypercholestérolémie [28].

La réussite du traitement anti-cholestérolémiant repose sur l'optimisation des mesures hygiéno-diététiques. Même si ces mesures sont connues, elles sont rarement mises en application. Ces résultats semblent être liés à des difficultés persistantes à favoriser des changements de comportements.

Pourquoi les patients ont-ils du mal à mettre à en place de manière efficace les règles hygiéno-diététiques pour lutter contre leur hypercholestérolémie ?

Comment le médecin traitant pourrait-il renforcer l'adhésion des patients à ses mesures hygiéno-diététiques ?

### **Objectif de la thèse :**

**Nous avons voulu savoir comment les patients percevaient l'intérêt des mesures non médicamenteuses de lutte contre l'hypercholestérolémie et le rôle de leur médecin traitant dans l'apprentissage et la mise en œuvre de ces mesures afin de trouver des**

**solutions adaptées et améliorer la prise en charge non médicamenteuse des dyslipidémies.**

## 2 MATERIEL ET METHODE

### 2.1 Le choix de la méthode

#### 2.1.1 L'étude qualitative

Historiquement, la recherche qualitative a été utilisée en premier lieu par les anthropologues et les sociologues dans les années 1920 au cours de recherche sur les phénomènes humains dans leur environnement naturel [21].

Depuis les années 1950 les techniques de recueil de données (entretien et « focus group ») sont utilisées par le marketing.

Ce n'est que très récemment, au cours des années 1990, que la recherche qualitative a commencé à être utilisée par les chercheurs en santé.

Le but de la recherche qualitative est de comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle s'inscrit dans une vision holistique et globale du contexte étudié [19]. C'est une démarche qui fait référence aux modèles culturels et à la culture vécue.

Elle n'est pas en opposition avec la recherche quantitative. Elles sont complémentaires car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. Alors que la recherche quantitative va s'intéresser à des questions plutôt biomédicales et va rechercher des relations causales entre des variables mesurables, la recherche qualitative va s'intéresser à l'étude des phénomènes sociaux et tenter une compréhension du contexte grâce à l'étude des sujets dans leur environnement [21].

Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements. Elle permet également d'explorer les émotions, les sentiments des patients, leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux [20]

Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

En ce qui concerne notre étude, l'objectif principal est double :

- Connaître la perception des patients concernant les moyens non médicamenteux de lutte contre l'hypercholestérolémie
- Leur avis sur le rôle de leur médecin traitant dans leur apprentissage

L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des patients concernant les risques liés à une hypercholestérolémie.

Le choix de cette méthode est justifié par notre objectif de recherche, dont les facteurs observés, c'est-à-dire la perception, l'avis, les connaissances des patients, sont subjectifs donc difficiles à mesurer.

Bien qu'assimilés, les conseils d'hygiène de vie ne sont pas systématiquement suivis. Il existe donc un hiatus entre le niveau de connaissance des consommateurs de soin et leur comportement.

Nous allons tenter de définir des éléments d'explication.

#### A) Les différentes étapes

. Choix du sujet

. Revue des études et de la bibliographie sur le sujet

. Elaboration d'une hypothèse et d'une question de recherche

La formulation de l'hypothèse de travail ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise de données, ce qui peut conduire à modifier l'orientation de la méthode ainsi qu'éventuellement la constitution de l'échantillon en cours d'étude.

. Choix de la méthode pour le recueil des données

Notre recherche se basant sur des données verbales, nous avons choisi de réaliser notre recueil de données avec des entretiens individuels oraux, à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré, enregistré après consentement et intégralement retranscrits.

La méthode du « focus group » n'a pas été choisie pour éviter un effet de leader d'opinion qui pourrait influencer les réponses ou entraîner un mimétisme des autres participants.

Concernant l'échantillonnage, celui-ci est fonction des objectifs de la recherche. L'objectif de la recherche qualitative n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes ayant un vécu, une caractéristique ou une expérience personnelle à analyser. Il faut donc constituer un échantillon permettant la compréhension des phénomènes sociaux [19].

. Réalisation du script d'entretien d'après les données bibliographiques et avec l'aide du directeur de thèse.

. Recueil et Analyse des données

Le recueil et l'analyse des données sont réalisés en parallèle. Ce processus continu peut permettre de modifier le guide d'entretien en cas de découverte d'élément imprévu mais aussi

de modifier l'hypothèse initiale. Il permet également d'arrêter le recueil de données lorsque l'analyse des données n'apporte plus de nouveau élément. La saturation est alors atteinte.

. Vérification de la validité par triangulation des données : C'est un argument pour une qualité et une méthode rigoureuse. Nous recherchons la reproductibilité des résultats analysés par un autre expérimentateur.

## 2.2 Notre étude

### 2.2.1 La population étudiée

Critères d'inclusion :

- Patients âgés de 18 à 80 ans
- Atteint d'une hypercholestérolémie primaire (pure ou associée à une hypertriglycéridémie)
- Patients en prévention primaire, c'est-à-dire n'ayant jamais développé de maladie cardio-vasculaire
- Association ou non d'autre facteur de risque cardiovasculaire
- Traité par un hypolipémiant ou non

Critère d'exclusion :

- Patients porteur d'un handicap ne permettant pas de répondre de manière optimale au questionnaire (troubles de l'audition ou de la parole, démence)
- Patients en prévention secondaire (patients avec antécédents d'évènement cardio-vasculaire) ou atteints par une hypercholestérolémie familiale.
- Hypertriglycéridémie pure

Les participants ont été sélectionnés dans la patientèle de cinq médecins généralistes de la maison médicale d'Origny-Sainte-Benoite. Ils consultaient pour un motif quelconque les jours de présence de l'enquêtrice au sein de la maison médicale.

### 2.2.2 L'enquêtrice

Il s'agit de l'auteure de la thèse.

### 2.2.3 Les entretiens (le contexte)

Les entretiens permettant le recueil des données ont été menés à la Maison médicale d'Origny-Sainte-Benoite dans l'Aisne, dans un bureau médical inoccupé les jours où ils ont eu lieu.

Cette maison médicale regroupe cinq médecins généralistes. Leur accord a été obtenu pour non seulement réaliser les entretiens au sein de la maison médicale, mais également pour sélectionner dans leur patientèle des individus répondant à nos critères d'inclusion afin de leur proposer de répondre à notre étude.

Le but de l'étude et les différents critères d'inclusion et d'exclusion étaient expliqués ou rappelés avant chaque session d'entretien aux différents praticiens. Lors de leurs consultations, si un patient remplissait les différents critères, le praticien lui proposait alors de répondre à notre questionnaire.

Un guide d'entretien semi-structuré a été réalisé au préalable avec l'aide du directeur de thèse après revue de la littérature sur le sujet. Celui-ci est composé de plusieurs questions à réponse ouverte (cf. ANNEXE 4).

Les entretiens ont été enregistrés après accord des participants. L'anonymat des participants a été assuré et respecté.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits afin de permettre l'analyse des données.

Le rôle de l'enquêtrice dans cette étude a été de diriger l'entretien de façon neutre. Des questions de relance pouvaient être posées pour approfondir les thèmes explorés.

#### 2.2.4 Le codage/ L'analyse des données

Nous avons suivi les étapes citées par C. Pope et al. [22]

- Familiarisation des données
- Identification des structures thématiques
- Indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique
- Interprétation en créant des concepts, en créant des typologies et des associations

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel « N'vivo » à partir de verbatim.

Les données ont été une première fois analysées par l'investigatrice de l'étude, puis par une autre interne extérieure à l'étude (MBESSE L.) afin de permettre une triangulation des données.



## 3 RESULTATS

### 3.1 Généralités

Entre le 21 avril et le 30 Juin 2016, 11 personnes ont été interrogées. 2 personnes ont été exclues avant l'analyse des données car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion (un patient ayant fait un infarctus et une patiente âgée de 83 ans).

Toutes les personnes à qui l'entretien a été proposé ont accepté d'y répondre.

Cinq femmes et quatre hommes ont réalisé un entretien qui a été retenu pour être analysé. Ils avaient tous plus de 45 ans. Une seule patiente n'avait pas été traitée au préalable.

Dans notre population il n'y avait aucun tabagique actif et seulement trois tabagiques sevrés depuis de nombreuses années.

Les caractéristiques de l'échantillon sont données dans l'ANNEXE 4.

### 3.2 Thèmes retenus

- Le patient face à son cholestérol

Nous avons voulu dans un premier temps évaluer les connaissances des patients concernant le cholestérol et les risques qui y étaient liés.

- Le patient et les mesures hygiéno-diététiques

Nous avons ensuite voulu connaître ce que les mesures non médicamenteuses représentaient pour les patients. Puis nous leur avons demandé leur ressenti par rapport à chacune de ces mesures (alimentation, activité physique, contrôle du poids, arrêt du tabac et limitation de la consommation d'alcool), ainsi que les freins éventuels pour leur mise en application.

- Le patient et son médecin traitant

Enfin nous avons voulu évaluer la perception qu'avait le patient concernant le rôle du médecin traitant dans l'apprentissage et la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques, ainsi que leurs attentes en matière d'éducation et d'information sur les mesures non médicamenteuses de lutte contre l'hypercholestérolémie.

### 3.3 Résultats

#### 3.3.1 Le patient et le cholestérol

##### 3.3.1.1 Le cholestérol

###### ➤ Découverte du cholestérol

Les patients interrogés, étaient souvent hypercholestérolémiques de longue date.

- « Ca fait très, très longtemps... Une trentaine d'années ouais ! » (P1)
- « Ben ça fait déjà 10 ans à peu près. » (P4)
- « Oh il y a longtemps hein, il y a vingt et quelques années que j'ai arrêté de travailler, je dirais une quarantaine d'année à peu près, je pourrais pas vous dire exactement. » (P8)

Pour certains la découverte a été fortuite.

- « Ben écoutez c'est depuis... J'ai eu une montée de tension je suis allé 15 jours à l'hôpital. Donc c'est là qu'ils s'en sont aperçu, c'était en 1993. » (P5)

Pour une des patientes (P7), cette découverte a été une véritable surprise.

- « Ouuuuh là, je ne sais plus exactement mais ça remonte à quelques années quand même, d'où ma surprise parce que en fait heu... j'ai toujours fait attention à ce que je mangeais ! »

Certains remettaient en cause l'hérédité.

- « Ca fait... j'avais à peine 30 ans. Mais il y a beaucoup d'hérédité hein ! Parce que je tiens du côté de ma mère. » (P3)
- « C'est un peu de famille... » (P8)

Aucun ne remettait en cause son mode de vie.

###### ➤ Méconnaissance du caractère chronique du cholestérol

Certains patients n'étaient pas conscients du caractère chronique de l'hypercholestérolémie, et pensaient même ne plus en avoir.

- « Donc oui ben oui je prends des cachets. Enfin j'ai pris des cachets je sais pas si j'en ai encore du cholestérol. » (P1)
- « Il m'a donné un cachet, et depuis ce temps là je prends un cachet tout les jours. Et depuis c'est bon. » (P6)

A noter qu'ils n'étaient également pas forcément conscients du caractère chronique des autres facteurs de risque cardio-vasculaire notamment l'hypertension.

- (A propos de l'hypertension) « Non, je prends un cachet pour. J'en avais mais là je suis bien, je suis à 13/8 » (P4)
- « A la tension heu... ben là j'ai attendu 14-15...14 ou 15 ça dépend des moments. J'ai un traitement, ah ouais c'est pareil ça fait des années hein ! » (P6)

➤ Minimisation des risques liés aux cholestérols

Le caractère asymptomatique du cholestérol était énoncé par une patiente pour justifier son problème d'observance médicamenteuse.

- « Il faut dire que je l'oublie régulièrement [Le traitement], comme je me sens bien je pense pas à le prendre. » (P7)

Une autre nous a fait part de son absence d'inquiétude concernant le cholestérol par rapport à d'autres maladies.

- « Puis j'ai plus peur du diabète que du cholestérol, parce que j'ai des antécédents diabétiques, je ne suis pas diabétique, mais j'ai peur. » (P8)

Les patients avaient en général tendance à minimiser leur problème de santé, notamment concernant les autres facteurs de risque cardiovasculaire.

- « Puis bon je suis suivi par un pneumologue, je suis suivi par le cardiologue, je suis suivi par le diabétologue, je suis suivi par le dentiste... (Rires). » (P1)
- « Ben non ... Si, un peu le diabète qui est limite mais je prends pas de médicaments, il est pas inquiétant. » (P2)
- « J'ai été fumeur étant jeune mais je fumais pas beaucoup, je fumais 2-3 cigarettes par jour... » (P4)
- « La tension j'en ai un p'tit peu... » (P9)

### 3.3.1.2 Les risques liés au cholestérol

➤ Connaissances partielles des risques liés au cholestérol

Concernant les organes cibles du cholestérol, les patients citaient spontanément en priorité le cœur (7 patients sur 9) puis les artères (6 patients sur 9).

- « Ah oui principalement le cœur, les artères hein ! » (P3)
- « Ben les artères hein ! » (P6)

- « Ben l'« infractus » non ? » (P6)
- « Le cholestérol... ben pour moi c'est les artères ! Le cœur, mais les symptômes sont un peu particuliers... » (P7)

Seulement quatre patients évoquaient spontanément les AVC comme complication de l'hypercholestérolémie.

- « Ben c'est le cœur, c'est « l'infractus » souvent...ou bien des AVC ! » (P2)
- « L'« infartus », l'AVC, tout ce qu'on veut quoi ! » (P3)
- « - Ben la tête non ? - C'est-à-dire ? - Un problème d'AVC. » (P4)

Aucun patient n'a évoqué l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. On observait une confusion avec d'autres problèmes vasculaires plus fréquents comme la phlébite ou les varices.

- « Ah... comment c'est qu'on dit...pour le sang ! Parce que j'ai de très vilaines jambes. J'ai étai opérée 3 fois, sclérosée plusieurs fois... » (P5)
- « Ah ben là j'ai intérêt de faire attention, j'ai des soucis veineux j'ai déjà été opérée deux fois » (P7)
- « Donc les infarctus, les AVC, puis phlébite et tout le reste... » (P8)

Pour un patient, le cholestérol pourrait être responsable du diabète.

- « Heu...je sais pas... p'tet le diabète ? » (P1)

Même si certains organes cibles étaient connus, les effets du cholestérol restaient peu évidents pour les patients

- « Ben ça fait des battements et puis... je ne sais plus ! » (P9)

- Les antécédents familiaux, personnels ou dans l'entourage favorisent la connaissance des maladies cardio-vasculaires.

On remarquait que si les patients connaissaient la plupart des maladies cardio-vasculaires, c'est parce qu'une ou plusieurs personnes de leur entourage avaient été concernées.

- « Des AVC oui, je connais ma belle-mère en a fait un. » (P1)
- « Ah oui et c'est la qu'on coupe les jambes ! Ben j'ai une cousine qui a eu le tour, les deux jambes hein ! Puis bon elle est décédée, elle était âgée elle a pas supporté ! » (P2)
- « Pas du côté du père, du côté de la mère. Tous les jeunes, tous ses frères, ses sœurs sont tous morts du cœur. Ya que ma mère qui vit encore qui va avoir 86 ans, elle a fait

déjà au moins deux « infartus ». Et tous ses frères sont morts très jeunes. De 49, 39, 50, ils sont tous morts jeunes du cœur. » (P3)

- « Ah oui... j'ai mon fils, j'ai papa...on est justement une famille à AVC. » (P5)
- « Je le sais parce que j'ai ma femme elle a été opérée, double pontage et une valve aortique, ils lui ont changé une valve aortique alors, et elle c'était dû au diabète, c'était pas le cholestérol ! » (P6).

Certains patients considérés comme à risque avaient bénéficié d'une surveillance plus rapprochée et ont reçu une information plus complète par les spécialistes concernant les maladies cardiovasculaires.

- « A oui les coronaires ! Vous savez j'ai déjà fais un examen heu des coronaires, avec la caméra, j'ai fais ça à Amiens ya ... 3 ans, p'tet plus que ça. » (P1)
- « Oui, ben là déjà je suis allé voir, qui m'a envoyé voir pour faire les artères (me montre ses deux carotides), et j'en ai une qui se boucherait un peu plus que l'autre, j'y vais tout les ans... » (P3)

### 3.3.2 Le patient et les mesures hygiéno-diététiques

#### 3.3.2.1 Représentations du patient concernant les mesures non médicamenteuses

Une modification du régime alimentaire était reconnue par tous les patients comme mesure non médicamenteuse principale pour limiter le taux de cholestérol. La cible principale était représentée par la consommation de graisse.

- « Ben j'évite de manger gras... Pas de sauce, pas de charcuterie, pas de porc heu...qu'est-ce qu'il y a encore...Enfin pour moi j'évite tout ça » (P6)
- « Ben heu, manger aussi, moins de gras. » (P7)
- « Par exemple faut faire un régime, sans le gras. Vous savez moi je fais un régime je ne mange pas de gras je ne prends pas de sucre, pas d'alcool rien du tout » (P8)
- « Pas trop de gras, pas trop de sauce, pas trop de fromage... heu voila ! » (P9)

Seuls quelques patients ont reconnu spontanément l'activité physique comme moyen de limiter leur hypercholestérolémie. (P1, P4, P7 et P9)

- « Ben beaucoup marcher. Mais c'est pas mon truc ! » (P1)
- « Ben...faire du sport peut être. » (P4)
- « Ben d'autre méthode heu... Un peu d'exercice ? » (P9)

Seulement un patient de l'étude a cité l'arrêt du tabac.

- « Fumer, enfin les gens qui fument il paraît que c'est mauvais aussi. » (P7)

Le contrôle du poids et la limitation de la consommation n'étaient pas spontanément reconnus par les patients comme favorisant la baisse de cholestérol.

### 3.3.2.2 Perception du patient

Nous avons ensuite demandé au patient ce qu'ils pensaient des différentes mesures hygiéno-diététiques, ce qu'elles leur évoquaient.

#### ➤ La diététique

Certains patients considéraient que leur régime alimentaire répondait aux recommandations en matière d'alimentation.

- « En fin de compte je fais déjà attention, parce que ma femme comme elle était diabétique, on mangeait toujours un légume vert avec un féculent, puis des fruits quoi ! Bon non c'est pas, non, moi je le fais à peu près correctement. » (P7)
- « C'est déjà mon mode de vie. J'ai même de l'avoine à la maison... Voilà oui c'était déjà mon mode de vie. » (P9)

Ils ne le remettaient pas en question, et d'ailleurs ne voyaient pas comment ils pouvaient agir sur ce paramètre.

- « Sinon niveau nourriture je peux pas faire mieux... » (P1)
- « Je ne peux pas me priver, je mange peut-être pas comme il faut, mais je ne mange pas tout ce qui peut m'apporter du cholestérol. » (P8)

Certains patients étaient perplexes devant l'inefficacité de leur régime alimentaire.

- « ... Mon cholestérol il monte quand même ! » (P2)
- « Et quand on a commencé à me détecter du cholestérol j'ai dit au Dr S. «C'est pas possible, parce que j'ai mangé tout light ! » (P9)

La privation totale était remise en cause.

- « Le gras j'en mange moins mais ne plus en manger du tout c'est pas bon. » (P2)
- « Peut-être parce que j'ai trop privé mon organisme de matière grasse aussi ! Je pense que j'ai été trop sévère avec mon organisme et que l'organisme ben il s'approvisionne lui-même, hein, quand il manque de quelque chose. » (P7)

On pouvait mettre en évidence des facteurs influençant positivement ou négativement la mise en application d'un régime alimentaire

- Origines : Les patients justifiaient la consommation d'aliments considérés comme interdits en mettant en avant leurs origines :
  - « Ben pour arrêter de manger du beurre c'est dur je suis normand (rires). » (P1)
  - « Moi dans ma famille on vient du nord, donc tout le monde cuisine avec du beurre, à la poêle. » (P9)
  
- Les goûts alimentaires : Si les différentes recommandations concernant un régime hypolipémiant étaient en accord les unes avec les autres, les goûts des patients, eux, variaient selon chacun. Ainsi ce qui était une habitude alimentaire chez certains pouvait être une véritable contrainte chez d'autres.
  - « je n'aime pas le poisson » (P3)
  - « Je suis pas très pain ! » (P6)
  
- L'entourage : Il pouvait être vu comme un facteur favorisant, notamment de part l'expérience due aux antécédents des autres membres de la famille.
  - « Ah ben ça le sel on ne sale pas ! Parce que nous on est une famille avec...des « infratus ». » (P2)
  - « J'essaie d'en faire autant pour ma fille parce qu'elle en a aussi [du cholestérol]. » (P5)

Mais il était parfois mis en cause.

- « Mais ma femme c'est le contraire elle me fait des gâteaux des ceci, des cela... » (P3)
- « Parce qu'après le café elle me donne un chocolat, le soir c'est pareil elle va me donner un morceau de chocolat, voilà, alors je lui dis « tu me forces aussi »... » (P3)
  
- Idées reçues : Certains patients avaient des idées préconçues concernant certains aliments, ce qui a pu les amener à commettre des erreurs diététiques.
 

« Et je mange des œufs, c'est pas à limiter non ? Puis c'est des œufs de ferme (rires). » (P8)
  
- Une alimentation pathologique : Un patient (P3) a décrit une pathologie alimentaire à type d'hyperphagie.
  - « C'est pas de la gourmandise, c'est que faut que je soit calé, c'est ça, et si je suis pas calé, c'est pas tabou j'vous l'dis c'est la vérité, je vais me lever et je suis pas gêné de manger n'importe quoi. »

Une autre patiente (P8) a évoqué une fragilité psychologique pour justifier ses excès alimentaires.

- « Je fais un peu de dépression de temps en temps... »
- La ruralité : La vie à la campagne permettait aux patients ayant un potager de consommer des aliments « bons » pour le cholestérol (légumes et fruits).
  - « je fais du jardin, je mange tout naturel. » (P2)
  - Puis comme je suis jardinier je mange beaucoup de légumes, tout ce qui est du jardin. » (P4)
- Initiative du patient : Les patients avaient souvent acquis de petites habitudes qui leur semblaient utiles pour limiter leur hypercholestérolémie.
  - « Enfin je fais des petites choses que je me suis faites moi-même » (P5)
  - « Quand je vais prendre de la crème je vais essayer de prendre de la crème allégée. » (P7)
  - « Je prends du P. (Margarine enrichit en Omega-3) » (P2)

➤ L'activité physique

Les patients, même s'ils n'y avaient pas pensé de façon instinctive, ont reconnu que la lutte contre la sédentarité pouvait agir contre l'hypercholestérolémie.

Certains conservaient une activité physique régulière.

- « J'ai un truc à pédale là donc ça j'en fais deux fois par semaine. » (P7)
- « Moi quand je peux je fais du vélo. Enfin 1 fois par semaine pendant 2 heures. » (P9)

Les autres, même s'ils ne faisaient pas de sport à proprement parler se considéraient comme actifs.

- « Ah oui moi je jardine, je bouge... » (P2)
- « Je suis très physique vous savez... » (P3)
- « Je fais pas de sport mais j'ai des occupations » (P6)

Un seul patient a clairement assumé son absence de gout pour le sport.

- « ... c'est pas mon truc ! » (P1)

○ Les problèmes de santé



Pour les patients les plus âgés, le frein principal à la pratique d'un sport était une mauvaise condition physique. Ces problèmes de santé étaient majoritairement d'ordre rhumatologique et orthopédique.

- « Bon là j'ai limité parce que j'ai des problèmes... Je me suis fais opérer de la hanche... » (P5)
- « J'ai été opéré d'une hanche, j'ai une prothèse... » (P6)
- « Mais ce que je peux plus faire parce que j'ai mal à un pied... (rires). » (P7)

Parfois ces problèmes de santé étaient d'ordre cardio-respiratoire.

- « Mais pas trop dur parce que j'ai eu des problèmes d'essoufflement.... » (P1)

Une patiente a évoqué sa phobie de l'eau pour justifier l'impossibilité de faire de la natation.

- « Ah ça j'ai peur de l'eau, je ne peux pas » (P8)

#### o Le travail

Pour les patients plus jeunes, le travail représentait le frein principal à la pratique d'une activité physique optimale.

- « Ben après ça dépend le travail qu'on fait aussi. Si on fait un travail physique ça devient dur. » (P4)
- « Ah le sport heu...oui ça pourrait aider un p'tit peu mais bon, je travaille un p'tit peu quand même et avec le travail il faut prendre le temps ! » (P9)

A l'inverse, la retraite pouvait apparaître comme un facteur pourvoyeur de sédentarité, notamment à travers la télévision, même si la plupart des patients retraités ne se laissaient pas aller.

- « Maintenant je suis à la retraite, ben j'ai plus la même activité forcément ! » (P7)
- « J'suis pas à la retraite pour rien faire. Je suis pas l'homme à la télé. » (P3)
- « ... mais non mais je ne suis pas inactif, je ne suis pas assis devant la télé... » (P6)

#### o Mode de vie

La vie à la campagne apparaissait comme un facteur limitant la sédentarité, notamment à travers la tenue d'un potager, l'entretien de la maison ou même la nécessité de monter et descendre des escaliers.

- « ... Je fais pas de sport mais j'ai des occupations dans le jardin heu, tondre et tout ça, heu... » (P6)
- « M'enfin là je fais ma maison entièrement, du ménage. » (P5)
- « Ah ça les escaliers je les monte, je dors à l'étage (rires)... » (P2)
- « Moi j'ai des escaliers, Puis j'ai un étage alors je les monte plusieurs fois par jour. » (P6)

- o L'entourage

La relation entre entourage et pratique d'une activité physique régulière était vécue de façon variable. Elle pouvait être perçue comme un facteur facilitant, avec la motivation qu'elle pouvait entraîner.

- « Oui tout le monde me le dit mais ... (rires). »

Mais elle apparaissait parfois comme un frein.

- « Moi le sport j'en faisais, je faisais de la natation, je faisais de la marche. Mais depuis un an, même 6 mois, mon fils a acheté une maison. Donc tous les week-ends, j'ai plus le temps de faire du sport. Donc je bricole chez lui. C'est un peu du sport (rires). » (P4)

- Le contrôle du poids

Le poids était considéré comme un paramètre facilement contrôlable par le patient car mesurable à domicile.

- « Puis j'ai la bascule à la maison ! » (P1)
- « J'avais pris 5 kg j'en ai déjà perdu 2. » (P8)

Certains patients exprimaient la difficulté à maintenir un poids stable.

- « Ah ça j'essaye de pas grossir justement (rires). On essaye, j'étais au dessus de 70 maintenant je suis en dessus j'essaye de stabiliser mais c'est très dur. » (P5)

Une patiente remettait en cause la ménopause.

- « Bon là j'ai pris un peu de poids, bon c'est avec la ménopause.. » (P2)

Une autre a évoqué des événements de vie difficiles ayant favorisé sa prise de poids.

- « A ça, oui, j'ai eu des petits problèmes, j'ai pris 5 kg en peu de temps, j'ai eu des ennuis j'ai perdu deux personnes chères, j'ai perdu mon chat » (P8)

### ➤ La limitation de la consommation d'alcool

Il est étonnant de noter que la plupart des patients minimisaient leur consommation d'alcool. Pour eux consommer peu était assimilable à ne pas consommer du tout.

- « Ah ça je n'bois pas ! C'est très rare que je boive un apéritif ! » (P1)
- « Je ne bois pas ! Juste un apéritif le samedi soir ! »

Concernant les facteurs influençant la consommation d'alcool, ils étaient variés :

- Problème de santé : Un patient ne consommait plus d'alcool car il prenait des antiépileptiques.
  - « Je bois pas d'alcool, j'ai arrêté depuis que je suis épileptique, avec les cachets, on m'a déconseillé de boire de l'alcool. » (P4)
- La famille : Le modèle familial pouvait entraîner à consommer de l'alcool.
  - « J'ai vécu dans une famille où on consommait pas mal... » (P7)
- Facteurs sociaux culturels : Les sorties, la convivialité amenaient les patients à augmenter leur consommation d'alcool.
  - « Tout ce que je bois c'est un peu de muscat parfois le samedi. Je m'autorise samedi/dimanche ou s'il y a quelqu'un à la maison mais c'est rare » (P5)
  - « ...quand on va au restaurant. » (P7)
  - « Moi j'en bois un verre par jour, après manger, enfin avec le fromage à midi c'est tout. Bon à part s'il vient quelqu'un, comme ça quoi. » (P6)
- La conduite automobile : Une patiente exprimait son désir de conserver son autonomie à travers la conduite, justifiant l'absence de consommation d'alcool
  - « ... Je ne veux pas qu'on m'enlève le permis (rires). » (P8)

A noter que les normes étaient relativement acquises par les patients.

### ➤ L'arrêt du tabac

Ce paramètre était difficile à analyser dans notre étude étant donné qu'il n'y avait aucun tabagique actif et que seulement trois des neuf patients avaient été fumeurs. Quelques facteurs ont tout de même été mis en évidence, un concernant l'initiation au tabac et l'autre l'arrêt.

- L'effet de mode, qui pouvait inciter les jeunes à essayer la cigarette.

- « J'ai essayé de fumer quand on était un peu soldat, on voulait faire un peu l'homme, un peu comme tout le monde (rires). » (P3)
- o L'influence de la famille pour l'un des patients a permis l'arrêt du tabac.
- ... « Je fumais 2-3 cigarettes par jour et puis arrivés à la communion de ma fille, on a dit avec ma femme « c'est le dernier paquet, on arrête ». Donc on a pris une décision à 2 ! » (P4)

➤ La place des médicaments

La plupart des patients ne remettaient pas en question l'efficacité des mesures hygiéno-diététiques mais certains pensaient que la stabilité de leur taux de cholestérolémie reposait essentiellement sur la prise d'un médicament.

- « Je suis pas sûre que ça suffise, j'ai déjà essayé de ne pas prendre les comprimés et de ne faire que le régime. » (P8)
- « ...non, mais non, j'ai déjà essayé, si j'ai pas mes médicament, ça monte ! » (P9)

### 3.3.3 Le patient et son médecin traitant

#### 3.3.3.1 La relation des patients avec leur médecin traitant

➤ Une relation perçue comme satisfaisante.

Concernant leur médecin traitant, les patients semblent globalement satisfaits de la prise en charge par ce dernier.

- « Ah ben oui, je suis très contente de mon médecin traitant ! » (P8)
- « Moi j'ai un dialogue, j'parle pas au curé comme je dis si j'ai quelque chose à lui dire je lui dis ! » (P3)
- « Oh je pense que oui il a dû m'en parler mais il me connaît bien (rires). » (P7)

➤ Une relation de longue durée

La durée de fréquentation du médecin traitant était souvent mise en avant par les patients comme symbole de loyauté et de confiance

- « Ca fait 30 ans que je viens le voir ! » (P1)
- « Ben il s'investit, depuis 30 ans... » (P3)
- « Ben oui, après c'est déjà bien, 5 ans que je le connais. » (P5)

### 3.3.3.2 Représentation du rôle du médecin traitant

#### ➤ Une information inconstante

Certains patients considéraient avoir reçu de la part de leur médecin traitant une information suffisante concernant la prise en charge de leur hypercholestérolémie.

- « Oh oui. Ça j'ai pas de problème. Même pour ma fille qui est handicapée elle fait du cholestérol et on en a parlé là. » (P5)
- « Oh je pense que oui il a dû m'en parler mais il me connaît bien (rires). » (P7)

D'autres patients n'ont au contraire pas eu la sensation d'être suffisamment informés.

- « Ah ben non, il m'a jamais dit ! »
- « Ah ben on en a jamais parlé avec le docteur... » (P5)
- « On n'a pas évoqué ce que vous venez de dire, c'est plutôt avec la maladie de ma femme. » (P6)

Certain patients avaient été informés par d'autres professionnels de santé sur les règles hygiéno-diététiques, notamment au travers de fiches alimentaires.

- « Ca j'ai déjà eu quand je suis allé voir madame heu... pour la thyroïde. Elle me l'avait déjà donné. » (P5)
- « Parce que même quand elle a été opérée [la femme du patient] elle a été en centre de rééducation cardiologique. Alors il lui avait donné... » (P6)

#### ➤ Le rôle du médecin traitant

La représentation que les patients se faisaient du rôle de leur médecin traitant était variable. Pour certains celui-ci était limité.

- « Ben je vois pas ce qu'il pourrait faire de plus... » (P1)
- « Ben comme il dit c'est à moi de me prendre en main, c'est d'limiter les choses que je ne devrais pas manger. » (P3)
- « Après je vois pas trop comment il pourrait m'aider... » (P4)
- « Oh... ben il peut rien faire ! On peut pas tout lui demander (rires) faut pas exagérer ! » (P7)
- « Boh, je pense que s'il avait quelque chose à me proposer il me le proposerait, s'il me propose rien d'autre c'est qu'il y a rien d'autre, sincèrement, je pense que Dr S. s'il y avait un autre moyen de me traiter il le ferait ! » (P7)

Pour d'autres, le médecin traitant pourrait éventuellement les guider dans la nutrition.

- « Ben c'est sûrement diététique. » (P5)

### 3.3.3.3 Attente des patients concernant les aides apportées par le médecin traitant.

Les attentes étaient également variables selon les patients.

#### ➤ Conseils sur l'alimentation

Pour certain c'était plutôt une aide concernant l'alimentation

- « Si je pouvais avoir les fiches des aliments qui sont bons... moi j'achèterais ce qu'il faut ! » (P2)
- « Par le biais de l'alimentation je pense [...] faire un tableau avec par jour ce qu'on doit prendre » (P5)

#### ➤ Conseils sur le sport

Certains seraient favorables à des conseils sur le sport même si la plupart avaient du mal à imaginer comment le médecin traitant pourrait les aider sur ce point là.

#### ➤ Aucune attente

Certains patients, souvent ceux qui pensaient avoir un mode de vie adapté et qui ne voyaient pas quel rôle pouvait avoir leur médecin traitant dans la prise en charge non médicamenteuse de leur hypercholestérolémie, n'attendaient aucune aide de celui-ci.

- « Pas grand-chose (rire nerveux) » (P3)
- « Non, ce n'est pas nécessaire chez moi ! » (P7)

Une patiente assumait totalement ne pas être réceptive aux conseils de son médecin traitant<sup>s</sup> concernant les règles hygiéno-diététiques.

- « Ah ben il peut me le dire, vous savez, mais ça ne fonctionnera pas ! » (P8)

Un autre évoquait un manque de volonté.

- « ... C'est la volonté surtout... » (P3)

#### ➤ La diététicienne

Concernant l'intérêt d'un suivi par une diététicienne, les avis étaient également partagés. Certains patients pensaient pouvoir en attendre un bénéfice.

- « Ben j'y ai déjà été, mais pas pour le cholestérol. Elle m'a donné de bonnes techniques... »

D'autres n'en voyaient pas l'intérêt, que ce soit par manque de volonté, compte tenu d'échecs passés ou parce qu'ils considéraient ne pas en avoir besoin.

- « Ah ça ne m'intéresse pas parce que pareil ça serait... passer mon temps pour rien (rires). »  
(P8)

- « Mais je suis déjà allé voir des diététiciennes. Ouh la la j'ai été voir, ça a été un p'tit moment, mais après je reprends le dessus. » (P3)

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Analyse des résultats

#### 4.1.1 Connaissances du patient concernant les risques liés au cholestérol.

##### 4.1.1.1 L'hypercholestérolémie

D'après l'étude ARIC, seulement 42 % des sujets ayant une augmentation de leur cholestérol total se savaient hypercholestérolémiques, alors que 84 % des hypertendus se savaient hypertendus [33].

Dans notre étude, même si les patients rencontrés savaient qu'ils avaient eu un jour un taux élevé de cholestérol, le caractère chronique de ce facteur de risque n'était pas forcément évident. Ainsi certains se sentaient guéris car ils avaient pris un médicament. Il en était de même pour l'hypertension.

Du fait de l'absence de symptômes spécifiques à l'hypercholestérolémie, les patients ne se sentaient pas malades. Comme le montre l'étude PEGASE [34], 30% des patients considéraient que c'était une « maladie muette, spéciale ».

Pour certains, c'était même une moindre source d'inquiétude comparativement à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire comme le diabète de type 2. Cette notion est retrouvée dans l'étude de FOURNIER et POULAIN, concernant les déterminants sociaux du non-suivi des régimes alimentaires chez les patients hypercholestérolémiques [35]. Etait également mise en évidence une banalisation de la pathologie car elle apparaissait comme fréquente aux yeux des patients et donc négligeable.

##### 4.1.1.2 Le risque cardiovasculaire

Les patients n'avaient qu'une connaissance partielle de l'effet du cholestérol sur leur organisme, Même s'ils savaient globalement quels étaient les organes touchés, la relation de cause à effet entre hypercholestérolémie et événements cardiovasculaires ne semblait pas être acquise. Les patients ayant le meilleur niveau de connaissance semblaient être soit les patients suivis par des spécialistes, soit les patients dont un membre de l'entourage avait présenté un événement cardiovasculaire. Ces résultats étaient également retrouvés dans les études précédemment citées ([34], [35]).

Il paraît donc nécessaire d'expliquer au patient le concept d'athérosclérose, afin qu'il puisse intégrer que l'excès de cholestérol est un facteur de risque d'une maladie pouvant se compliquer d'un accident cardiovasculaire. Cela permettrait de favoriser non seulement



l'observance des médicaments, mais également la mise en application des différentes règles hygiéno-diététiques.

#### 4.1.2 Perception du patient concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre l'excès de cholestérol.

Au cours des entretiens, nous avons pu remarquer que les mesures non médicamenteuses de lutte contre l'excès de cholestérol étaient peu connues des patients. Même si les patients connaissaient les bienfaits d'une activité physique régulière et les méfaits de l'alcool et du tabac, ils ne faisaient pas le lien entre ces paramètres et l'hypercholestérolémie.

Pour eux, les règles hygiéno-diététiques se résumaient à la diététique seule.

##### 4.1.2.1 La diététique

Tous les patients reconnaissaient la diététique comme un élément pouvant favoriser la diminution ou du moins la stabilisation de la cholestérolémie, la cible principale étant « le gras ». Certains avaient même pris l'initiative d'instaurer quelques habitudes comme l'achat de produits allégés ou vendus comme agissant contre le cholestérol.

Par contre, quand il leur a été demandé de préciser ce qu'ils entendaient par « ne pas manger de gras » ou « faire attention », on a pu s'apercevoir que ces notions étaient floues.

Certains patients considéraient qu'ils appliquaient les recommandations données : parmi eux, quelques-uns devaient effectivement respecter les règles diététiques, mais on pouvait également imaginer que certains d'entre eux ne comprenaient pas forcément ces recommandations. Dire à quelqu'un de « limiter les graisses saturées » ne l'aidera pas forcément dans ses choix alimentaires.

Même s'ils avaient bien intégré la notion d'aliments interdits représentés principalement par le beurre, l'huile et les plats en sauce, on pouvait remarquer que la notion d'aliments à favoriser tels que les fruits, les légumes, les céréales n'était pas mise en avant.

Dans l'étude de FOURNIER et POULAIN [35], il était mis en évidence que le remplacement des aliments interdits était problématique pour les patients car ils ne connaissaient pas les produits à favoriser. Le régime hypolipémiant était perçu comme trop contraignant, entraînant une mauvaise observance de celui-ci sur le long terme.

Certains des aliments à forte teneur en cholestérol étaient considérés comme inoffensifs, comme c'est le cas pour les œufs dans notre étude et dans l'étude de FOURNIER et POULAIN. Ces idées reçues pouvaient être en lien avec des contradictions dans le discours

médical, comme le montre l'étude PEGASE [34] qui met en avant le caractère inconstant des recommandations en matière d'alimentation selon les différents professionnels de santé.

Il semble donc important d'avoir un discours complet, compréhensible et constant avec les patients concernant le régime alimentaire à suivre afin d'éviter les confusions. Il faut intégrer le régime alimentaire dans le mode de vie des patients de façon progressive, en mettant en avant les produits autorisés, afin d'éviter une démotivation, source majeure d'échec à long terme de ce régime.

Notre étude a mis en évidence de nombreux facteurs pouvant jouer sur le suivi ou non du régime hypolipémiant.

La famille, les origines ou le mode de vie, pouvaient être tour à tour un frein ou un facteur favorisant la mise en œuvre du régime, selon les patients. Cette constatation a été également retrouvée dans les travaux de FOURNIER et POULAIN [35] qui ont mis en avant « la création et l'affirmation des identités du mangeur », à travers l'alimentation.

La ruralité est apparue naturellement comme un facteur favorisant la consommation d'aliments ayant un effet bénéfique sur la cholestérolémie, les patients ayant souvent un jardin et pouvant récolter leurs propres fruits et légumes.

Les goûts alimentaires, inhérents à chacun, avaient également eu un rôle important dans le suivi du régime alimentaire.

La solitude est apparue dans notre étude comme frein à la mise en pratique du régime alimentaire. L'étude de FORNIER et POULAIN [35] a mis en évidence qu'au contraire le fait de vivre seul favorisait le suivi des recommandations.

Il faut prendre en compte tous ces facteurs quand l'on souhaite faire adhérer un patient au régime alimentaire. Celui-ci doit être personnalisé et adapté à chacun tout en respectant au maximum les recommandations.

#### 4.1.2.2 L'activité physique

L'activité physique était également reconnue par les patients comme favorisant une diminution de la cholestérolémie.

Même si les patients se considéraient en règle générale comme actifs, ils étaient souvent bien loin d'effectuer la quantité d'activité physique recommandée.

Dans notre étude, la ruralité est à nouveau apparue comme un facteur limitant la sédentarité car les activités sont multipliées à la campagne (le jardinage, la chasse...).

Les patients ayant une activité professionnelle ont rapporté qu'il leur était difficile de pratiquer un sport, non seulement par manque de temps mais également du fait du caractère physique et fatiguant de certains métiers.

L'étude a également mis en évidence que l'état de santé des patients limitait la pratique d'une activité physique régulière.

La prévalence de l'hypercholestérolémie augmente avec l'âge. Comme le montre l'ENNS, celle-ci atteint 55% dans la population des 65-74 ans, soit plus d'un patient sur deux [7].

De plus les pathologies liées au vieillissement, qu'elles soient d'origine rhumatologique (arthrose et lombalgies), orthopédique (fractures de l'extrémité supérieure de la hanche) ou cardio-respiratoire (diminution des capacités respiratoires et d'adaptation à l'effort) créaient un frein à la pratique d'une activité physique.

Il est important d'inciter de façon précoce les patients, quel que soit leur âge, à la pratique d'une activité physique régulière. Celle-ci en plus d'avoir un effet favorable sur la réduction du risque cardiovasculaire, a également un effet favorable sur l'organisme (sur la réduction de la masse musculaire, ainsi que sur la réduction de la masse osseuse, sur la sécrétion des hormones...) [36].

Il faut également adapter l'activité physique à l'état de santé des patients. L'évaluation HAPPIER qui proposait plusieurs activités physiques dédiées à des résidents en maison de retraite autour de la prévention des chutes et de la gymnastique légère [37], a démontré une réduction nette de la prévalence des chutes et une amélioration significative des mesures subjectives de santé.

#### 4.1.2.3 Les autres mesures

##### ➤ Le contrôle du poids

Le contrôle du poids était un facteur important à prendre en compte car il était le seul mesurable par le patient. Il dépendait en grande partie de l'alimentation et de la pratique d'une activité physique régulière.

La surveillance de son poids permet au patient d'adapter ses efforts pour atteindre un objectif de poids idéal. La mesure de l'indice de masse corporelle doit être expliquée au patient, ainsi que la norme ( $< 25 \text{ kg/m}^2$ ) afin de lui permettre de se fixer des objectifs.

Chez les femmes, il faut prendre en compte que la ménopause peut non seulement favoriser la prise de poids, mais également entraîner une hausse du taux de cholestérol, comme le montre l'étude du Dr Karen MATTHEWS [38].

➤ La consommation d'alcool

Dans notre étude, les normes relatives à la consommation d'alcool étaient respectées d'après les patients. Une moindre augmentation de cette consommation était favorisée par les fins de semaines, les sorties ou la présence d'invités au domicile.

On observe une similitude dans l'étude PEGASE [34], non pas à propos de l'alcool, mais à propos de l'alimentation, avec des difficultés à respecter les règles alimentaires lors des repas de famille ou des repas pris en extérieur.

On observe également que certaines traditions sont ancrées dans la culture française, comme boire un verre de vin avec du fromage, en accord avec la notion « d'affirmation du mangeur » de FOURNIER et POULAIN [35].

Il faut rappeler les normes de la consommation d'alcool au patient et détecter les consommateurs pathologiques afin de les prendre en charge. Pour la HAS, la consommation optimale est comprise entre 10 et 30 g d'alcool par jour (1 à 3 verres) chez l'homme et 10 et 20 g par jour (1 à 2 verres) chez la femme [11].

➤ Le tabac

Le lien entre intoxication tabagique et cholestérol n'a pas été fait par les patients (seulement l'un des participants à l'étude l'a évoqué), mais l'absence de patients fumeurs n'a pas permis d'approfondir le sujet.

Les effets délétères du tabac sur la santé ne sont plus à prouver, et essayer par tous les moyens de conduire les fumeurs à initier un sevrage tabagique doit être une priorité pour chaque professionnel de santé.

Les jeunes doivent être encouragés à ne pas devenir fumeurs, et tous les fumeurs devraient bénéficier de conseils et d'une assistance pour arrêter de fumer.

### 4.1.3 Perception du rôle du médecin traitant dans la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques et attentes des patients.

#### 4.1.3.1 L'information

Dans notre étude, la plupart des patients considéraient n'avoir pas été suffisamment informés par leur médecin traitant à propos des mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol. Les informations paraissaient inconstantes, en quantité et en qualité, d'un patient à un autre pour un même médecin mais également d'un médecin à un autre.

L'étude PEGASE [34], qui évaluait en parallèle les perceptions des patients et des médecins concernant les règles hygiéno-diététiques, montrait que les patients n'osaient pas poser de questions à leur médecin traitant concernant leur excès de cholestérol, par peur de le déranger ou de ne pas comprendre les informations délivrées.

De leur côté les médecins pouvaient percevoir cette réaction comme un manque d'intérêt pour les règles hygiéno-diététiques et ils anticipaient les difficultés d'adhésion de leurs patients à celles-ci. Les patients qui semblaient peu enclins à suivre les règles hygiéno-diététiques étaient laissés de côté alors qu'ils étaient ceux qui avaient le plus besoin d'une aide adaptée.

De plus, alors qu'ils disposaient pourtant de documents pédagogiques écrits ou audiovisuels, les médecins les utilisaient peu. Ainsi, 84% des médecins traitants interrogés ne remettaient aucun document d'information à la suite de la consultation.

Dans cette même étude, il a également été démontré que certains médecins généralistes considéraient que le régime alimentaire ne suffisait pas et que l'association d'un médicament était nécessaire. La perception que les médecins avaient de l'efficacité des mesures hygiéno-diététiques semblait être en rapport avec l'information reçue par les patients.

#### 4.1.3.2 La relation médecin-patient

Malgré le manque d'information pour certains, tous les patients de l'étude reconnaissaient avoir une bonne relation avec leur médecin traitant, et surtout en être satisfaits.

Une étude a mis en évidence le lien entre une bonne relation médecin-patient et l'adhésion au traitement des facteurs de risque cardiovasculaire [39].

La relation médecin-patient a donc une importance majeure dans la modification du comportement de santé des patients et le médecin traitant doit mettre à profit cette relation pour amener le patient à respecter les règles hygiéno-diététiques.

#### 4.1.3.3 Le rôle du médecin traitant et les attentes des patients

Concernant la perception du rôle de médecin traitant et les attentes des patients, On observait dans notre étude une grande variabilité interindividuelle.

Certains patients laissaient toute sa place au médecin traitant dans la prise en charge non médicamenteuse de leur hypercholestérolémie et attendaient d'être conseillés concernant principalement l'alimentation et le sport.

D'autres patients considéraient, au contraire, que la prise en charge non médicamenteuse n'était pas du ressort du médecin traitant.

Le rôle du médecin traitant se résumait trop souvent à celui de « prescripteur » et les patients oubliaient qu'il avait également une mission en matière de prévention.

L'étude PEGASE [34] montrait que certains médecins ne pensaient pas avoir les moyens de persuader leur patient mais qu'ils étaient intéressés par une formation en nutrition ou en motivation du patient.

Il existait donc une différence entre les médecins concernant les connaissances du traitement non médicamenteux des dyslipidémies et les bénéfices liés à celui-ci, leurs compétences éducatives et la perception qu'ils avaient de leur propre efficacité.

#### 4.1.3.4 L'éducation thérapeutique par le médecin traitant

L'éducation thérapeutique du patient, outil majeur en milieu hospitalier, était très peu utilisée par les médecins généralistes. Pourtant, elle aurait toute sa place dans la prise en charge de l'hypercholestérolémie. La mise en place d'un programme éducatif permettrait aux patients de mieux comprendre sa maladie et les encouragerait probablement à améliorer son hygiène de vie et son observance médicamenteuse.

Il paraissait donc essentiel d'étudier, tout d'abord, les perceptions et les pratiques des médecins généralistes ainsi que leur motivation à se former à l'éducation thérapeutique, avant de rechercher des solutions efficaces pour aider les patients à adopter les mesures hygiéno-diététiques de lutte contre l'hypercholestérolémie.

Il fallait également tenir compte de la densité médicale : La Picardie, où se déroulait notre étude, avait la plus faible densité de médecins généralistes en France, avec 71 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Mais c'était également l'une des régions où l'on consultait le plus (4,3 fois en moyenne dans l'année ; 5<sup>ème</sup> rang national en 2014) [40]. Cela

pouvait freiner la formation des médecins généralistes en matière d'éducation du patient et compliquer la mise en application de ces mesures éducatives dans leur pratique quotidienne.

## 4.2 Forces et limites de l'étude

### 4.2.1 Limites

#### - Biais de Sélection :

Les patients interrogés étant issus du même cabinet, situé à Origny-Sainte-Benoite, il s'agissait donc essentiellement d'une population semi-rurale.

La moyenne d'âge des patients interrogés était de 66 ans. Tous les patients avaient plus de 40 ans, et seulement deux avaient moins de 60 ans. Même si l'hypercholestérolémie concerne majoritairement des sujets ayant plus de 65 ans, elle touche également des personnes moins âgées et cette étude ne permet pas d'analyser leur vision et leurs freins potentiels à la mise en pratique des règles hygiéno-diététiques.

Il n'y avait également aucun fumeur dans les personnes interrogées.

Du fait de ces nombreux biais de sélection, les résultats sont peu applicables à la population générale.

#### - Un échantillon limité

Le nombre limité de personnes interrogées a pu représenter un frein au recueil des données.

#### - Un intervenant unique

Une seule personne a mené les entretiens. Même si cela a permis d'adapter les entretiens et d'ainsi favoriser l'émergence de nouvelles idées, une multiplicité des intervenants aurait pu apporter une diversité dans le recueil des données.

### 4.2.2 Forces

#### - Un étude originale

Peu d'études ont évalué les mesures hygiéno-diététiques de lutte contre l'hypercholestérolémie. La plupart des études concernaient, soit les traitements hypolipémiants médicamenteux, soit l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire.

La principale étude sur le même sujet, à grande échelle, reste l'étude PEGASE [34].

#### - La méthodologie

La recherche qualitative donne un aperçu du comportement et des perceptions des patients, ainsi que leur opinion sur un sujet particulier. La méthode utilisée dans l'étude permettait donc de répondre de manière adaptée à la question de recherche.

- Validité interne et externe de l'étude

➤ Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité.

Les résultats de notre étude sont superposables, comme nous l'avons montré plus tôt, à ceux d'autres études qualitatives étudiant le même sujet. Les éléments mis en évidence semblent donc fidèles à la réalité.

De plus les données retenues étaient soumises à l'analyse individuelle de deux personnes. Cette double analyse a permis une triangulation des données et la concordance des thèmes retenus.

➤ Validité externe

Même si le nombre d'entretiens peut paraître faible ils se sont déroulés jusqu'à saturation des données. Les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux éléments.



## 5 CONCLUSION

L'hypercholestérolémie concerne aujourd'hui presque une personne sur trois en France. C'est un des facteurs de risque majeur et modifiable de développement de maladies cardiovasculaires. Ces pathologies ont non seulement un taux de mortalité élevé, mais également un coût important pour la société. Prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaire est donc un objectif majeur de santé publique.

On observe cependant que plus d'un patient hypercholestérolémique sur deux n'atteint pas les objectifs fixés par les recommandations internationales. Ceci semble lié au fait que la population, malgré les preuves scientifiques et les informations diffusées par les médias, reste peu sensibilisée dans le domaine de la prévention cardiovasculaire, ce qui entraîne non seulement une mauvaise observance médicamenteuse mais surtout une mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques sur le long terme.

Les campagnes destinées au grand public ne suffisent pas. Il faut développer une stratégie éducative adéquate afin d'agir sur les comportements de santé des patients et obtenir des modifications durables du mode de vie. Les difficultés d'adhésion aux règles hygiéno-diététiques semblent en partie liées à la différence qui existe entre les recommandations et le style de vie des patients. En effet, les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique sont fixes et ne prennent pas en compte la singularité des patients. Chaque patient est différent de par son vécu, son mode de vie, son rapport à la santé ou la relation qu'il entretient avec son médecin traitant.

Il faut aussi prendre en compte le fait que les médecins généralistes sont également tous différents. Ils n'ont pas tous les mêmes perceptions concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol et leurs bénéfices, ni les mêmes compétences éducatives, ni les mêmes relations avec leur patient. La faible densité médicale peut également être un obstacle : les emplois du temps des médecins généralistes sont surchargés, ce qui ne les encourage pas à mettre en pratique l'éducation thérapeutique.

La route reste longue en matière de prévention et d'éducation thérapeutique du patient, dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire, et plus particulièrement de l'hypercholestérolémie, et il semble important, dans un premier temps, d'analyser les pratiques et les perceptions des médecins généralistes avant d'agir sur la prise en charge des patients.



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] FELTGEN K. Le Cholestérol : 1758-1913. Essai historique sur l'intérêt qu'il a suscité en médecine depuis sa découverte au milieu du XVIIIème siècle jusqu'à l'aube du XXème siècle. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Rouen, 1993, n°48.
- [2] PASCAUD M, ROUFFY J. Cholestérol. *Encyclopædia Universalis* (en ligne), consulté le 19 juin 2016.
- [3] LUSTENBERGER P, ANDRE J. Le métabolisme du cholestérol et des stéroïdes. Omniscience, 2007.
- [4] SAILE R, TAKI H. Cholestérol, lipoprotéines et athérosclérose: de la biochimie à la physiopathologie. ResearchGate, janvier 2007.
- [5] Hypercholestérolémie pure et hyperlipidémie mixte : Prise en charge. Note de cadrage. HAS. Juin 2015.
- [6] Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandation. AFSSAPS. Mars 2005.
- [7] DE PERETTI C, PEREL C, CHIN F, TUPPIN P, ILIOU MC, VERNAY M, et al. Cholestérol LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France métropolitaine. BEH 2013;(31):378-85.
- [8] Maladies cardiovasculaires. Aide-mémoire. OMS. Janvier 2015.
- [9] MOTREFF P. Facteurs de risque cardio vasculaire. Information diététique. Janvier 2006, p.4-10.
- [10] GIRAL P. Athérome : anatomie pathologique, physiopathologie, épidémiologie et facteurs de risque, prévention. Rev Prat 1998 ; 48 : 99-106.
- [11]. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. ANAES, Service Évaluation en Santé Publique. Juin 2004
- [12] European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, REINER Z, CATAPANO A, DE BACKER G, GRAHAM I, TASKINEN MR, WIKLUND O, et al. 2011. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal* 32 (14): 1769-1818. doi:10.1093/eurheartj/ehr158.

- [13] DANCHIN N, VAUR L, GENES N, ETIENNE S, ANGIOI M, FERRIERES J, et al. Treatment of acute myocardial infarction by primary coronary angioplasty or intravenous thrombolysis in the « Real World ». One-year results from a nationwide French survey. *Circulation* 1999 ;99 :2639-44.
- [14] DUCIMETIERE P, RICHARD J, CLAUDE J.R., WARNET JM. Les cardiopathies ischémiques. Incidence et facteurs de risque. L'étude prospective parisienne. Paris. Editions INSERM, 1981.
- [15] KEYS A. (ed.). Coronary heart disease in seven countries (American Heart Association, monograph n° 29). *Circulation* 1970 : 41 (suppl. 1) : 1
- [16] WILSON PWF, ABBOT RD, CASTELLI WP. High density lipoprotein cholesterol and mortality : the Framingham Heart Study. *Arteriosclerosis* 1988 ; 8 : 737.
- [17] SEGURO F, BONGARD V, BERARD E, TARASZKIEWICZ D, RUIDAVETS JB, FERRIERES J. Dutch Lipid Clinic Network lox-density lipoprotein cholestérol criteria are associated with long-term mortality in the general population. *Archive of Cardiovascular Diseases* 2015. Doi : 10.1016/j.acvd.2015.04.003
- [18] Efficacité et efficience des hypolipémiants : Une analyse centrée sur les statines. HAS. Juillet 2010
- [19] DAYTON S, PEARCE ML, HASHIMOTO S, DIXON WJ, TOMIYASHU U. A controlled clinical trial of a diet high in unsaturated fat in preventing complications of atherosclerosis. *Circulation* 1969 ; 39 and 40 (suppl II) : 1-63
- [20] LEREN P. The Oslo Diet Heart Study. Eleven years report. *Circulation* 1970 ; 42 : 935-42.
- [21] SINGH RB, RASTOGI SS, VERMA R, et coll. An indian experiment with nutritional modulation in acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1992 ; 69 : 879-85.
- [22] BRUCKERT E. Stratégies de la prise en charge des dyslipidémies athérogènes. In : société française de cardiologie. *Cardiologie et maladies vasculaires*. Masson ; 2007, 287-91.
- [23] Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. Rapport. OMS-Europe. 1996.
- [24] Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et des Solidarités (2007-2011). Ministère de la Santé. Avril 2007.

- [25] OMS. Bureau régional de l'Europe. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 1998 : VIII-76 p.
- [26] FOUCAUD J, BURY JA, BALCOU-DEBUSSCHE M, EYMARD C, dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.
- [27] GRENIER B, BOURDILLON F, GAGNAYRE R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : Politique publique et offre de soin actuelle. Santé publique 2007, volume 19, n°4, pp. 283-292.
- [28] Clinical reality of coronary prevention guidelines : a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001 ; 357 : 995-1001.
- [29] VAN ROYEN P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.
- [30] BORGES DA SILVA G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie volume 32 n°2, avril-juin 2001.
- [31] AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L. et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008, vol.19, n°84, p.142-145
- [32] POPE C, MAYS N. Qualitative research : reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ, 1995 ; 311 : 42-5.
- [33] NIETO FJ, ALONSO J, CHAMBLESS LE, et coll. Population awareness and control of hypertension and hypercholesterolemia : the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Arch Intern Med 1995 ; 155 : 677
- [34] DURACK-BOWN I, GAGNAYRE R, IVERNOIS JF, et al. Perception et vécu de l'hypercholestérolémie : une analyse qualitative. Education du patient et enjeux de santé, 2002, vol. 21, n°2, p.58-63
- [35] FOURNIER T, POULAIN JP. Les déterminants sociaux du non-suivi des régimes alimentaires: Le cas des patients hypercholestérolémiques. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 2008. 43 (2): 97-104. doi:10.1016/S0007-9960(08)71428-7.

[36] Blain H, VUILLEMIN A, BLAIN A, JEANDE C. Médecine préventive chez les personnes âgées. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. Presse Med. 2000 ; 29:1240-8

[37] SENIK C, MILCENT C, GERVES C. Évaluation d'un programme d'activité physique adapté à des personnes âgées. Note de l'Institut des Politiques Publiques. Janvier 2015. N°16

[38] BROOKS M, THURSTON R, MATTHEWS K. Sex Hormone Levels at Midlife Linked to Bad Cholesterol Carriers that Increase Heart Disease Risk in Women. Journal of the American College of Cardiology. 2009

[39] KJELLGREN KI, AHLNER J, SALJO R. Taking anti-hypertensive medication-controlling or co-operating with patients ?, Int. J. Cardiol., 1995; 47:257-68.

[40] ARS – Agence Régionales de Santé : Démographie médicale – Janvier 2014

6 ANNEXES

6.1 ANNEXE 1 : Tables SCORE

Score de l'ESC																					
PA systolique (mm Hg)	Femmes										Age (ans)	Hommes									
	Non fumeuses					Fumeuses						Non fumeurs			Fumeurs						
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	4	5	6	6	7	9	9	11	12	14	65	8	9	10	12	14	15	17	20	23	26
160	3	3	4	4	5	6	6	7	8	10		5	6	7	8	10	10	12	14	16	19
140	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7		4	4	5	6	7	7	8	9	11	13
120	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4		2	3	3	4	5	5	5	6	8	9
180	3	3	3	4	4	5	5	6	7	8	60	5	6	7	8	9	10	11	13	15	18
160	2	2	2	2	3	3	4	4	5	5		3	4	5	5	6	7	8	9	11	13
140	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4		2	3	3	4	4	5	5	6	7	9
120	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3		2	2	2	3	3	3	4	4	5	6
180	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	55	3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
160	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3		2	2	3	3	4	4	5	6	7	8
140	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2		1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
180	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	50	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7
160	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1		1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
120	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
180	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

**Cholestérol mmol/l**

≥ 15%
  10%–14%
  5%–9%
  3%–4%
  2%
  1%
  < 1%

6.2 ANNEXE 2 : Stratégies d'intervention

Valeurs LDL-C						
Risque CV total (SCORE) %						
< 1	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C			
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C			
Classe/niveau ≥ 1 à < 5	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
Classe/niveau > 5 à < 10 ou haut risque	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
Classe/niveau ≥ 10 ou risque très haut	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
Classe/niveau > 100 à < 155 mg/dl 2,5 à < 4,0 mmol/l	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
Classe/niveau > 155 à < 190 mg/dl 4,0 à < 4,9 mmol/l	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
Classe/niveau > 190 mg/dl > 4,9 mmol/l	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	
	70 à < 100 mg/dl 1,8 à < 2,5 mmol/l	Aucune intervention sur les lipides	I/C	Intervention sur le style de vie	I/C	



---

### **Les critères de qualité de l'éducation thérapeutique**

---

- 1. Centrée sur le patient ;**
  - 2. Prise en compte des stades d'adaptation du patient à la maladie ;**
  - 3. Axée sur les besoins objectifs et subjectifs des patients ;**
  - 4. Intégrée au traitement et aux soins ;**
  - 5. Concerne le patient dans sa vie quotidienne ;**
  - 6. Implique l'entourage ;**
  - 7. Adaptée en permanence à l'évolution de la maladie ;**
  - 8. Organisée, structurée ;**
  - 9. Proposée systématiquement à tous les patients ;**
  - 10. Utilise des méthodes et des moyens variés d'apprentissage ;**
  - 11. Multiprofessionnelle et multidisciplinaire ;**
  - 12. Nécessite un travail en réseau ;**
  - 13. Réalisée par des professionnels formés ;**
  - 14. Evaluée.**
- 

*Recommandations de l'OMS groupe Europe*

## 6.4 ANNEXE 4 : Le Guide d'entretien

Actuellement en 3<sup>ème</sup> année d'internat de médecine générale, j'ai décidé de consacrer mon travail de thèse aux moyens alternatifs de lutte contre le cholestérol. Je vais vous poser quelques questions pour évaluer vos connaissances sur les risques liés au cholestérol, les mesures à adopter pour éviter d'avoir un taux de cholestérol élevé et savoir comment votre médecin traitant pourrait vous aider à les appliquer efficacement.

Cet entretien sera enregistré, et totalement anonyme.

### Le patient et son cholestérol

Présentation (compléter selon la présentation) : Age, sexe, profession

- Depuis quand savez-vous que vous avez un taux de cholestérol supérieur à la normale ? Etes-vous traité ?
- Avez-vous des pathologies associées ? (HTA/ Diabète)
- Consommation de tabac ?

### Le cholestérol et les maladies cardiovasculaires

Un taux de cholestérol élevé peut être dangereux pour votre santé.

- Quels organes/parties du corps sont d'après vous touchés/atteintes ?  
Quelles maladies favorise-t-il ?

[C'est un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire

- Artère : plaque d'athérome et athérosclérose (induit et entretenu par l'hypercholestérolémie)
- Maladie coronaire/Accident vasculaire cérébral/Artériopathie oblitérante des membres inférieurs]

### Les mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol

- A part les médicaments, quels autres moyens permettant de limiter/diminuer le taux de cholestérol dans le sang connaissez-vous ?
- Que pensez-vous de l'efficacité des différentes mesures non médicamenteuses que vous avez citées ? Vous paraissent-elles réalisables (si non, pourquoi) ?
- Question de relance : Que pensez-vous de ces méthodes ? (celles non citées) Vous paraissent-elles réalisables (si non, pourquoi) ?

[Arrêt du tabac ; Adoption d'un régime alimentaire approprié ; Lutte contre la sédentarité ; Contrôle du poids ; Limitation de la consommation d'alcool]

### Le rôle du médecin traitant

- Comment selon vous votre médecin traitant pourrait-il vous aider à prendre en charge votre cholestérol de manière non médicamenteuse à l'aide de ces méthodes ? Que pensez-vous des aides suivantes (celles non citées) ? Qu'est-ce qui vous motive ou freine leur utilisation ?

[Aide à l'arrêt du tabac : Prescription de patch, de substituts nicotiques ; Fiches alimentaires, consultation avec une diététicienne, consultations médicales dédiées avec suivi programmé ; Prévention contre l'alcool ; Aide à la motivation pour la pratique du sport, conseil d'activité physique (fiches exemples d'activité physique)]

D'après-vous, est-ce que votre médecin traitant vous a suffisamment informé à propos des mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol ? Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage pour vous aider à mettre en place et à suivre ces mesures ?

## 6.5 ANNEXE 5 : Caractéristiques de la population de l'étude

Patient	Sexe	Age	Profession	Durée de l'hypercholestérolémie	Traitement	Autres facteurs de risque	Tabagisme actif ou sevré
<b>P1</b>	H	68 ans	Retraité (Chauffeur poids-lourd)	~ 30 ans	Oui	Diabète HTA	Sevré
<b>P2</b>	F	55 ans	Sans-emploi (Confectionneuse dans le textile)	2-3 ans	Non	Diabète +/-	<b>0</b>
<b>P3</b>	H	67 ans	Retraité (Boucher charcutier puis chauffeur d'engin)	~ 35 ans	Oui	HTA	Sevré
<b>P4</b>	H	47 ans	Qualiticien dans une entreprise d'ustensiles de cuisine	~ 10 ans	Oui	HTA Epilepsie	Sevré
<b>P5</b>	F	73 ans	Retraîtée (Expéditrice)	~ 20 ans	Oui	HTA	0
<b>P6</b>	H	78 ans	Retraité (Ouvrier dans une sucrerie)	10-15 ans	Oui	Diabète HTA	0
<b>P7</b>	F	68 ans	Retraîtée (Échantillonneuse laborantine, secrétaire, assistante maternelle...)	~ 10 ans	Oui	0	0
<b>P8</b>	F	72 ans	Retraîtée (Aide soignante)	~ 40 ans	Oui	HTA	0
<b>P9</b>	F	66 ans	Agricultrice	~ 45 ans	Oui	HTA +/-	0

**H** Homme ; **F** Femme

## 7 ENTRETIENS

### 7.1 PATIENT N°1

Enquêtrice (E). Pouvez-vous vous présenter s'il vous plait ?

Patient (P). Je suis Mr H., 68 ans, diabétique, avec un petit problème à l'estomac, je dois me le faire enlever. Si je l'enlève pas ça va devenir cancéreux. Alors ça, je le fais le 20 Juin. Et puis sinon hier j'ai fais heu...comment... une chute de tension hier soir. Ça fait 2 soirs. Bon, apparemment, j'ai beaucoup de médicaments qui sont pour la baisse de tension, j'en ai peut-être de trop, hein ! Puis bon, je suis suivi par un pneumologue, je suis suivi par le cardiologue, je suis suivi par le diabétologue, je suis suivi par le dentiste... (Rires).

E. Je vais compléter votre présentation, que faisiez-vous comme métier ?

P. Chauffeur poids-lourd, retraité là.

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est supérieur à la normale ?

P. Ca fait très, très longtemps... Une trentaine d'années ouais !

E. Etes-vous traité ?

P. Donc oui ben oui je prends des cachets. Enfin j'ai pris des cachets, je sais pas si j'en ai encore du cholestérol. Si j'en ai ça doit être là-dessus (cherche son ordonnance).

E. Comme pathologie associée vous m'avez dit diabète, vous avez un peu d'hypertension peut-être ?

P. Oui avant mais bon comme j'ai fait des malaises maintenant c'est plutôt l'inverse ! Si vous voulez l'ordonnance (me tend l'ordonnance), pour la regarder, mais je vous la laisse pas hein, parce qu'il m'a marqué le soir ou le matin (rires). Et puis je prends du fer aussi, hein parce que j'avais des problèmes d'estomac.

E. Est-ce que vous fumez ?

P. Non, j'ai fumé, beaucoup, mais ça fait... 7-8 ans que j'ai arrêté... 7-8 ans que j'ai arrêté mais je fumais beaucoup, beaucoup et pendant très longtemps !

E. D'accord ! C'est bien d'avoir arrêté ! (rires) Maintenant on va parler du cholestérol. Un taux de cholestérol élevé est dangereux pour la santé, mais est-ce que vous savez quelle partie du corps ça touche ?

P. Ben les artères !

E. Bien ! Et quelles maladies sont favorisées par l'hypercholestérolémie ?

P. Heu...je sais pas... p'tet le diabète ?

E. Non, ce sont tous les deux des facteurs de risque cardiovasculaire mais le cholestérol ne cause pas du diabète. Ca favorise les maladies coronaires...

P. Ah oui les coronaires ! Vous savez j'ai déjà fait un examen heu des coronaires, avec la caméra, j'ai fait ça à Amiens ya ... 3 ans, p'tet plus que ça. Bon j'avais une artère qui était un petit peu bouchée au cœur, mais le cardiologue il m'a dit « je ne vous fais rien » parce qu'au départ ils avaient prévu de me mettre des stents, et après il m'a dit « vous avez un pontage qui s'est refait tout seul, la nature elle a travaillé pour vous ».

E. Donc ensuite le cholestérol peut se déposer dans les artères qui irriguent le cerveau et favoriser la survenue d'AVC...

P. Des AVC oui, je connais ma belle mère en a fait un.

E. Ca peut également se déposer dans les membres et créer des ischémies des membres...

P. Ca je fais attention, j'ai une surveillance avec le cardiologue tous les 6 mois.

E. A part les médicaments, quels autres moyens connaissez-vous pour limiter le taux de cholestérol dans le sang ?

P. Ben manger moins de gras !

E. C'est-à-dire ?

P. Ben moins de beurre. J'en mange beaucoup (rires). Puis bon pas de plats en sauce tout ça quoi ! Et manger des viandes grillées.

E. Il faut également diminuer la consommation de graisses animales, manger du poisson, des fruits, des légumes, des céréales. Et limiter le sel aussi.

P. Ah ça le sel j'en mange pas !

E. Que connaissez-vous d'autre pour limiter votre cholestérol ? Autre que l'alimentation ?

P. Ben beaucoup marcher. Mais c'est pas mon truc !

E. D'accord ! Mais effectivement l'activité physique, il faudrait faire 30 min 3 à 5 fois par semaine d'effort physique modéré à intense. Vous en pensez quoi ?

P. Oui tout le monde me le dit mais ... (rires). Après p'tet que là que j'ai perdu du poids... j'ai perdu 10 kg quand même.

E. La perte de poids permet également de limiter le taux de cholestérol.

P. Ah ouais ! Je suis monté à 98 il y a 5-6 mois et j'ai perdu...là j'ai encore perdu 3 kg là donc ça va. Puis j'ai la bascule à la maison ! Avec le tensiomètre, le truc à oxygène...

E. Ces méthodes que vous m'avez citées vous semblent réalisables ?

P. Oui réalisable, mais avec pas mal d'efforts quand même ! Et surtout arrêter le beurre ! Mais comme je suis normand c'est compliqué !

E. Effectivement (rires). Il existe d'autres méthodes que je vais vous citer. Il y en a une que vous avez déjà faite c'est l'arrêt du tabac, qui favorise la détérioration des artères. Il faut également limiter la consommation d'alcool...

P. Ah ça je n'bois pas ! C'est très rare que je boive un apéritif !

E. Selon vous, comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en œuvre efficacement ces mesures ?

P. Sur comment il faut manger déjà !

E. Vous donnez des indications sur les aliments à consommer ou non ?

P. Voilà oui ! Les indications... et puis faire un peu de sport. Déjà le Dr V. pour l'estomac il m'a dit « achetez un vélo d'appartement déjà ça vous aidera ».

E. Ces aides vous semblent bonnes ?

P. Ah ben oui ! Puis j'avais envie de venir voir la diététicienne, et puis bon comme je perds du poids, bon ben finalement ça va bien ! Et puis j'ai été hospitalisé il y a combien... 1 mois. Pour le diabète, une semaine. Mais à la sortie c'était moins bien parce qu'ils m'ont bouleversé mon traitement, puis moi j'étais à moitié perdu dans mon traitement, c'est pour ça je suis venu voir le docteur pour qu'il me dise un p'tit peu, parce que là... et puis il m'a supprimé des médicaments pour heu...la tension. Parce que je descends trop bas en tension le soir.

E. Qu'attendez-vous à titre personnel des méthodes que l'on vient d'évoquer ?

P. Ces méthodes...ça ne peut que aider, c'est sûr !

E. Qu'est ce qui vous motive ou vous freine justement à les mettre en œuvres ?

P. Ben pour arrêter de manger du beurre c'est dur je suis normand (rires). Sinon le reste c'est faisable, on le fait. Je mange aussi beaucoup le matin, je mange du pain complet.

E. Et est-ce que ça vous aiderait d'avoir une fiche explicative avec les aliments à ne pas consommer, des conseils pour le sport...

P. Ah oui pour le sport surtout ! Mais pas trop dur parce que j'ai eu des problèmes d'essoufflement... Sinon niveau nourriture, je peux pas faire mieux, c'est cuisine sans beurre. Mais le sport j'ai du mal à m'y mettre, puis avec mes problèmes d'intestins puis d'estomac...

a j'ai été hospitalisée pour le diabète, d'habitude je vois la diététicienne mais là elle était pas là, je sais pas... Mais pour le sport oui ça pourrait être bien !

E. D'après vous, est-ce que votre médecin traitant vous a suffisamment informé sur les mesures on médicamenteuses de lutte contre le cholestérol ?

P. Ah oui, oui oui, et puis ça fait 30 ans que je viens le voir !

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Ben je vois pas ce qu'il pourrait faire de plus...oui non c'est bien !

E. Merci.



## 7.2 PATIENT N°2

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Je m'appelle Mme M. M., j'habite à O., et je suis sans travail.

E. Quel âge avez-vous ?

P. 55 ans

E. Quel métier faisiez-vous ?

P. Confectionneuse dans le textile.

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre cholestérol est supérieur à la normale ?

P. Ben heu...ça fait maintenant 2-3 ans qu'il commence à monter. Et il y a pas moyen qu'il redescende !

E. Etes vous traitée ?

P. Non, là il vient de commencer à me donner un cachet aujourd'hui

E. Avez-vous d'autres pathologies associées ?

P. Ah non. Ben non ... Si, un peu le diabète qui est limite mais je prends pas de médicaments, il est pas inquiétant.

E. De la tension peut-être ?

P. Tension non, elle est bien, j'peux vous dire j'ai 13/8.

E. Fumez-vous ou avez-vous fumé ?

P. Non, jamais ! Pas d'alcool non plus !

E. Un taux de cholestérol élevé peut-être dangereux pour votre santé. Savez-vous quels organes sont touchés ?

P. Ben c'est le cœur, c'est « l'infarctus » souvent...ou bien des AVC !

E. Si je vous dis les artères ?

P. Ah c'est les artères qui se bouchent !

E. Vous avez totalement raison ça peut se déposer dans les artères du cœur, dans les artères qui irriguent le cerveau, ça peut aussi se déposer dans les artères des membres.

P. Ah oui et c'est là qu'on coupe les jambes ! Ben j'ai une cousine qui a eu le tour, les deux jambes hein ! Puis bon elle est décédée, elle était âgée elle a pas supporté !

E. A part les médicaments, connaissez-vous d'autres moyens de limiter le taux de cholestérol ?

P. Ben non... Pas manger de gras !

E. Pas manger de gras, vous pensez que c'est efficace ?

P. Ben je n'en sais rien ! Je ne sais pas, j'en mange pas, je fais attention à tout. Le gras j'en mange moins mais ne plus en manger du tout c'est pas bon, mais je me limite à dire de ne pas manger de sauce tout ça heu c'est moins en moins de gras. Je prends du P., le beurre oméga 3 qu'ils disent mais bon, voyez, est-ce que c'est bon ? Mon cholestérol il monte quand même ! Alors je sais pas si....

E. Il existe d'autres méthodes que je vais vous citer et vous allez me dire ce que vous en pensez. L'arrêt de l'alcool et du tabac ne vous concernent pas. Le régime alimentaire vous m'en avez parlé je vais préciser quelques points : il faut limiter les graisses animales, manger du poisson, des fruits, des légumes et des céréales.

P. Vous savez, je fais du jardin donc je mange tout en naturel.

E. Il faut limiter la consommation de sel aussi.

P. Ah ben ça le sel on ne sale pas ! Parce que nous on est une famille avec...des « infratus » tout ça là ! Des deux cotés donc on a un coté héréditaire sensible (rires).

E. Après il y a le contrôle du poids, qui va avec l'alimentation.

P. Ben oui. Bon là j'ai pris un peu de poids, bon c'est avec la ménopause tout ça qui y joue mais bon, j'ai pas pris beaucoup beaucoup, 4-5 kg.

E. Après il y a l'activité physique, vous en pratiquez un petit peu ?

P. Ah oui moi je jardine, je bouge...

E. D'après les recommandations, il faudrait faire 30 min d'effort intense à modéré 3 à 5 fois par semaine. Vous en pensez quoi ?

P. Ah oui ça fait beaucoup.

E. Après on peut l'intégrer au quotidien, marcher beaucoup, monter les escaliers...

P. Ah ça les escaliers je les monte, je dors à l'étage (rires), je vais dans O. à pied... Je bouge !

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en place de façon efficace ces mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol ?

P. Je ne sais pas !

E. Que pensez-vous de fiches avec les aliments à consommer ou à éviter ?

P. Ah ben oui, s'il peut me dire ce qu'il y a de bon, de pas bon !

E. Vous proposer une consultation avec diététicienne ?

P. Ah oui c'est vrai il y a les diététiciennes aussi !

E. Ou vous faire une consultation dédiée, pour ne parler que de ça...

P. Oui pour parler que de l'alimentation !

E. Vous donner des conseils pour le sport avec des fiches d'exemples d'activités physiques...

P. Ah oui, ça existe aussi ? Ben oui. Si ça peut aider !

E. Que pourriez-vous attendre de toutes ces mesures que je vous ai citées ?

P. Ah ben si je pouvais avoir les fiches des aliments qui sont bons... moi j'achèterais ce qu'il faut !

E. Rien ne vous freinerait à les mettre en application ?

P. Ah non du tout ! non non non !

E. D'après vous, est-ce que votre médecin traitant vous a suffisamment informée concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol ?

P. Ah ben non, il m'a jamais dit !

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Ben oui, si c'est du bon, pour la santé c'est ce qu'il faut !

E. Je vous remercie.

### 7.3 PATIENT N°3

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Je m'appelle Mr B. G., je vais avoir 68 ans le mois prochain, et puis donc je suis à la retraite bien sûr !

E. Quelle était votre ancienne profession ?

P. J'étais donc chauffeur d'engin, et j'ai travaillé dans la cimenterie. Et en premier métier j'étais boucher-charcutier. Mais comme on n'était pas payé à ct'époque là, ça a été de l'âge où j'ai quitté l'école, 14 ans, jusqu'à 20 ans, et après comme on travaillait comme des c\*\* et qu'on était payé avec des frondes il a fallut changer de métier.

E. Cela fait combien de temps que vous savez que votre taux de cholestérol est anormal ?

P. Ca fait... j'avais à peine 30 ans. Mais il y a beaucoup d'hérédité hein ! Parce que je tiens du côté de ma mère. Pas du côté du père, du côté de la mère. Tous les jeunes, tous ses frères, ses sœurs sont tous morts du cœur. Ya que ma mère qui vit encore qui va avoir 86 ans, elle a fait déjà au moins deux « infartus ». Et tous ses frères sont morts très jeunes. De 49, 39, 50, ils sont tous morts jeunes du cœur.

E. Est-ce que vous avez un traitement ?

P. Ah oui, ah ouais ouais ouais, je l'ai, je vais vous faire voir (cherche son ordonnance dans son sac et me la montre). Puis en même temps je fais de la tension. Et je suis suivi par un cardiologue.

E. Pas de diabète ?

P. Non, jusqu'alors il y que ça qui se greffe pas encore !

E. Est-ce que fumez ou avez-vous fumé ?

P. Jamais...enfin j'ai essayé de fumer quand on était un peu soldat, on voulait faire un peu l'homme, un peu comme tout le monde (rires) mais j'ai jamais eu la nostalgie, et heureusement pour moi d'ailleurs !

E. Un taux de cholestérol élevé peut-être dangereux pour votre santé. Savez-vous quelles parties du corps sont touchées ?

P. Ah oui principalement le cœur, les artères hein !

E. C'est cela. Et quelles grosses maladies sont favorisées ?

P. L'« infarctus », l'AVC, tout ce qu'on veut quoi !

E. Il y a aussi les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.

P. Oui, ben là déjà je suis allé voir, qui m'a envoyé voir pour faire les artères (me montre ses deux carotides), et j'en ai une qui se boucherait un peu plus que l'autre, j'y vais tous les ans, là je dois y retourner pour la fin de l'année, qui me fait un...doppler c'est ça ?

E. Oui un écho-doppler c'est cela ! Sinon à part les médicaments est-ce que vous connaissez d'autres moyens de limiter votre taux de cholestérol ?

P. C'est-à-dire manger un peu plus raisonnablement disons !

E. C'est-à-dire ?

P. C'est-à-dire manger beaucoup de crudités. Et éviter bien sur tout ce qui touche au gras.

E. Oui. Il faudrait diminuer la consommation en graisses animales, manger des poissons...

P. Du poisson ma femme en fait. Elle mange pas de viande, c'est tout l'inverse de moi vous savez. Mais moi j'aime les bonnes choses !

E. Connaissez-vous d'autres méthodes ?

P. Non, pas du tout. Et vous, vous en connaissez ? (rires).

E. Oui, nous allons en parler. Il y a le contrôle du poids aussi...

P. Ah ouais mais là moi c'est pareil. Je fais 1m70, 100 kg.

E. Après il y a l'activité physique...

P. Je suis très physique. Je suis un homme qui est levé, même si je suis en retraite, à 6h-6h15 le matin. Mais par contre je suis couché comme les poules.

E. Il est recommandé de faire 30 min d'activité intense à modérée 5 fois par semaine. Vous en pensez quoi ?

P. Je suis très physique vous savez, je marche tous les jours au matin, peut-être 4-5 km avec ma chienne, tous les jours c'est rituel ça ! Tous les jours tous les jours ! Je chasse, je vais aux champignons. Après, je bricole, là je suis en train de refaire un pignon, j'monte à l'échelle, je descends, je monte.

E. Il faut également arrêter le tabac, ça ne vous concerne pas, et limiter la consommation d'alcool...

P. Je bois pas, je bois pas, c'est exceptionnel, j'aime bien mon verre de vin quand on va faire un petit repas entre nous, un verre ou deux mais...non, non.

E. Vous connaissez la norme ?

P. Ouais c'est 2 verres. Non j'exagère pas sur quoi que ce soit mais le problème c'est le coup de fourchette quoi... C'est terrible, terrible. Et puis il y a des choses que je devrais pas faire c'est le soir ! C'est de me limiter. En laitage, salade, crudité... mais si je mange pas je vais me lever dans la nuit pour manger. Alors c'est horrible. Puis même des fois j'ai mal à l'estomac parce que j'ai trop bouffé le soir alors que je devrais manger léger.

E. La gourmandise ?

P. C'est pas de la gourmandise, c'est que faut que je soit calé, c'est ça, et si je suis pas calé, c'est pas tabou j'vous l'dis c'est la vérité, je vais me lever et je suis pas gêné de manger n'importe quoi. Je vais vous dire ce matin à 6h15 c'que j'ai mangé, le restant de salade d'hier, c'est tout bête de la salade, ben j'ai mangé ça avec du camembert ou un morceau de maroilles avec un bout de pain. Je mets ça dedans, et puis vas 'y !

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en œuvre de façon efficace ces différentes mesures ?

P. Ben comme il dit c'est à moi de me prendre en main, c'est d'limiter les choses que je ne devrais pas manger.

E. Je vais vous proposer des aides, vous aller me dire ce que vous en pensez : arrêter le tabac mais vous ne fumez pas. Des fiches alimentaires avec les aliments à consommer, ceux à éviter, vous en pensez quoi ? (le patient hoche négativement la tête) Non ça ne vous aiderait pas ?

P. Non. Mais je suis déjà allé voir des diététiciennes. Ouh la la, j'ai été voir, ça a été un p'tit moment, mais après je reprends le dessus.

E. Et des conseils pour la pratique du sport ?

P. Vous savez, je suis physique, je suis très physique. Ah ouais j'arrête pas, j'suis pas à la retraite pour rien faire. Je suis pas l'homme à la télé. Par contre, après manger, comme là à 12h15 j'aime bien faire une sieste. Ca c'est quotidien, pendant une bonne demi-heure.

E. Qu'attendez-vous à titre personnel des méthodes proposées ?

P. Pas grand-chose (rire nerveux).

E. Et qu'est-ce qui vous gêne justement à les mettre en application ?

P. ... C'est la volonté surtout... Mais enfin je me modère quand même sur certaines choses. Le sucre, j'évite totalement. Mais ma femme c'est le contraire elle me fait des gâteaux des ceci, des cela, je suis pas tellement...mais j'aime bien les chocolateries des fois aussi! Mais même elle, c'est elle qui me force aussi ! Parce qu'après le café elle me donne un chocolat, le soir c'est pareil elle va me donner un morceau de chocolat, voilà, alors je lui dis « tu me forces aussi »... c'est des petits machins de rien du tout mais...c'est compliqué. Et pour un gros mangeur comme moi c'est très compliqué, très, très. Parce que comme je viens de vous dire j'aime les bonnes choses d'antan, comme je fais, j'aime le « gros manger » comme je faisais dans le temps... Les gens cuisinaient. Les jeunes vous maintenant c'est du bouffer vite fait bien fait (rire), vous n'avez pas le temps de cuisiner les jeunes. J'le vois avec mes enfants et mes petits enfants, tout le monde n'a plus le temps, c'est bosser, c'est travailler comme des c\*\*. C'est...c'est ça c'est la vie maintenant hein ! Alors quand on vient chez papi comme ils disent, ils se régalent.

E. Pensez-vous que votre médecin traitant vous a suffisamment informé sur ces mesures hygiéno-diététiques ?

P. Oh oui...

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Ben il s'investit, depuis 30 ans, moi j'ai un dialogue, j'parle pas au curé comme je dis si j'ai quelque chose à lui dire je lui dis !

E. C'est donc plutôt un manque de motivation, de volonté ?

P. Tout à fait, tout à fait !

E. Merci.

#### 7.4 PATIENT N°4

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Je m'appelle Mr L.M., j'ai 47 ans.

E. Que faites-vous comme travail ?

P. Je travaille au C., au service qualité (Ustensiles de cuisine).

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est élevé ?

P. Ben ça fait déjà 10 ans à peu près.

E. Vous êtes traité ?

P. Oui.

E. Est-ce que vous avez d'autres problèmes de santé ?

P. Ben je suis épileptique...et puis...ben voilà c'est tout !

E. Vous n'avez pas d'hypertension ?

P. Non, je prends un cachet pour. J'en avais mais là je suis bien, je suis à 13/8.

E. Etes-vous ou avez-vous été fumeur ?

P. J'ai été fumeur étant jeune mais je fumais pas beaucoup, je fumais 2-3 cigarettes par jour et puis arrivés à la communion de ma fille, on a dit avec ma femme « c'est le dernier paquet, on arrête ». Donc on a pris une décision à 2 !

E. Un taux de cholestérol élevé peut être dangereux pour votre santé. Savez-vous quels organes sont atteints ?

P. Ben la tête non ?

E. C'est-à-dire ?

P. Un problème d'AVC

E. Entre autre ! Le cholestérol se dépose dans toutes les artères...

P. Ah oui et elles se bouchent.

E. C'est cela. Le cholestérol peut donc favoriser les AVC, les infarctus, les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs... Vous connaissez ces maladies ?

P. Oui, un p'tit peu !



E. A part les médicaments, connaissez-vous d'autres moyens de limiter votre taux de cholestérol ?

P. Ben à part les médicaments, c'est l'alimentation ! Donc il faut manger de la viande rouge, heu...un peu de viande blanche, du poisson mais... pas de gras !

E. Qu'appellez vous « le gras » ?

P. Ben c'est ce qu'on trouve dans les bonbons, dans les chocolats, dans tout ce qui est le beurre, la friture...

E. Les recommandations préconisent de limiter les graisses, d'augmenter sa consommation en fruits, légumes et céréales et de limiter la consommation de sel. Qu'en pensez-vous ?

P. Ben d'abord je fais attention à ce que je mange. Puis, comme je suis jardinier, je mange beaucoup de légumes, tout ce qui est du jardin.

E : Connaissez-vous des moyens autres que l'alimentation ?

P. Ben...faire du sport peut être. Moi le sport j'en faisais, je faisais de la natation, je faisais de la marche. Mais depuis un an, même 6 mois, mon fils a acheté une maison. Donc tous les week-ends, j'ai plus le temps de faire du sport. Donc je bricole chez lui. C'est un peu du sport (rires).

E. Vous savez combien de fois par semaine il faudrait faire du sport et pendant combien de temps ?

P : 2-3 fois ?

E : 30 min 3 à 5 fois par semaine.

P. Ben après, ça dépend le travail qu'on fait aussi. Si on fait un travail physique ça devient dur.

E. Après il y a l'arrêt du tabac, le contrôle du poids, et il faut limiter sa consommation d'alcool.

P. Je bois pas d'alcool, j'ai arrêté depuis que je suis épileptique, avec les cachets, on m'a déconseillé de boire de l'alcool.

E. Vous connaissez la limite ?

P. Il faut boire deux verres de vin... par jour.

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à prendre en charge votre cholestérol de manière non médicamenteuse ?

P. ...Par le biais de l'alimentation je pense.

E. De quelle manière ?

P. Ben faire un tableau avec par jour ce qu'on doit prendre...

E Et pour le sport ?

P. Ben le sport fait diminuer quand même le cholestérol. Après j'en fait, je vois pas trop comment il pourrait m'aider...

E. Les méthodes que je viens de vous citer, vous pensez qu'elles pourraient vous apporter quelque chose ?

P. Bien sûr !

E. Pensez-vous que votre médecin traitant vous a suffisamment informé concernant ces différentes mesures ?

P. Sur les médicaments non, ni sur le reste.

E. Souhaiteriez-vous que votre médecin traitant s'implique davantage pour vous aider à mettre en œuvre et suivre ses mesures ?

P. Oh ben un p'tit peu oui, même s'il s'implique déjà beaucoup.

E. Je vous remercie.

## 7.5 PATIENT N°5

E. Présentez-vous s'il vous plait.

P. Je m'appelle Mme M.J, je vis à O. J'ai 73 ans.

E. Vous faisiez quoi comme métier ?

P. Expéditrice. Puis j'ai soigné mes 5 enfants. Dont une petite handicapée.

E. Depuis combien de temps savez-vous que vous avez un taux de cholestérol supérieur à la normale ?

P. Ben écoutez c'est depuis... J'ai eu une montée de tension je suis allée 15 jours à l'hôpital. Donc c'est là qu'ils s'en sont aperçus, c'était en 1993.

E. Vous avez un traitement ?

P. Oui.

E. Vous avez des pathologies associées ?

P. Ben là, ils sont en train de rechercher pour le cœur... Puis beaucoup d'arthrose. J'ai des médicaments pour la tension aussi.

E. Vous avez fumé ?

P. Jamais.

E. Un taux de cholestérol élevé est dangereux pour la santé. Pouvez-vous me dire quels organes sont atteints ?

P. Sûrement c'est le cœur...le cœur, les vaisseaux

E. Oui c'est cela, les artères. Quelles pathologies sont favorisées ?

P. Ah... comment c'est qu'on dit...pour le sang ! Parce que j'ai de très vilaines jambes. J'ai été opérée 3 fois, sclérosée plusieurs fois...

E. Ce sont des varices. Elles ne sont pas dues au cholestérol. Il est responsable d'artériopathie des membres inférieurs. Il peut aussi être responsable des AVC.

P. Ah oui... j'ai mon fils, j'ai papa...on est justement une famille à AVC.

E. A part les médicaments, quels autres moyens permettant de limiter le taux de cholestérol dans le sang connaissez-vous ?

P. Ben j'évite de manger gras... Pas de sauces, pas de charcuterie, pas de porc heu...qu'est-ce qu'il y a encore...Enfin pour moi j'évite tout ça. J'essaie d'en faire autant pour ma fille parce qu'elle en a aussi mais...c'est tout. Je n'utilise pas de beurre pour faire ma nourriture j'utilise de l'huile. Et puis bon je mange pas de fromage le soir. Enfin je fais des petites choses que je me suis faites moi-même.

E. Il est recommandé de limiter la consommation en graisses saturées, d'augmenter sa consommation en fruits, légumes, céréales et poissons. Et de limiter le sel.

P. J'ai horreur du poisson ! Il y a énormément de produits chimiques. Les céréales j'en mange pas trop non plus. Je mange un petit bout de pain comme ça le midi. Je suis pas très pain ! Ah je ne sale pas beaucoup parce que les enfants me le disent toujours, donc....

E. Ces recommandations vous semblent réalisables ?

P. Ah oui !

E. Il n'y a pas d'autres mesures qui vous viennent à l'esprit ?

P.....Non, je mange pas de croissants, pas de ces choses là...

E. Et autre que l'alimentation ?

P. Non, j'vois pas !

E. Il y a le contrôle du poids.

P. Ah ça j'essaie de pas grossir justement (rires). On essaye, j'étais au dessus de 70 maintenant je suis en dessous j'essaie de stabiliser mais c'est très dur. Pourtant je mange pas beaucoup.

E. Il faut limiter la consommation d'alcool...

P. Je ne bois pas je fume pas. Tout ce que je bois c'est un peu de muscat parfois le samedi. Je m'autorise samedi/dimanche ou s'il y a quelqu'un à la maison mais c'est rare.

E. Vous connaissez la norme ?

P. 1 verre de vin ?

E. Oui chez la femme c'est 1 verre d'alcool, 2 chez l'homme. Il y a aussi la pratique d'une activité physique régulière.

P. Ah ça j'essaie de faire au mieux car comme j'ai beaucoup d'arthrose, beaucoup mal au dos... M'enfin là je fais ma maison entièrement, du ménage. Bon là j'ai limité parce que j'ai

des problèmes... Je me suis fais opérer de la hanche, donc je fais faire mes carreaux mais la maison c'est toujours moi qui l'entretiens. Et je fais un peu de jardin. J'essaye de marcher mais j'ai un pied qui ne veut pas. J'allais au sport j'allais à la piscine mais la piscine ben je suis obligée de sortir car j'ai beaucoup de crampes. Et la gymnastique ils ne veulent pas vu que je me coince facilement. Autrement j'ai fait énormément de piscine, toute les semaines et puis... Du sport toute les semaines. Maintenant c'est fini !

E. Le sport est compliqué, en faire souvent ne semble donc pas trop réalisable je suppose ?

P. Maintenant non. J'ai été opérée des deux hanches, la deuxième a un problème, alors j'ai des difficultés pour monter les escaliers, je dois les monter 1 par 1.

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à prendre en charge votre cholestérol de manière non médicamenteuse ?

P. Ah ben on en a jamais parlé avec le docteur... ben c'est sûrement diététique.

E. Que pensez-vous d'une fiche alimentaire ?

P. Ca j'ai déjà eu quand je suis allée voir madame heu... pour la thyroïde. Elle me l'avait déjà donnée. C'est pour ça que j'utilise pas de matière grasse tout ça.

E. A titre personnel, pensez-vous que ces méthodes peuvent vous apporter quelque chose ?

P ah ben si c'est possible oui !

E. Qu'est ce qui vous freinerait à les mettre en application ?

P. L'arthrose pour le sport...ça comme j'en ai beaucoup...j'en ai sur tout le corps au niveau alimentaire ya pas de soucis. Bon j'ai des problèmes d'estomac mais je fais attention a qu'est ce que je mange par rapport à ça aussi.

E : D'après vous, est-ce que votre médecin traitant vous a suffisamment informée concernant ces mesures non médicamenteuses ?

P : Oh oui. Ca j'ai pas de problème. Même pour ma fille qui est handicapée elle fait du cholestérol et on en a parlé là. Bon elle a un cachet c'est normal mais je peux pas faire comme je veux parce qu'elle part le matin revient le soir. Moi je pars 3 semaines en cure elle va aller en hébergement pour 3 semaines bon ben, j'ai déjà fait plusieurs courriers pour éviter qu'ils dérapent un peu mais est-ce qu'ils font est-ce qu'ils font pas je ne peux pas le savoir !

E : Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P : Ben oui, après c'est déjà bien, 5 ans que je le connais.

E : Vous m'avez dit auparavant qu'il ne vous avait pas parlé des mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol, qu'il ne vous avait pas trop informée ?

P : Non mais c'est parce que il sait que...j'ai déjà discuté avec lui de la nourriture tout ça.

E. Je vous remercie.

## 7.6 PATIENT N°6

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Ben heu...Mr F.J. Et je suis retraité. Je travaillais à la sucrerie

E. Vous avez quel âge ?

P. Je vais avoir 79 là dans quelques jours, le 5 Juin.

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est supérieur à la normale ?

P. Ben c'était pas, heu...de c'temps c'était le docteur G. hein, qui est parti en retraite. Il m'a donné un cachet, et depuis ce temps là je prends un cachet tous les jours. Et depuis c'est bon. Mais il y a des années déjà de ça, 10 -15 ans...

E. Avez-vous des maladies associées ?

P. Ben heu...j'ai perdu ma femme et depuis ce temps là j'ai un peu de cholestérol...heu non pas de cholestérol de diabète ! Et le Dr. m'a donné un traitement, j'prends 3 cachets par jour. Mais avant j'avais jamais de diabète c'est peut-être le stress et tout ça, vous savez...

E. Vous n'avez pas d'hypertension ?

P. Ah la tension heu... ben là j'ai attendu 14-15...14 ou 15 ça dépend des moments. J'ai un traitement, ah ouais c'est pareil ça fait des années hein !

E. Est-ce que vous fumez ou est-ce que vous avez fumé ?

P. Non, non jamais.

E. Un taux de cholestérol élevé peut-être dangereux pour votre santé. Savez-vous quels sont les organes touchés?

P. Ben les artères hein. Je le sais parce que j'ai ma femme elle a été opérée, double pontage et une valve aortique, il lui ont changé une valve aortique alors, et elle c'était dû au diabète, c'était pas le cholestérol ! Parce qu'elle avait pas de cholestérol non plus. Le diabète, sur les artères, ça donne des traces aussi hein !

E. Quelles grandes maladies liées a une atteinte des artères connaissez-vous ?

P. Ben l' « infarctus » non ?

E. Oui, vous connaissez d'autres maladies ?

P. Ben je sais pas, non.

E. Le cholestérol peut également favoriser les AVC et les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Vous connaissez ces maladies ?

P. Oui oui !

E. A part les médicaments, quels autres moyens de limiter votre cholestérol connaissez-vous ?

P. Ben heu, manger aussi, moins de gras. Fumer, enfin les gens qui fument il paraît que c'est mauvais aussi.

E. Revenons à l'alimentation, quels sont les aliments à éviter, ceux à consommer ? Parce que pas de gras c'est un peu flou (rires).

P. Il faut manger beaucoup de légumes verts quoi, fruits. La viande blanche plutôt non ?

E. Des fruits, des légumes, du poisson, des céréales... et il faut limiter le sel.

P. Ah ça je limite aussi oui !

E. Il faut aussi limiter l'alcool. Vous connaissez la norme ?

P. Ben heu...2 verres par jour non ? Moi j'en bois un verre par jour, après manger, enfin avec le fromage à midi c'est tout. Bon à part s'il vient quelqu'un, comme ça quoi. Autrement c'est un verre par jour.

E. C'est 1 verre pour les femmes et deux pour les hommes. Après il y a le contrôle du poids, puis l'activité physique. Vous en faites un petit peu ?

P. Ben moi je... bon je jardine encore, je fais pas de sport mais j'ai des occupations dans le jardin heu, tondre et tout ça, heu... je suis actif, j'habite à la campagne, il y a toujours des occupations.

E. Vous connaissez les recommandations en matière de sport ?

P. Non !

E. C'est 30 minutes d'activité intense à modérée 3 à 5 fois par semaine. On peut aussi l'intégrer à l'activité quotidienne.

P. Moi j'ai des escaliers, Puis j'ai un étage alors je les monte plusieurs fois par jour.

E. Toute ces mesures dont nous venons de parler vous paraissent réalisables ?

P. Ah ben oui !



E. Même les 30 minutes de sport 3 fois par semaine ?

P. Ben courir non (rires), avec ça j'ai été opéré d'une hanche, j'ai une prothèse, mais non mais je ne suis pas inactif, je ne suis pas assis devant la télé heu...pour regarder la télé toute la journée hein, je regarde le soir et c'est tout !

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en œuvre ces mesures non médicamenteuses ?

P. Ben heu..., j'sais pas moi

E. Des fiches alimentaires, avec les aliments à consommer, ceux à ne pas consommer...

P. Ah ben oui peut-être, ouais ouais.

E. Consulter une diététicienne ?

P. En fin de compte je fais déjà attention, parce que ma femme comme elle était diabétique, on mangeait toujours un légume vert avec un féculent, puis des fruits quoi ! Bon non c'est pas, non, moi je le fais à peu près correctement. Parce que même quand elle a été opérée elle a été en centre de rééducation cardiologique. Alors il lui avait donné...c'est à peu près pareil vous savez entre le cholestérol puis le diabète, c'est pas pareil mais j'veux dire ça joue sur les artères tous les deux. Alors il fallait me faire un régime aussi quoi. Alors je suis un peu au courant de ce qu'il faut manger !

E. Des conseils pour le sport, pour faire une activité physique adaptée pour votre âge et pour votre condition physique ?

P. Boh... non.

E. Est-ce que ces méthodes vous apporteraient quelque chose dans votre quotidien ?

P Non pas vraiment !

E. D'après vous, est-ce que votre médecin traitant vous a suffisamment parlé de ces différentes mesures ?

P. On n'a pas évoqué ce que vous venez de dire, c'est plutôt avec la maladie de ma femme...

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Ouais bon il peut donner des conseils, ça serait bien de donner des conseils !

E. Je vous remercie.

## 7.7 PATIENT N°7

E : Pouvez-vous vous présenter s'il-vous plait ?

P : Alors moi je m'appelle Mme B. et je vais avoir 69 ans en septembre.

E : Vous faisiez quoi comme métier ?

P : Ah moi j'ai fait un peu de tout ! J'ai travaillé chez N. étant jeune fille parce que j'étais de L. Heu...comme échantillonneuse laborantine. Et puis après ben j'ai élevé mes enfants, et après j'ai repris des boulots, ménage, usine heu... j'ai fais 3 ans de secrétariat dans une association et puis voilà j'ai fini par être assistante maternelle.

E : Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est supérieur à la normale ?

P : Ouuuuh là, je ne sais plus exactement mais ça remonte à quelques années quand même, d'où ma surprise parce que en fait heu... j'ai toujours fait attention à ce que je mangeais !

E : Pourriez-vous me donner un chiffre approximatif ? 10 ans, 15 ans ?

P : Pas 15 ans mais une petite dizaine d'année.

E : Avez-vous un traitement pour le cholestérol ?

P : Oui, CRESTOR.

E : Avez-vous des pathologies associées ? Hypertension ? Diabète ?

P : Non non !

E : Etes vous fumeuse ou avez-vous été fumeuse ?

P : Non pas du tout !

E : Le cholestérol peut être dangereux pour votre santé, savez-vous quels sont les organes atteints et quelles grosses maladies sont favorisées ?

P : Le cholestérol... ben pour moi c'est les artères ! Le cœur, mais les symptômes sont un peu particuliers, moi si j'oublie mon médicament j'ai la tête qui tourne. Il faut dire que je l'oublie régulièrement, comme je me sens bien je pense pas à le prendre.

E : Vous aviez totalement raison ça touche les artères, notamment celle du cœur. Quels autres organes peuvent être atteints d'après vous ?

P : Je ne sais pas...à part le cœur, les « infactus »

E : Il peut se déposer au niveau des artères qui irriguent le cerveau et créer des AVC. Il peut se déposer au niveau des membres inférieurs, c'est l'artériopathie oblitérante.

P : Ah ben là j'ai intérêt de faire attention, j'ai des soucis veineux j'ai déjà été opérée deux fois.

E : A part les médicaments, connaissez-vous d'autres moyens permettant de diminuer le taux de cholestérol ?

P : ... Ben à part une bonne hygiène de vie non je n'vois pas !

E : Qu'entendez-vous par « bonne hygiène de vie » ?

P : Ben il faut pas se... moi dans ma famille on vient du nord, donc tout le monde cuisine avec du beurre, à la poêle. Je l'ai fait mais depuis j'ai renoncé, je le fais plus depuis des années parce que je sais que le beurre grillé c'est très mauvais. Voilà, des choses comme ça quoi ! Quand je vais prendre de la crème je vais essayer de prendre de la crème allégée. Et quand on a commencé à me détecter du cholestérol j'ai dit au Dr S. « C'est pas possible, parce que j'ai mangé tout light ! » Alors là j'ai dit non c'est quelques chose, je faisais même les assaisonnements avec une crème allégée. Et il m'a répondu « ben vous le fabriquez vous-même probablement. Je savais pas qu'on pouvait fabriquer son cholestérol ! Peut-être parce que j'ai trop privé mon organisme de matière grasse aussi ! Je pense que j'ai été trop sévère avec mon organisme et que l'organisme ben il s'approvisionne lui-même, hein, quand il manque de quelque chose.

P : Je vais vous lire les recommandations : Il faut limiter la consommation de graisses saturées, limiter la consommation de sel. Il faut augmenter sa consommation en fruits, légumes, céréales et poissons. Que pensez-vous de ces recommandations ?

P. C'est déjà mon mode de vie. J'ai même de l'avoine à la maison.... Voilà oui c'était déjà mon mode de vie.

E. Il y a d'autres mesures non médicamenteuses qui vous viennent à l'esprit ?

P. Ben peut-être se bouger aussi ? Mais c'est ce que je peux plus faire parce que j'ai mal à un pied... (Rires), je suis folle là, ça me désespère, je suis une grande marcheuse pourtant. Moi j'étais une adepte de la gymnastique même à la maison, une demi heure, trois quart d'heure de gymnastique tous les jours, j'allais marcher 3 à 4 fois par semaine, et je pouvais faire jusqu'à 8 km, donc j'étais une très bonne marcheuse. J'ai les articulations des pieds qui se déforment et maintenant je sais plus.

E. Il est recommandé de pratiquer 30 minutes d'activité physique 3 à 5 fois par semaine. Vous en faisiez bien plus !

P. ... Je le fais plus ! Là 5 fois par semaine je le fais plus...

E. Il y a aussi les efforts physiques intégrés au quotidien. Il existe d'autres mesures, une qui ne vous concerne pas qui est l'arrêt du tabac. Il y a le contrôle du poids. A vu d'œil vous semblez être dans la norme...

P. Je dépasse un p'tit peu... Le fait que j'ai... vous savez quand vous êtes active, j'étais très active parce que en plus j'allais faire des ménages à pied j'avais pas le permis, donc je courais chercher mes petites filles à l'école entre mes ménages, à pied, d'ailleurs je pense que c'est comme ça que j'ai fini par m'esquinter les pieds, parce que je courais tout le temps ! Maintenant je suis à la retraite, ben j'ai plus la même activité forcément ! Et comme je ne peux plus aller marcher parce que ben je peux pas, les pieds me font souffrir. Donc je prends du poids !

E. Limiter l'alcool permet également de limiter son taux de cholestérol.

P. Je ne bois pas ! Juste un apéritif le samedi soir !

E. Vous connaissez la norme ?

P. Oh je sais pas... J'ai vécu dans une famille où on consommait pas mal, je dirais 3 verres de vin par jour, pas plus...

E. C'est 1 verre pour la femme 2 pour l'homme.

P. Oh ben moi j'en bois pas du tout de la semaine alors je m'en fiche (rires)... ou quand on va au restaurant.

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en œuvre efficacement ces mesures ?

P. Oh... ben il peut rien faire ! On peut pas tout lui demander (rires) faut pas exagérer !

E. Je vais vous proposer des aides éventuelles vous allez me dire ce que vous en pensez. Des fiches alimentaires, avec les aliments à consommer, à éviter...

P. Non, ce n'est pas nécessaire chez moi !

E. Des conseils pour la pratique d'une activité physique adaptée?

P. Non, je pratique, enfin moins qu'avant mais je pratique encore, je fais ce que je peux, à la maison. Le matin je souffre pas, donc tous les matins j'essaie au moins 3 fois par semaine de

faire quoi. Bon, heu j'ai la sciatique qui coince de temps en temps donc je suis obligée de faire attention mais j'ai un truc à pédale là donc ça j'en fais deux fois par semaine, c'est pas très dur mais je suis essoufflée, ça fait travailler le cœur je le sens ! Bon je le fais jusqu'à 70 fois donc j'ai augmenté mon rythme, j'en fais que deux fois par semaine mais c'est intensif. J'ai le palpitant qui...voilà!

E. Qu'attendriez-vous des mesures dont on vient de parler ?

P. Peut-être une aide, parce qu'on sait certainement pas tout ! Peut-être une aide oui ! Peut-être une façon de manger oui, mais encore !

E. Y a-t'il quelques chose qui vous freinerait pour mettre en application ces méthodes ?

P. Non... ah peut être les douleurs physique. Oui ça me freine énormément dans mes activités physique parce que moi j'aimais ça !

E. Pensez-vous que votre médecin traitant vous a suffisamment informée concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre le cholestérol ?

P. Oh je pense que oui il a dû m'en parler mais il me connaît bien, il sait que je fais attention (rires).

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Boh, je pense que s'il avait quelque chose à me proposer il me le proposerait, s'il me propose rien d'autre c'est qu'il y a rien d'autre, sincèrement, je pense que Dr S. s'il y avait un autre moyen de me traiter il le ferait !

E. Je vous remercie.

## 7.8 PATIENT N°8

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Oui et je m'appelle Mme D. A., j'ai 72 ans, puis voilà !

E. Que faisiez-vous comme métier ?

P. Aide soignante, à l'hôpital de S.Q.

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est supérieur à la normale ?

P. Oh il y a longtemps hein, il y a 20 et quelques années que j'ai arrêté de travailler, je dirais une quarantaine d'années à peu près, je pourrais pas vous dire exactement. C'est un peu de famille...

E. Etes-vous traitée ?

P : Oui.

E. Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

P. Ben je suis soignée par Mme L. en hématologie, parce que j'ai mes globules blancs qui font le yoyo et pis tout ça, depuis 2 ans, Puis j'ai de la tension.

E. Du diabète ?

P. Du diabète pour l'instant je ne l'ai pas mais je fais attention, j'me limite !

E. Etes vous ou avez-vous été fumeuse ?

P. Ah non je ne fume pas, je ne bois pas !

E. Un taux de cholestérol élevé peut être dangereux pour la santé. Savez-vous quels organes sont touchés ?

P. Le cœur.

E. Oui, et quoi d'autre ?

P. Les artères, les veines et tout ce qui va avec !

E. Ca touche les artères. Quelles grosses maladies favorisées par le cholestérol connaissez vous ? Vous m'avez dit le cœur...

P. Donc les infarctus, les AVC, puis phlébite et tout le reste.

E. Ça ne fait pas vraiment de phlébite, mais ça peut toucher les artères des membres inférieurs, on appelle ça les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs. Le cholestérol favorise également les AVC.

E. Quels autres moyens connaissez-vous à part les médicaments permettant de faire diminuer votre taux de cholestérol ?

P. Par exemple faut faire un régime, sans le gras. Vous savez moi je fais un régime je ne mange pas de gras je ne prends pas de sucre, pas d'alcool rien du tout, mais disons que si un jour j'ai envie de manger quelque chose je ne me prive pas.

Je ne mange pas du gras cuit. Si je fais de la salade je mettrai de l'huile, oui. Mais tout ce qui est du beurre je n'en mange pas, et je ne le fais pas fondre dans une poêle.

E. Je vais vous lire les recommandations : Il faut manger des acides gras poly-insaturés comme dans le poisson...

P. Ah ben c'est ce que j'essaye de faire parce que j'aimais pas trop ça, mais maintenant je commence à en manger, parce que je ne mange pas beaucoup de viande, de tout le temps ! Mais la seule chose c'est que je consomme beaucoup de lait, en yaourt, en gâteau de riz. Et je mange des œufs, c'est pas à limiter non ? Puis c'est des œufs de ferme (rires).

E. Il faut limiter les œufs tout de même. Il faut aussi manger fruits, légumes et céréales. Et il faut limiter la consommation de sel.

P. Eh ben j'en mange pas, à part si j'achète du pain, j'ai pas de sel chez moi !

E. Que pensez-vous de ce régime alimentaire ?

P. Ah ben ça, je le fais déjà, ça c'est depuis longtemps !

E. Quels autres moyens connaissez-vous ?

P. Je ne sais pas... ça ne me vient pas...

E. Il faut limiter la consommation d'alcool...

P. Ah ça je ne bois pas ! D'autant plus que je conduis et je ne veux pas qu'on m'enlève le permis (rires).

E. Il y a le contrôle du poids.

P. Ah ça, oui, j'ai eu des petits problèmes, j'ai pris 5 kg en peu de temps, j'ai eu des ennuis j'ai perdu deux personnes chères, et le clou j'ai perdu mon chat, ça fait 6 mois je m'en remets pas, pourtant j'ai eu des chats avant mais je ne sais pas on était fusionnels.

E : Il y a aussi la lutte contre la sédentarité.

P : Moi c'est dur j'ai des prothèses aux deux genoux. Mais chez moi j'ai toujours un escalier, je les monte, je marche encore mais je peux plus faire ce que je faisais avant, c'est pour ça que je suis venu habiter ici, parce que avant ma maison c'était des escaliers partout ! Pour monter, pour descendre, tout ! Je m'étais même fais poser un escalier électrique dehors, pour rentrer. Puis déjà pour monter les courses parce que je suis seule.

E : Vous ne pouvez donc plus faire d'activité physique ? De la natation par exemple ?

P : Ah ça j'ai peur de l'eau, je ne peux pas

E : Les recommandations actuelles préconisent 30 min d'activité physique intense ou modérée 3 à 5 fois par semaine. Vous en pensez-quoi ?

P : Ah je ne peux pas ! Moi je marche, je vais aller à la boulangerie à pied. Mais autant c'est pas possible, à cause des genoux surtout !

E : Que pensez-vous de l'efficacité de ces mesures ?

P : Je suis pas sûre que ça suffise, j'ai déjà essayé de ne pas prendre les comprimés et de ne faire que le régime. Mais il y a tellement longtemps.

E : Je vais vous proposer des aides vous me dites ce que vous en pensez : Fiches alimentaires ?

P. Alors là... Non mais je ne sais pas si je le ferais parce que moi, je fais un peu de dépression de temps en temps et je ne sais pas si je respecterais ça. Puis j'ai plus peur du diabète que du cholestérol, parce que j'ai des antécédents diabétiques, je ne suis pas diabétique, mais j'ai peur

E : Consulter une diététicienne ?

P : Ah ça ne m'intéresse pas parce que pareil ça serait... passer mon temps pour rien (rires).

E : Conseils pour l'activité physique ?

P : Ca je pourrais pas... Mais je vais dans le jardin, je bouge hein.

E : Attendez-vous quelque chose des différentes mesures que nous avons évoquées?

P : Ben ce que vous m'avez dit ça m'a déjà enrichi. Pour les fiches alimentaires je vous le dis carrément parce que si un jour j'ai envie de manger ça, ben je mange ça hein. Faut pas que ça soit lundi faut manger ça, mardi ça parce que moi je vais vous dire franchement, je suis toute



seule je ne vais pas me faire à manger tous les jours. Mais je ne suis pas à rester au lit et à manger des bonbons et tout ça ! Non non !

E : Qu'est ce qui vous freine à les mettre en pratique ? C'est pas que j'ai pas la volonté mais ça m'énerverait. Mais je ne mange rien qui puisse me faire grossir. J'avais pris 5 kg j'en ai déjà perdu 2. Je ne peux pas me priver, je mange peut-être pas comme il faut, mais je ne mange pas tout ce qui peut m'apporter du cholestérol. Parce que je me prive déjà assez pour encore me faire faire de fiches (rires).

E : Votre médecin traitant vous a-t-il a votre avis suffisamment informée sur ses mesures non médicamenteuses ?

P: ah ben oui, je suis très contente de mon médecin traitant !

E : Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P : (Rires) Ah ben il peut me le dire, vous savez, mais ça ne fonctionnera pas ! Non parce je me prive de trop, si c'est encore pour faire de fiches et puis tout ça, c'est pas la peine. Parce que j'ai une amie elle fait des fiches elle dit « je mange ça, ça » puis 3 jours après elle mange des chouquettes à minuit (rires).

E : Je vous remercie

## 7.9 PATIENT N°9

E. Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

P. Mme V. E., née en 1950 (66 ans) à R.

E. Que faisiez-vous comme métier ?

P. Agricultrice.

E. Depuis combien de temps savez-vous que votre taux de cholestérol est supérieur à la normale ?

P. Depuis toujours, je dirais depuis l'âge de 20 ans.

E. Avez-vous un traitement ?

P. Oui.

E. Avez-vous des maladies associées ?

P. Non... La tension j'en ai un p'tit peu...

E. Fumez-vous ou avez-vous fumé ?

P. Non, du tout !

E. Un taux de cholestérol peut-être dangereux pour votre santé. Savez-vous quels sont les organes touchés ?

P. Ben c'est le cœur...

E. Le cholestérol se dépose dans les artères. Connaissez-vous les grosses maladies qui y sont associées ?

P. Ben ouais j'en ai entendu parler...

E. Au cœur ?

P. Ben ça fait des battements et puis... je ne sais plus !

E. Ca peut favoriser les infarctus du myocarde, les AVC quand ça touche les artères qui irriguent le cerveau et les artériopathies oblitérantes au niveau des membres inférieurs.

P. Oui d'accord, enfin faut faire très attention quoi !

E. A part les médicaments, connaissez-vous d'autres moyens de limiter efficacement votre cholestérol ?

P. Pas trop de gras, pas trop de sauces, pas trop de fromage... heu voilà !

E. Je vais vous lire les recommandations : Il faut limiter la consommation de graisses saturées, limiter la consommation de sel. Il faut augmenter sa consommation en fruits, légumes, céréales et poissons. Que pensez-vous de ces recommandations ? Vous paraissent-elles réalisables ?

P. Ah oui oui ! Je mange du poisson 1 fois par semaine, le vendredi mais c'est tout. Puis le pain pour la journée je compte une bonne moitié de baguette quand même.

E. Connaissez-vous d'autres méthodes pour limiter votre taux de cholestérol ?

P. Ben d'autre méthode heu... Un peu d'exercice ? Moi quand je peux je fais du vélo. Enfin 1 fois par semaine pendant 2 heures.

E. Les recommandations préconisent de faire 30 minutes d'activité intense à modérée 3 à 5 fois par semaine, vous en pensez quoi ?

P. Hummm, il faut mieux faire un petit peu tous les jours alors, c'est ça, que d'un seul coup trop !

E. Connaissez-vous d'autres méthodes ?

P. ... Ben c'est déjà bien !

E : En rapport avec l'alimentation il y a le contrôle du poids...

P : Ah oui voilà, moi j'avais maigri un p'tit peu mais là j'ai pas repris beaucoup, moi je fais 1m62, 65 kg, c'est bien je crois (rires).

E. Il faut également arrêter le tabac, mesure qui ne vous concerne pas, et limiter l'alcool. Connaissez-vous les normes ?

P. 1 verre par jour. Moi si je bois un p'tit peu c'est le dimanche

E. Comment votre médecin traitant pourrait vous aider à mettre en œuvre efficacement ces mesures ?

P. En faisant... non, mais non, j'ai déjà essayé, si j'ai pas mes médicaments, ça monte !

E. Associées aux médicaments ! Je vais vous proposer des méthodes vous allez me dire ce que vous en pensez : Fiches alimentaires ?

P. Ben oui, ça m'aiderait !

E. Prendre une consultation avec une diététicienne ?

P. Ben j'y ai déjà été, mais pas pour le cholestérol. Elle m'a donné de bonnes techniques...

E : Pour le sport, des conseils sur l'activité à pratiquer ?

P. Ah le sport heu...oui ça pourrait aider un p'tit peu mais bon, je travaille un p'tit peu quand même et avec le travail il faut prendre le temps !

E. Pensez-vous que vous pouvez attendre un bénéfice des mesures que nous avons évoquées ?

P. Ben moi heu bon, comme je vous ai dit, ça va mais je fais attention, et puis bon ben j'ai maigri un p'tit peu, je faisais 70 kg, maintenant 65.

E. Pensez-vous que votre médecin traitant vous a suffisamment informée concernant les mesures de luttés contre le cholestérol ?

P. Ben oui mais enfin, quand j'ai pas pris mes médicaments je me sentais pas bien et voilà...  
Oui c'est bien

E. Souhaiteriez-vous qu'il s'investisse davantage ?

P. Ben oui mais enfin bon avec les prises de sang et tout bon ben. Les fiche diététique ca peut servir !

E. Je vous remercie.

# EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT D'HYPERCHOLESTEROLEMIE : PERCEPTION DES PATIENTS SUR LES MESURES HYGIENO-DIETETIQUE A ADOPTER ET SUR LE ROLE DE LEUR MEDECIN TRAITANT DANS CET APPRENTISSAGE

## RESUME

Introduction L'hypercholestérolémie concerne 30% de la population française. C'est un des facteurs de risque cardiovasculaire modifiable majeur des maladies cardiovasculaires. L'objectif thérapeutique principal concernant les dyslipidémies est l'abaissement du taux de LDL-cholestérol, notamment grâce aux mesures hygiéno-diététiques. Elles restent cependant un moyen sous-utilisé de réduire le risque cardiovasculaire. Quelle est la perception des patients concernant les mesures non médicamenteuses de lutte contre l'hypercholestérolémie et le rôle de leur médecin traitant dans leur apprentissage ?

Méthode Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de sujets âgés de 18 à 79 ans, atteint d'hypercholestérolémie primaire, en prévention primaire.

Résultats 9 entretiens ont été réalisés. Les personnes interrogées semblaient n'avoir qu'une connaissance partielle des risques liés au cholestérol. Les freins et les motivations à la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques variaient selon les patients, de même que la perception du rôle du médecin traitant.

Discussion Les patients paraissaient mal informés sur les complications de l'hypercholestérolémie mais également sur les mesures non médicamenteuses permettant de les limiter. Leur vision du rôle du médecin traitant dans cette prise en charge et leurs attentes variables semblaient liées à un écart entre perceptions des patients et pratiques des médecins.

Conclusion Il est nécessaire de mettre en place une stratégie éducative adaptée à chaque patient. Mais il semble avant tout important d'évaluer les perceptions sur l'hypercholestérolémie et les pratiques en matière d'éducation thérapeutique des médecins traitants.

**Mots clefs : Hypercholestérolémie ; Facteur de risque ; Risque cardiovasculaire; Observance thérapeutique ; Règles hygiéno-diététiques; Prévention ; Education thérapeutique**