

Présentée pour le

DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

PAR

BRIAU Claire, Florence, Sylvine
Née le 07 juillet 1989 à Blois

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2020

Représentations du risque cardiovasculaire et des médicaments
par les patients : ambivalence et non-observance.
Exemple des statines en prévention primaire.

Directeur de thèse : Professeur Philippe CORNET

Président du jury : Professeur Éric BRUCKERT

Membres du jury : Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Docteur Annie DE OLIVEIRA

REMERCIEMENTS

Au Professeur BRUCKERT Éric,
Merci de me faire l'honneur de présider mon jury. Vos travaux de recherche ont grandement inspiré ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur CADWALLADER Jean-Sébastien,
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre vision de la médecine et vos enseignements ont été pour moi un exemple.

Au Docteur DE OLIVEIRA Annie,
Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour le soutien, les conseils et toute la bienveillance que tu m'as apporté ces deux dernières années.

Au Professeur CORNET Philippe,
Merci d'avoir dirigé cette thèse, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour votre patience et vos précieux conseils.

A mes parents, pour leur soutien sans faille dans tous les domaines au cours de ces longues années d'études. Merci pour tout.

A ma grande sœur Aude, pour ton aide, tes conseils avisés, toutes tes relectures et tout le reste bien sûr. C'est parti pour de nouvelles aventures, *the way old friends do* comme dirait ABBA.

A Léa, ma grande amie, mon pilier quand rien ne va et quand tout va bien, merci pour tout. Merci aussi à ta famille et à Manu pour leur accueil et leur bienveillance.

A mes copines, Marie, Olivia, Floflo, Carocake, Caro, Clélia, Raph, Lise, Astrid, Laura, Camille, etc. J'ai vraiment les meilleures copines du monde. Vous avoir à mes côtés pendant toutes ces années est un vrai bonheur et vous voir construire vos familles me remplit de joie.

A mes amis d'enfance, Alice, Adrien, Tiffany, Marie, Hélène et vos conjoints, que de souvenirs et de moments partagés, toujours présents pour assister aux grandes étapes de nos vies.

A mes colocataires et amis, Jo merci pour tes conseils précieux en informatique et ta patience. Mon Guénouche merci pour ton soutien, ton écoute, tes conseils et pour me faire rire autant que de me faire peur !

A mon équipe de la maison des médecins, contre vents et marées, toujours prêts ! Collègues ou amis, vous êtes fantastiques et travailler avec vous est une vraie chance.

A mon équipe de la MSP Jean Jaurès, merci pour tout, de jolies amitiés sont nées de ces remplacements et je suis ravie de faire partie de vos projets.

A tous ceux, qui de près ou de loin m'ont aidé pour cette thèse, tout particulièrement Aude et Olivia pour la mise en page, et Marie pour ton soutien et ta disponibilité !

Et enfin à ma petite Mamie Chef à qui je dédie cette thèse. J'aurais adoré que tu puisses voir ça. La bonne étoile de la famille c'est toi maintenant, tu vas avoir du boulot !

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS
HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT ANTOINE
8	ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	SAINT ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE

24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
32	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophtalmologie	PITIE SALPITRIERE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE-STAMBOULI	Franck	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE

51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINTE ANTOINE
52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
60	CHAZOILLERES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie	SAINTE ANTOINE
61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIE SALPITRIERE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
63	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINTE ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TROUSSEAU
75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE

78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIE SALPITRIERE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
91	DERAY	Gilbert	PU-PH	néphrologie	PITIE SALPITRIERE
92	DOMMERMUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
94	DOUAY	Luc	PU-PH	Hématologie bio	SAINT ANTOINE
95	DRAY	Xavier	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
96	DUBERN	Béatrice	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
97	DUBOIS	Bruno	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
98	DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TROUSSEAU
99	DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pneumologie Réanimation	PITIE SALPITRIERE
100	DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Anatomie / SSR	PITIE SALPITRIERE
101	DURR	Alexandra	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
102	DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
103	DUVAL	Alex	PU-PH	Biochimie et biologie	SAINT ANTOINE
104	DUYCKAERTS	Charles	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
105	ELALAMY	Moulay	PU-PH	Hématologie	TENON

106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINT ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation médicale/Pneumo	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie & cytologie patholog.	SAINT ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
118	FRANCOIS- PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIE SALPITRIERE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIE SALPITRIERE
121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
122	GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeuthique/Endocrino	PITIE SALPITRIERE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie ; Radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPITRIERE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON

132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIE SALPITRIERE
137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIE SALPITRIERE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	PITIE SALPITRIERE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPITRIERE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
156	KAS	Aurélie	PU-PH	Biophysique	PITIE SALPITRIERE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE

160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
166	LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
170	LAZIMI	Gilles	PU associé	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine nucléaire	PITIE SALPITRIERE
175	LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIE SALPITRIERE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	TENON
185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	TENON
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE

190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIE SALPITRIERE
192	MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Virologie	PITIE SALPITRIERE
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINT ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINT ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie-Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPITRIERE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie viscérale et transfusion	SAINT ANTOINE

218	PASCAL MOUSSELLARD	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles- Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINT ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINT LOUIS
228	POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
229	POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPITRIERE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	TENON
233	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépatogastro	PITIE SALPITRIERE
234	RAUX	Mathieu	PU-PH	Anesthésiologie et réa. Chir.	PITIE SALPITRIERE
235	REDHEUIL	Alban	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
236	RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPITRIERE
237	RIOU	Bruno	PU-PH	Anesthésiologie/Urgences	PITIE SALPITRIERE
238	ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Médecine Physique et Réadaptation	ROTHSCHILD
239	ROBERT	Jérôme	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
240	RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
241	RONDEAU	Eric	PU-PH	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Hépatogastro-Entérologie	PITIE SALPITRIERE
243	ROUPRET	Morgan	PU-PH	Urologie	PITIE SALPITRIERE
244	SAADOUN	David	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
245	SAHEL	José-Alain	PU-PH	Ophtalmologie	15 / 20

246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPITRIERE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIE SALPITRIERE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPITRIERE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	SAINT ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINT ANTOINE
253	SELLAM	Jérémie	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
254	SEROUSSE FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255	SIFFROI	Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU
256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIE SALPITRIERE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON
263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPITRIERE
268	THOMASSIN- NAGGARA	Isabelle	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPITRIERE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU

272	TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
273	TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urologie	TENON
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidémiologie	PITIE SALPITRIERE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPITRIERE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirurgie pédiatrique	TROUSSEAU
284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologique	SAINT ANTOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH	Bactériologie	émérite
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	Immunologie	émérite
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutrition	émérite
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histologie et embryologie	émérite
291	BRICAIRE	François	PU-PH	Maladies infectieuses	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-PH	Anatomie pathologique	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-PH	Médecine intensive réanimation	émérite
295	CORNET	Philippe	PU MG	Médecine générale	émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-PH	Neurologie	émérite

297	FERON	Jean-Marc	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-PH	Biochimie	émérite
299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite
302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	émérite

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	PITIE SALPITRIERE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPITRIERE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPITRIERE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPITRIERE
9	BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
13	BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
14	BIELLE	Franck	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
15	BILHOU NABERA	Chrystèle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BLONDIAUX	Eléonore	MCU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
17	BODINI	Benedetta	MCU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
18	BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
19	BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
20	BOUHERAOUA	Nacim	MCU-PH	Ophtalmologie	15 / 20

21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPITRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISSOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques	PITIE SALPITRIERE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET
28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique	SAINT ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPITRIERE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPITRIERE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET
35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPITRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPITRIERE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIE SALPITRIERE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	PITIE SALPITRIERE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reproduction	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE

50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT ANTOINE
51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPITRIERE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIE SALPITRIERE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIE SALPITRIERE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédéric	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPITRIERE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU
61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
64	GUIARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Médecine interne gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE

79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINTE ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPITRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPITRIERE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPITRIERE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPITRIERE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Biophysique et méd nucléaire	PITIE SALPITRIERE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINTE ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPITRIERE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET
92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPITRIERE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPITRIERE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINTE ANTOINE
97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPITRIERE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIE SALPITRIERE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIE SALPITRIERE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPITRIERE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPITRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPITRIERE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie - urgences cérébrales	PITIE SALPITRIERE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPITRIERE
107	ROUSSEAU ROUSVOAL	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive	PITIE SALPITRIERE

108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIE SALPITRIERE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPITRIERE
111	SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIE SALPITRIERE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET
114	SORIA	Angèle	MCU-PH	Dermatologie	TENON
115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPITRIERE
116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPITRIERE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPITRIERE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie et biologie du vieillissement	SAINT ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	ex Vimont dispo conv perso	TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Médecine intensive - réanimation	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIE SALPITRIERE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Thérapeutique/réa médicale / neuro	PITIE SALPITRIERE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT ANTOINE

ABREVIATIONS

ACP : Approche centrée patient

AV : Associations verbales

FDRCV : Facteurs de risque cardiovasculaires

HAS : Haute Autorité de Santé

LDL : Low Density Lipoprotein

MCV : Maladies cardiovasculaires

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCV : Risque cardiovasculaire

RHD : Règles hygiéno-diététiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes consœurs et confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	25
II.	MATERIAU ET METHODES	28
1.	Analyse des construits sociaux.....	28
2.	Journal de bord	28
3.	Choix de la méthode.....	28
4.	Echantillonnage et sujet.....	29
5.	Recueil des données	29
6.	Analyse des résultats	30
III.	RESULTATS	31
A.	ECHANTILLON.....	31
B.	ASSOCIATIONS VERBALES	33
1.	Facteurs de risque.....	33
2.	Traitement	33
3.	Représentations bénéfiques des statines.....	34
4.	Représentations néfastes des statines	34
5.	Organes cibles	34
6.	Vécu émotionnel	34
C.	ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	35
1.	Ambivalence dans les représentations étiologiques et thérapeutiques.....	35
1.1	Représentations du risque cardiovasculaire et de la dyslipidémie.....	35
a)	Le risque cardiovasculaire par ses organes cibles et ses conséquences.....	35
b)	Les facteurs de risques.....	36
c)	La relativité du risque	36
d)	Représentations de l'état de santé.....	36
e)	Modèle étiologique endogène/exogène	37
f)	Modèle étiologique additif/soustractif.....	38
1.2	Représentations du traitement	38
a)	Règles hygiéno-diététiques.....	38
b)	Rôle des statines	38
c)	Le <i>pharmakon</i>	38
d)	Représentations néfastes des médicaments	39
e)	Représentations bénéfiques des médicaments	40
f)	Modèle thérapeutique additif/soustractif	40
g)	Modèle thérapeutique allopathique/homéopathique.....	41

2.	Observance et non-observance.....	41
2.1	L'observance thérapeutique	41
a)	La ritualisation.....	41
b)	La force de l'habitude.....	42
c)	Le principe de précaution	42
d)	La régularité du suivi et l'utilité des examens complémentaires.....	42
e)	Le vécu expérientiel et le rapport émotionnel au risque.....	43
2.2	La non-observance	43
a)	L'oubli	43
b)	La contrainte	44
c)	La prévention primaire et la hiérarchisation des médicaments	44
d)	Règles hygiéno-diététiques et médicament compensateur	44
e)	Un traitement à vie.....	45
2.3	L'adhésion thérapeutique	45
a)	La relation médecin-patient.....	45
b)	Les croyances.....	46
c)	L'influence de l'environnement	47
d)	Les sources d'information	47
IV.	DISCUSSION	48
A.	Points forts et limites de l'étude.....	48
1.	Les forces de l'étude.....	48
2.	Les limites de l'étude	48
B.	Analyse comparative des associations verbales et des entretiens	49
C.	Analyse comparative aux données de la littérature	50
1.	Représentations du risque, de la dyslipidémie et de l'état de santé	51
2.	Représentations du traitement	53
3.	Observance	54
4.	L'adhésion thérapeutique	56
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	59
VI.	BIBLIOGRAPHIE	61
VII.	ANNEXES	67
	Annexe n°1.....	67
	Annexe n°2.....	68
	Annexe n°3.....	69
	Annexe n°4.....	70

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années nous assistons à une mutation de la stratégie médicale avec une nette émergence de la médecine préventive, dans de nombreuses spécialités et plus particulièrement dans le domaine cardiovasculaire. En effet, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la première cause de mortalité dans le monde. Le nombre de décès s'élevait à plus de 15,2 millions pour l'année 2016, représentant 31% de la mortalité mondiale et ces chiffres tendent à augmenter puisque l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à plus de 23,6 millions de décès pour l'année 2030 (1) (2).

En France, les MCV représentent 28% de la mortalité nationale, soit 400 morts par jour, étant la première cause de mortalité chez la femme et la deuxième chez l'homme, après les cancers (3). Elles sont le siège de nombreuses recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes. Afin de réduire la prévalence de ces MCV, le paradigme préventif actuel consiste à dépister les facteurs de risque cardiovasculaire pour chaque patient (4).

Certains facteurs de risque sont dits « intrinsèques » ou « non modifiables », comme l'âge et l'hérédité, d'autres sont dits « extrinsèques » ou « modifiables » comme l'hypertension artérielle, le tabac, le diabète, le surpoids, la sédentarité ou encore la dyslipidémie. A l'aide d'outils prédictifs comme SCORE utilisé en Europe, un niveau de risque est ensuite défini pour chaque patient permettant de déterminer la probabilité de décès cardiovasculaire à dix ans.

Une fois ce niveau de risque évalué, une stratégie thérapeutique est mise en place par le médecin. Ces traitements peuvent être non-médicamenteux avec la mise en place de règles hygiéno-diététiques (RHD), régime et activité physique. Ils peuvent aussi être médicamenteux avec la prescription d'anti-hypertenseurs, d'antidiabétiques ou encore de statines. Ce sont ces dernières qui seront à la base de notre travail de thèse, puisque plus de 90 % de leurs prescriptions sont faites par les médecins généralistes (5).

L'intérêt des statines a largement été démontré en prévention cardiovasculaire, à la fois sur la réduction de la concentration sérique de LDL-cholestérol (6), la limitation du développement de l'athérosclérose (7), (8) et la diminution de la mortalité cardiovasculaire (9), (10). Cependant ce traitement fait l'objet de nombreuses polémiques au sein même du corps médical, notamment en ce qui concerne leur prescription en prévention primaire ou leur mauvaise tolérance (11). Par exemple, les recommandations de l'HAS relatives à l'indication des statines en prévention primaire ont été abrogées un an après leur publication en février 2017 à la suite de la découverte de possibles liens d'intérêt de certains experts (12). De tels conflits d'intérêts entre médecins et laboratoires pharmaceutiques ont d'ailleurs fait l'objet de nombreux articles et reportages parus dans la presse grand public suscitant la méfiance des patients. Enfin, les statines constituent un enjeu économique par le coût qu'elles engendrent, étant donné qu'un français sur cinq présente une dyslipidémie (13) et que 9% des adultes français prennent un traitement hypolipémiant (14).

Cependant l'objectif de ce travail de thèse n'est pas de discuter la justesse ou non de l'indication des statines en prévention primaire, mais de s'intéresser aux représentations de ces médicaments par les patients, et de l'impact éventuel de celles-ci sur l'observance.

L'observance thérapeutique peut être définie comme le rapport entre le nombre de prises médicamenteuses effectives sur une période donnée et le nombre de prises prescrites sur cette même période (15). On estime que l'observance est satisfaisante lorsque 80% des prescriptions

sont suivies. Par opposition, la non-observance thérapeutique est définie par le manque d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales (16). Dans le cas des maladies chroniques, on retrouve dans la littérature un taux d'inobservance moyen de 50%. Plus particulièrement, une méta-analyse sur l'observance des traitements préventifs cardiovasculaires objectivait qu'un tiers des patients en prévention secondaire et la moitié des patients en prévention primaire étaient inobservants (17). Une autre revue de la littérature portant uniquement sur les statines en prévention primaire rapportait des taux d'observance plus variables allant de 17,8% à 79,2% (18). Il existe donc une nette contradiction entre la théorie médicale et la réalité des patients, d'autant plus qu'il s'agit de prévention primaire. Or, comme le signale l'OMS lors d'un rapport sur l'observance en 2003, l'enjeu est de taille : « optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments » (19). De fait, plusieurs déterminants influençant l'observance ont été recensés. Ils incluent entre autres une dimension démographique et socio-économique, certains facteurs liés à la pathologie en elle-même, (comme l'absence de symptômes), ou d'autres liés au patient lui-même (par exemple, les croyances liées au traitement).

A partir de ces différents déterminants, nous nous sommes intéressée aux représentations des patients vis-à-vis des médicaments, et particulièrement des statines. On entendra par le terme « représentations » les représentations sociales en santé qui permettent à l'individu de s'approprier la réalité. Le sociologue français J-C Abric en a donné la définition suivante : « Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (20). A propos de ces représentations sociales il convient d'aborder celles concernant le médicament. Son étymologie grecque, *le pharmakon*, fait à la fois référence au remède et au poison (21). Le médicament peut guérir mais il peut également provoquer des effets secondaires, voire adverses. Il existe donc une ambivalence dans le fondement même du traitement médicamenteux.

Mais qu'en est-il de l'attitude des patients envers les médicaments ? Cette ambivalence se retrouve-t-elle chez les patients lorsque l'on évoque le risque cardiovasculaire et les statines en prévention primaire ? Quelles sont les représentations à l'œuvre chez des patients n'ayant jamais présenté d'accident cardiovasculaire mais acceptant de se traiter à vie pour en réduire le risque ? L'intérêt d'une étude théorique des représentations porte sur l'influence qu'elles ont sur les attitudes et les comportements. Nous savons par différents auteurs qu'un comportement obéit, soit une intention, soit est le fruit d'un choix à partir d'une situation discriminante (là où il y a un choix à opérer). Sur tous ces aspects il est intéressant de se référer à la philosophie de l'action ou aux approches des cognitivo-comportementalistes¹. L'influence des représentations se retrouve-t-elle lorsque l'on parle d'observance ? Si tel est le cas, la connaissance et la compréhension de ces représentations par les médecins nous permettrait-il de limiter la non-observance ?

L'ensemble de ces considérations nous amène à formuler notre question de recherche sous la forme suivante : « Quelles sont les représentations des patients concernant le risque

¹ A titre d'exemple A. Skinner pour les théories du comportement ou D. Davidson pour la philosophie analytique ou de l'action.

cardiovasculaire et les statines en prévention primaire et quelle est leur influence sur l'observance ? »

Pour approcher cette question nous exposerons successivement nos choix méthodologiques et leurs résultats que nous discuterons à la lumière d'apports extérieurs empruntés à la recherche médicale, aux sciences humaines et sociales et à la philosophie. Tout ceci nous amènera à ouvrir des perspectives pour l'exercice du clinicien en matière de prévention du risque cardiovasculaire.

II. MATERIAU ET METHODES

Afin d'étudier notre question de recherche nous avons choisi une approche qualitative, opportune lorsqu'il s'agit d'approcher le ressenti, le vécu ou les représentations d'un objet social.

1. Analyse des construits sociaux

Avant toute démarche de recherche de terrain il convient de se confronter à ses propres construits sociaux, car nous n'échappons pas à nos *a priori* dans la double qualité d'individu et de médecin. La distanciation à son objet de recherche est un préalable indispensable, même s'il est illusoire de croire à une neutralité du chercheur. A ce propos la position de C. Papinot est rassurante lorsqu'il écrit : « de remiser ces pseudo-concepts au rang de *mauvais génie des sciences sociales* et de repenser ces *péripéties* inattendues de l'enquête, non comme des anecdotes intempestives, mais comme des sources possibles de compréhension de l'objet » (22).

2. Journal de bord

Afin de guider notre réflexion et de saisir la progression de notre travail nous avons colligé régulièrement les évènements, les questionnements, les ressentis tout au long du travail d'élaboration de la thèse. Cette démarche a permis de donner de la consistance à notre réflexion et de ne pas s'éloigner de nos objectifs de recherche (Annexe n°1)

3. Choix de la méthode

Afin d'étudier les représentations des médicaments par les patients et l'impact sur l'observance, nous avons opté pour une approche de type qualitative phénoménologique inductive. Une étude de type qualitative était la plus indiquée puisque nous nous intéressions à la subjectivité des personnes confrontées à des représentations potentielles multiples : un déterminant de santé (ou de maladie) : le cholestérol, la notion de risque, de seuil de risque, de traitement, de maladie, ...

Pour répondre à nos ambitions et dans l'espoir de renforcer la qualité des résultats, nous avons opté pour une double didactique qui comprenait la réalisation d'entretiens semi-dirigés et le recours à l'association verbale libre continuée.

La technique d'association verbale était appliquée à deux échantillons dont celui des entretiens. L'inducteur (voir encadré ci-dessous) était unique et correspondait au nom de la statine prise par le patient et trois mots (induits) devaient lui être associés. Cela a permis d'enrichir les entretiens en permettant une prise de contact plus individuelle et d'explorer de façon plus précise les représentations avec des relances lors des entretiens semi-dirigés. Nous pensons ainsi renforcer nos interprétations si les catégories issues de l'association verbale recouvraient celles produites par les entretiens. Cette congruence nous assurerait une solidité des données.

Pour en savoir plus :

L'association verbale ou association d'idées est une méthode d'investigation utilisée en sciences humaines et en psychologie afin d'explorer les représentations, les croyances ou encore les états mentaux. Ses premières utilisations remontent à l'Antiquité mais elle se développe majoritairement au XIX^{ème} siècle avec l'apparition de la psychologie expérimentale. Elle repose sur l'exploration de liaisons directes et spontanées faites par les individus sur un sujet. Ces associations sont influencées entre autres par l'environnement, le vécu personnel, l'expérience, les construits sociaux et la pensée collective.

Le chercheur propose un mot ou une courte phrase, appelé inducteur et récolte dans un temps court de un (association libre simple) à plusieurs mots (association libre continuée) que l'interrogé associe (les induits). Le principe est de considérer qu'il existe peu de filtre entre l'inducteur et l'énoncé des induits. (La psychanalyse repose sur cette technique). Une demande d'explicitation suit l'énoncé des induits (23).

Suite à ces associations verbales nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement défini. Celui-ci était d'abord organisé selon les représentations du risque cardio-vasculaire, puis selon les représentations des médicaments en général, avec un focus sur les statines, et enfin une dernière partie était consacrée à l'observance (Annexe n°2).

4. Echantillonnage et sujet

Les critères d'inclusion étaient la prise de statines en prévention primaire qu'il s'agisse des patients de l'échantillon spécifique « association verbale » ou de celles de l'échantillon « entretien avec association verbale ». Initialement seuls les patients à risque modéré selon la classification SCORE devaient être inclus. Mais devant faire face à une problématique de recrutement, tous les patients traités en prévention primaire ont été inclus, quel que soit leur niveau de risque, leur âge et leurs comorbidités. Étaient exclus de l'étude les patients traités par statines en prévention secondaire, ou avec des troubles cognitifs ou ayant refusé de participer.

La composition de l'échantillon s'est faite à la recherche de la plus grande diversité. Après avoir rencontré les premiers patients nous avons choisi un échantillonnage raisonné afin de faire face à l'exigence de cette diversité.

L'étude était pluri-centrique, réalisée dans deux cabinets de médecine générale de l'Est parisien (Le Pré-Saint-Gervais (93) et Paris 19^{ème}) et s'est déroulée entre février et juin 2020.

5. Recueil des données

Tous les entretiens se sont déroulés dans le cabinet où le patient était suivi, à l'exception de deux entretiens qui ont été réalisés par visio-conférence.

Les patients étaient informés de l'objet de l'étude, de la confidentialité et de l'anonymat des données avec respect du secret médical.

6. Analyse des résultats

Chaque entretien était enregistré au dictaphone avec l'accord du patient. La retranscription s'est faite au mot à mot et les communications non verbales ont également été rapportées à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

Chaque transcription des entretiens individuels a ensuite été lue plusieurs fois puis codée pour identifier les premières unités minimales de signification, annotées dans la marge. Celles-ci ont été classées, regroupées en catégories (ou thèmes) puis en sous-catégorie (ou sous-thèmes) selon la procédure habituelle de codage ouvert puis axial et enfin transversal. C'est ainsi que les thèmes récurrents ont été repérés dans les différentes transcriptions, selon une démarche inductive. Afin de renforcer la validité de l'étude, une partie des entretiens a été analysée par un autre chercheur pour permettre de réaliser une triangulation des données (élément de validité interne de l'étude) et les résultats ont été débattus.

Pour l'association verbale, chaque induit a été référencé dans un tableau, puis un coefficient de pondération lui a été attribué selon son rang d'apparition (3 pour le premier, 2 pour le deuxième et 1 pour le troisième)². Tous les induits ont ensuite été regroupés par catégories. Une sommation des coefficients a permis de hiérarchiser chaque induit, chaque catégorie et chaque sous-catégorie en termes d'importance selon sa fréquence (ou occurrence).

² En effet nous avons considéré que l'association la plus forte liait l'inducteur au premier induit en s'appuyant sur le discours psychanalytique. Même si nous savons que parfois le dernier induit reflète la plus grande résistance à l'énoncer. Il a en effet été démontré par l'utilisation de techniques de hiérarchisation que le rang d'apparition ne correspondait pas forcément au rang d'importance pour l'individu. Cependant, dans notre cas, il s'agit de s'appuyer sur la spontanéité de l'énonciation.

III. RESULTATS

A. ECHANTILLON

Nous avons interrogé douze patients pour les entretiens semi dirigés et dix-sept patients pour les associations verbales entre février et juin 2020 à Paris (75) et au Pré-Saint-Gervais (93). L'échantillon composé pour les entretiens comportait quatre hommes et huit femmes de 48 à 79 ans avec un âge médian de 65,5 ans. Pour l'association verbale sept hommes et dix femmes ont répondu, trois n'ont pas souhaité répondre. L'âge médian était de 65 ans. L'âge moyen toutes méthodologies confondues était de 62,6 ans.

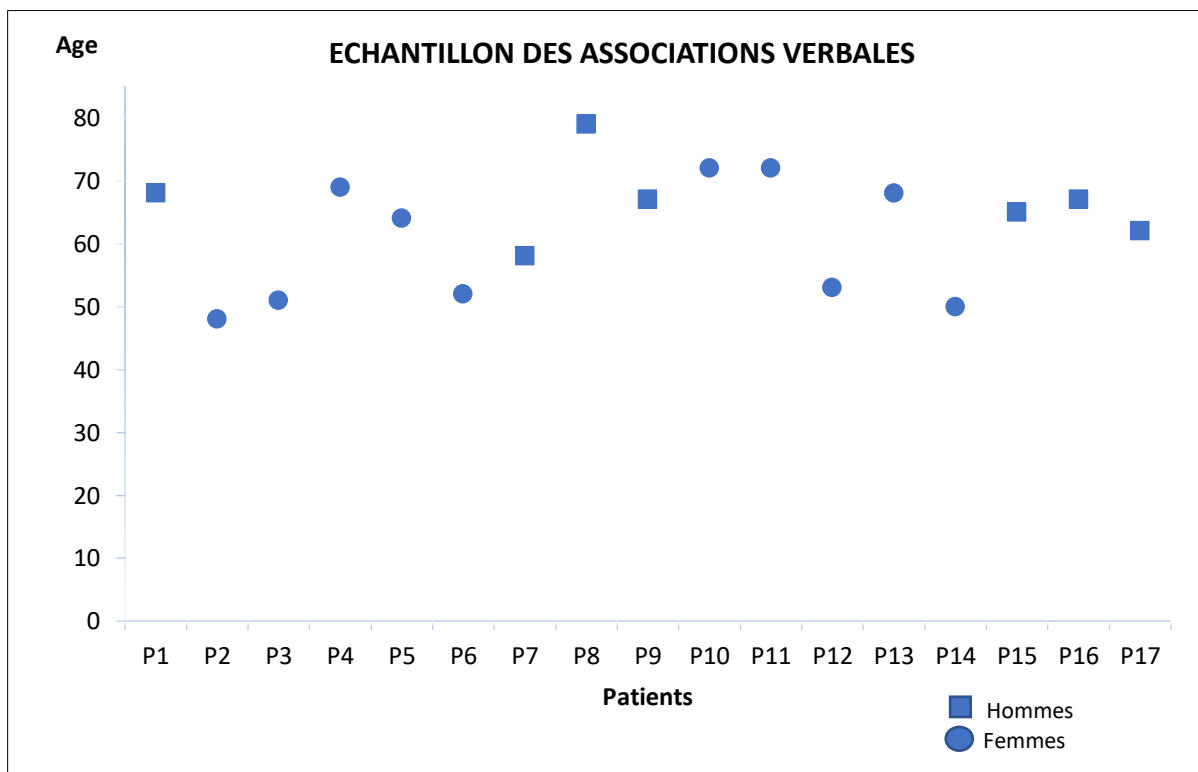


Figure 1 - Echantillonnage des patients des associations verbales selon l'âge et le sexe

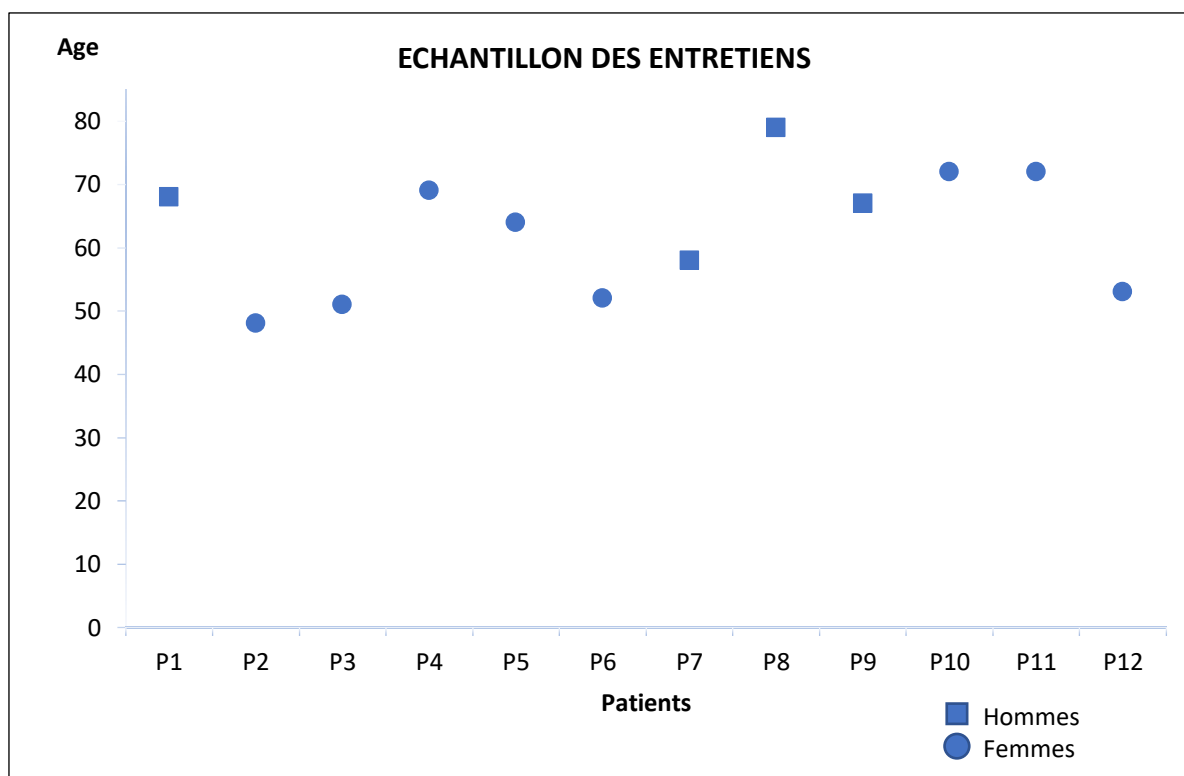


Figure 2 - Echantillonnage des patients des entretiens selon l'âge et le sexe

Les entretiens ont été réalisés dans les cabinets médicaux où les patients étaient suivis. La durée des entretiens était comprise entre douze minutes pour le plus court et cinquante-deux minutes pour le plus long pour une durée moyenne de vingt-cinq minutes.

B. ASSOCIATIONS VERBALES

Nous avons recensé 51 induits (33 après regroupement des répétitions) auprès de dix-sept patients. Toutes les associations verbales ont été recensées par ordre d'apparition dans un tableau (Annexe n°3).

Lors de l'analyse nous avons identifié 5 catégories et 9 sous-catégories. Ces dernières ont été codées et pondérées (Fig. 3, Fig 4).

	Induits	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	TOTAL	%		
FACTEURS DE RISQUE	DYSLIPIDEMIE	Cholestérol	2	3	3	0	0	0	1	1	3	3	3	0	0	3	2	0	2	26	25,5%	
		Graisse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	5	4,9%	
		Gras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	2,9%	
	AUTRES FACTEURS DE RISQUE	Tension	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%	
		Mère	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	
		Poids	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1%	
		Diabète	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%	
																				6	6%	
																				40	39%	
TRAITEMENT	FORME	Médicament	0	0	0	0	3	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	7,8%	
		Gélule	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	
		Molécule	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%	
	PHARMACOLOGIE	Statines	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%	
		Tahor	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%	
		Simvastatine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%		
		Zocor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	2,9%	
																				11	10,7%	
		DIETETIQUE	Alimentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1%
																				23	22,5%	
ORGANES CIBLES	Cœur	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%		
	Artère	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%		
	Circulation	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%		
																		6	5,9%			
REPRESENTATIONS NEFASTES	EFFETS INDESIRABLES	Effets secondaires	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3,9%	
		Crampes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1%	
		Douleur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	
	ASSERVISSEMENT	Contrainte	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%	
		Horaire	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%	
																			5	4,9%		
																		11	10,8%			
REPRESENTATIONS BENEFIQUES	EFFETS PROTECTEURS	Prévention	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	6	5,9%	
		Prudence	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2%	
		Précaution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1%	
		Protection	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1%	
		Solution	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	
	MECANISME D'ACTION	Destop	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	2,9%	
		Anti-infarctus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2%	
		Diminution	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	
																				6	5,9%	
																				17	16,8%	
VECU EMOTIONNEL	Anxiété	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2%		
	Domage !	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%		
																		5	4,9%			

Figure 3 - Tableau de codage des associations verbales

1. Facteurs de risque

L'association la plus marquée en termes de fréquence et d'importance était celle liée aux facteurs de risque. La dyslipidémie avait l'occurrence la plus forte avec le terme « cholestérol » cité par 11 patients que nous avons regroupé avec les termes « gras » (P12, P14) et « graisse » (P11, P14, P15). Dans les facteurs de risque apparaissaient également les induits « diabète » (P8), « tension » (P5), « poids » (P11) et le terme « mère » (P1) qui renvoyait à la notion d'hérédité.

2. Traitement

Les induits se rapportant au traitement ont été cités soit selon la forme, « médicament » était ainsi cité trois fois (P5, P8, P10) que nous avons rapproché des termes « gélule » (P5) et

« molécule » (P7). Soit, ils étaient cités selon la dénomination pharmacologique avec le nom de spécialité « zocor » (P12), « tahor » (P1) ou la classe pharmaceutique « simvastatine » (P17), « statines » (P2). Nous avons rajouté une sous-catégorie dans le traitement avec l'induit « alimentation » cité une fois (P12).

3. Représentations bénéfiques des statines

Dans ce thème nous avons identifié deux sous-thèmes. D'abord les effets favorables ou protecteurs. Le terme « prévention » était cité deux fois en premier (P13, P16). Nous y avons également associé les induits « prudence » (P13), « précaution » (P13), « solution » (P6) et « protection » (P16). Le deuxième sous-thème regroupait les représentations bénéfiques en termes de rôle des statines avec les induits « anti-infarctus » (P16), « destop » (P15) et « diminution » (P2).

4. Représentations néfastes des statines

Deux sous-thèmes ont également été identifiés. Le premier regroupait les effets indésirables. Ainsi, l'induit « effets secondaires » était cité deux fois, et à chaque fois en deuxième position d'apparition (P3, P9). Étaient associés également les termes « crampes » (P17) et « douleur » (P15). Nous avons regroupé les induits se rapportant à une notion d'asservissement ou d'impératif avec les termes « contrainte » (P6) et « horaire » (P6).

5. Organes cibles

On y retrouvait les induits « circulation », « cœur » et « artères ». À noter que ces induits ont tous été cités par le même patient (P4).

6. Vécu émotionnel

Cette dernière catégorie avait la plus faible importance. Y étaient associés les termes « anxiété » cité en troisième position par deux patients (P3, P9). « dommage ! » était cité en premier par un patient (P7)³.

³ Ce terme « Dommage ! » illustre bien l'importance de l'explicitation des induits par les entretiens semi-dirigés afin de s'affranchir d'un éventuel biais d'interprétation de la part du chercheur. Ce terme pourrait initialement être interprété de façon négative, comme une atteinte, un préjudice physique provoqué par les statines. Ce patient a effectivement dû arrêter les statines du fait de myalgies sévères, mais il trouve « dommage » de ne pas pouvoir en bénéficier et ses représentations des statines sont au contraire positives : « *C'est a priori la molécule la mieux que l'on connaisse pour traiter cette problématique, et dommage que ça ne marche pas sur moi* » (P7).

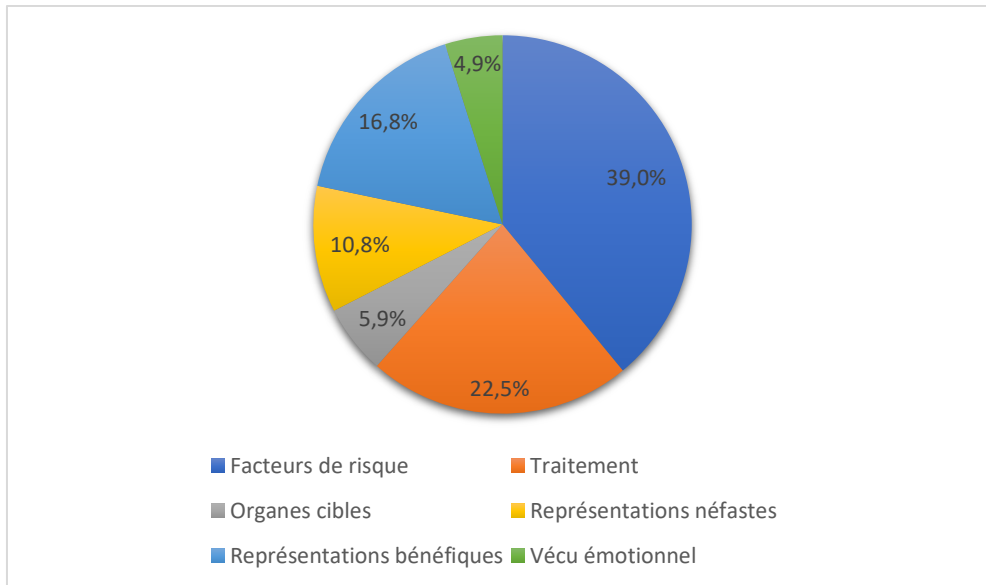


Figure 4 - Répartition thématique des associations verbales après pondération

C. ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Lors de l'analyse des entretiens semi-dirigés, nous avons pu extraire deux axes principaux : dans un premier temps l'ambivalence dans les représentations étiologiques et thérapeutiques puis l'observance et la non-observance dans un second temps.

1. Ambivalence dans les représentations étiologiques et thérapeutiques

Lors de l'analyse des entretiens, les représentations du risque cardiovasculaire, de la dyslipidémie et du traitement sont apparues très ambivalentes. Cette ambivalence se retrouvait à la fois lors de l'analyse transversale (les représentations des patients étant ambivalentes voire opposées), ainsi qu'au sein d'un même entretien (un même patient décrivant parfois deux points de vue opposés).

1.1 Représentations du risque cardiovasculaire et de la dyslipidémie

Lors de l'analyse des données, il nous est apparu nécessaire d'associer aux représentations du traitement, les représentations du risque cardiovasculaire et de la dyslipidémie.

a) Le risque cardiovasculaire par ses organes cibles et ses conséquences

Notre étude a montré que lorsque l'on évoque le risque cardiovasculaire, les patients l'associe le plus souvent aux organes cibles et aux maladies cardiovasculaires elles-mêmes. Le terme accident a été cité à plusieurs reprises, l'AVC (accident vasculaire cérébral) étant l'accident le plus souvent évoqué.

« Les artères qui se bouchent, le cœur fatigue » (P10)

« Accident vasculaire, accident cardiaque » (P3)

« Crise cardiaque, les vaisseaux qui peuvent se boucher » (P8)

« Le risque d'un AVC » (P5)

b) Les facteurs de risques

Les facteurs de risques sont bien identifiés par les patients lorsque l'on évoque le risque cardiovasculaire. La tension, l'hérédité et les règles hygiéno-diététiques sont souvent évoquées en plus du cholestérol. Pour l'un d'entre eux le cholestérol représentait même un danger.

« Le cholestérol c'est un danger de la circulation sanguine » (P1)

« La cigarette, la malbouffe, la nourriture trop grasse » (P4)

« La tension trop élevée » (P5)

« Le cholestérol c'est un évènement familial » (P10)

« Faire un peu de sport » (P2)

c) La relativité du risque

Pour certains patients de l'échantillon, le risque était à mettre en perspective, il était minimisé voire banalisé. Il pouvait être perçu également de façon individuelle ou collective.

« Mais la vie c'est un risque tout le temps, y'a des risques partout » (P6)

« C'est un risque parmi tant d'autres » (P7)

« C'est un risque potentiel pour chaque personne » (P5)

d) Représentations de l'état de santé

Lorsque nous avons interrogé nos patients sur leur état de santé, nombre d'entre eux ont répondu se sentir en bonne santé. Plusieurs ont même insisté sur le fait qu'ils n'étaient pas malades. De surcroît, certains avaient tendance à comparer leur état de santé à d'autres personnes de leur entourage dans une idée de réassurance.

« Je suis pas en mauvaise santé, non. » (P4)

« Bah ça va. Y'a pas de problème particulier. A part ces soucis où je prends un cachet le matin et le soir pour le diabète, et un le matin pour la tension et le cholestérol. » (P8)

« Concernée [par le risque cardiovasculaire] ? Euh... non parce que je suis pas malade. Mais bon ça pourrait peut-être, oui, si j'ai trop de cholestérol c'est ce qui me fait peur. » (P10)

« Je regarde les collègues qui ont mon âge, y'en a qui sont plus abîmés que moi, ça me rassure ! » (P1)

« Je ne le souhaite pas aux autres, mais je me dis qu'il y a pire que moi » (P3)

Une des spécificités de la dyslipidémie est qu'elle constitue une pathologie parfaitement asymptomatique, une notion largement rapportée par les patients de notre échantillon. Ils ont également insisté sur l'importance des analyses biologiques pour suivre son évolution.

« Y'a pas de symptômes, y'a rien qui dit qu'y'a un problème » (P4)

« On peut le savoir qu'à la prise de sang » (P2)

« C'est le résultat de mes analyses, parce que j'ai pas de ressenti en particulier » (P1)

En revanche, deux patients ont mentionné leur inquiétude née du diagnostic de dyslipidémie. Cela a suscité chez eux une certaine angoisse liée à la connaissance de ce facteur de risque. A noter que ce sont justement ces deux patients qui avaient choisi l'induit « anxiété » lors des associations verbales.

« Donc oui c'est sûr qu'au niveau de mon anxiété, j'étais mieux avant. Parce que je ne savais pas. Maintenant je sais qu'il y a quelque chose, même si je suis traitée, même si on me répète que c'est de la prévention, etc.. Donc sur l'anxiété ça joue beaucoup. » (P3)

« Y'a plus d'insouciance. [...] Je m'occupe de mon plaisir, [...] c'était ça l'objectif de la vie, c'était pas de penser à cette chose astreignante [la prise du médicament]. » (P9)

e) Modèle étiologique endogène/exogène

Dans notre étude, nous avons retrouvé certains modèles anthropologiques des représentations en santé décrits par l'anthropologue F. Laplantine (24). Ces modèles s'opposent deux à deux, dont l'opposition endogène/exogène.

Le modèle endogène qui situe la cause de la maladie de façon intrinsèque au sujet, par son patrimoine génétique ou par son psychisme. Le sujet est responsable de sa maladie, amenant parfois à un sentiment de culpabilité. Cette notion se retrouvait principalement chez les patients interrogés lorsque l'on évoquait l'hérédité de la dyslipidémie.

« Chez moi [le risque cardiovasculaire] c'est plus les gènes » (P4)

« J'ai juste hérité de son problème de cholestérol, mais la pauvre [sa mère] elle n'y est pour rien » (P3)

« Donc on a fait un petit diagnostic, pour vérifier si c'était nutritionnel ou si c'était héréditaire » (P1)

« S'inquiéter ça rajouterait du stress qui est aussi un facteur » (P7)

A ce modèle endogène s'oppose le modèle exogène qui situe la cause à l'extérieur du sujet. L'environnement, la société, le destin sont responsables de la pathologie. L'individu est ici posé en victime, un sentiment d'injustice est parfois associé. A noter que nous avons considéré dans cette étude l'alimentation comme un apport exogène, responsable de la dyslipidémie et non le sujet lui-même. Le patient est victime d'une société où la nourriture grasse est omniprésente. Ce modèle a été identifié chez plusieurs de nos patients.

« On essaie de localiser où est ce bordel dans mon corps ! » (P7)

« On aime bien les choses qui sont grasses [...], moi j'ai une famille qui mange avec un peu de graisse. » (P11)

« C'est pas de bol c'est tombé sur moi, mes sœurs ont rien, elles bouffent n'importe quoi et elles ont rien, moi je fais super gaffe et je me chope ce truc ça m'énerve. Voilà, c'est ça la malchance. » (P6)

f) Modèle étiologique additif/soustractif

Toujours selon les modèles de F. Laplantine, le modèle additif visualise la maladie comme une adjonction pathologique, une entité néfaste qui s'ajoute au corps sain. Dans notre étude cette perception était très nettement majoritaire quand les patients parlaient du cholestérol et même de l'athérosclérose infraclinique.

« *J'ai du cholestérol* » (P2)

« *Il faut compenser ce [le cholestérol] que je fais en trop par autre chose* » (P1)

« *J'ai quelque chose dans mon corps qui n'est pas normal* » (P3)

« *Maintenant la plaque [d'athérome] elle est là, elle s'en ira pas* » (P4)

Par opposition, le modèle soustractif a également été décrit, mais par un seul patient de l'échantillon. Selon ce dernier la maladie est vécue comme une carence, un manque à combler.

« *J'ai créé une déficience* » (P1)

1.2 Représentations du traitement

a) Règles hygiéno-diététiques

Les recommandations diététiques étaient perçues par la plupart des patients interrogés comme faisant partie de la prise en charge thérapeutique. Cependant le régime était plus fréquemment évoqué que l'activité physique.

« *Je mange moins gras qu'avant* » (P7)

« *Le médecin m'a dit une fois c'est pas parce que vous prenez un traitement pour ne pas faire attention* » (P12)

« *Je marche beaucoup* » (P2)

b) Rôle des statines

Le mécanisme d'action et le rôle des statines était dans l'ensemble bien compris par les patients de l'échantillon.

« *Ça fait diminuer le mauvais cholestérol et du coup ça évite que les artères continuent à s'encrasser* » (P3)

« *Ça traite le cholestérol* » (P1)

« *Si j'en prenais pas, ça [le cholestérol] grimperait beaucoup* » (P10)

c) Le pharmakon

Comme expliqué dans l'introduction, l'ambivalence présente dans la racine étymologique du médicament, le *pharmakon* renvoie à la fois au remède et au poison. Cette ambiguïté a été retrouvée chez plusieurs patients lorsque nous les avons interrogés sur leurs représentations du médicament.

« Ça fait diminuer le cholestérol c'est bien mais est-ce que ça fait entre guillemets 'd'autres dégâts' ailleurs ? » (P2)

« D'un côté c'est bien parce qu'on est content ça baisse [...]et d'un autre coté y'a ces effets secondaires » (P3)

« Enfin ça soigne peut-être d'un côté mais c'est pas naturel » (P4)

d) Représentations néfastes des médicaments

Les représentations néfastes ont été largement rapportées par les patients, surtout lorsqu'on évoquait les médicaments en général que les statines. A noter que les représentations néfastes étaient plus développées dans les entretiens que dans les associations verbales.

« Je suis assez anti-médicaments » (P1)

« J'ai un peu de mal avec les médicaments » (P4)

« Si je peux éviter je prends pas » (P5)

Nous avons noté une certaine méfiance des patients envers les statines notamment en termes de toxicité médicamenteuse et de iatrogénie.

« Ce qui me rassurerait moins, c'est que la statine m'a provoqué des choses qui ont fait des dégâts et que là on soit obligé de me traiter » (P3)

« Y'a une certaine nocivité quand même pour le corps » (P4)

De plus, nous avons remarqué que les patients de notre échantillon étaient nombreux à rapporter des effets secondaires au cours de leur traitement par statines.

« Les effets secondaires, ils polluent » (P3)

« J'avais des douleurs musculaires dans mes jambes » (P7)

« C'est ce médicament-là qui me faisait des crampes dans les jambes » (P10)

« S'il faut augmenter les doses [...] les effets secondaires pourraient éventuellement être plus accentués » (P9)

Il nous est apparu au cours de l'étude que les représentations néfastes étaient d'autant plus présentes que les patients évoquaient un traitement au long cours, évoquant parfois que la toxicité augmenterait avec la durée du traitement.

« Si ça peut soulager, oui. Mais pas à long terme » (P2)

« Si ça avait été un traitement d'un mois, je l'aurais pris et on en parle plus, mais là non. » (P4)

« Parce que de toute façon, quoiqu'il en soit y'a des effets secondaires sur le long terme » (P3)

e) Représentations bénéfiques des médicaments

Les représentations bénéfiques étaient moins présentes dans les entretiens que dans les associations verbales.

Plusieurs patients de l'échantillon ont rapporté le rôle des médicaments permettant d'améliorer leur état de santé. Beaucoup ont associé celle-ci à une notion de temporalité avec l'allongement de la durée de vie.

« Ça sauve quand même des vies » (P3)

« L'espérance de vie, entre guillemets, elle a bien augmenté grâce aux médicaments » (P10)

« Ça fait vivre plus longtemps, effectivement » (P9)

La notion d'utilité des médicaments a été rapportée plusieurs fois.

« C'est utile » (P5)

« Les médicaments sont utiles » (P10)

Lorsque les patients évoquaient plus spécifiquement leur traitement par statines, celui-ci était décrit comme une aide, une nécessité avec une indication pour eux justifiée.

« [Les statines] je pense que ça a un impact positif » (P5)

« Ça apporte une aide » (P8)

« Ça apporte un soulagement » (P9)

« Aujourd'hui, il [le Tahor®] a l'air de répondre à un besoin qui est le mien » (P1)

f) Modèle thérapeutique additif/soustractif

Parallèlement aux modèles étiologiques, nous avons également retrouvé dans les entretiens, des oppositions dans les représentations thérapeutiques. Le modèle additif décrit le soin et le traitement comme un apport, une adjonction étrangère au corps dans le but de rétablir un équilibre. Nous avons remarqué que lorsque cette notion était évoquée par les patients, une connotation négative y était parfois associée.

« Si je le mets pas à l'intérieur, j'aurais pas besoin de l'expulser » (P1)

« Le médicament c'est pas superficiel mais c'est un apport » (P9)

« Normalement on ne doit pas se mettre du chimique dans le corps » (P3)

« [La simvastatine] ça me stabilise » (P10)

Le modèle soustractif qui, à l'inverse, objective le traitement par élimination était rapporté par la possibilité d'un régime particulier.

« J'aime la charcuterie mais parfois je dis stop » (P12)

« J'ai supprimé le fromage » (P1)

g) Modèle thérapeutique allopathique/homéopathique

La connotation négative décrite dans le modèle thérapeutique additif permet d'aborder une autre ambivalence des représentations rapportée par les patients : l'opposition médecine allopathique/médecine homéopathique (ou homéothérapeutique).

De nombreux patients ont affiché leur méfiance face à la médecine allopathique qu'ils qualifient de « chimique », c'est-à-dire contraire à la nature.

« *C'est du chimique et ça n'a rien à faire dans le corps* » (P3)

« *Ça rentre pas vraiment dans la ligne des choses. C'est pas naturel.* » (P9)

« *J'ai essayé la levure de riz rouge, les statines naturelles* » (P7)

Une patiente s'est montrée particulièrement favorable à la médecine allopathique.

« *Moi je suis très très favorable à toute la médecine allopathique, [...] la chimie c'est important, ça marche* » (P6)

2. Observance et non-observance

Le deuxième axe qui ressort de l'analyse des données concerne l'observance. Nous y avons associé par opposition la notion de non-observance et certains de ses déterminants. L'adhésion thérapeutique a aussi été abordée ici en raison de sa place centrale dans cette problématique.

2.1 L'observance thérapeutique

Plusieurs déterminants de l'observance ont été relevés dans les entretiens, notamment certaines attitudes comportementales et cognitives développées par les patients.

a) La ritualisation

Plusieurs patients nous ont rapporté les rituels mis en place afin d'améliorer l'observance. L'horaire de prise était le critère le plus fréquemment mentionné. Parfois l'horaire était même modifié par le patient lui-même, à l'encontre de la prescription médicale dans le but de limiter les oublis. Deux patients ont par ailleurs ritualisé l'activité physique (P9 et P12).

« *Je le prends tout le temps le matin parce que le soir j'oublie* » (P10)

« *La statine je l'ai sur ma table de nuit donc je l'oublie moins* » (P3)

« *Je fais du vélo d'appartement devant Plus belle la vie* » (P12)

La « ritualisation » est un mécanisme qui permet d'échapper au questionnement permanent de l'action. Les automatismes permettent une sorte de mise au repos de la dialectique : « dois-je le faire ou pas, le prendre ou pas ? ». Le questionnement initial est posé une fois pour toute, même s'il peut être remis en question plus tard. La force de l'habitude prendra le relai.

b) La force de l'habitude

La notion d'habitude qui se forge avec le temps, amenant à un automatisme de la prise médicamenteuse, a été bien décrite par les patients interrogés. L'action de prendre son médicament n'est plus réfléchie ni intellectualisée, elle devient presque réflexe.

« *C'est une routine finalement* ». (P8)

« *Enfin j'y pense pas quoi. J'ai un traitement, je le suis et je vie normalement* » (P5)

« *Ça fait partie de ma routine* » (P6)

« *C'est devenu une habitude maintenant. On le prend, on pense à rien* » (P11)

« *Je dirais qu'il est rentré dans les mœurs* » (P1)

c) Le principe de précaution

Plusieurs patients de l'échantillon ont évoqué des doutes quant à l'efficacité du traitement ou à son indication. Lorsque nous leur avons demandé pourquoi ils le prenaient tout de même, certains ont évoqué le principe de précaution, se traiter « au cas où ».

« *Ça évitera peut-être que ça s'aggrave, mais je sais pas, j'en sais rien en fait !* » (P4)

« *Ça mange pas de pain on peut toujours essayer et même s'il y a des doutes, on le fait pendant trois mois et on verra après* » (P6)

« *Je veux pas l'arrêter complètement on sait jamais. Je ne sais pas si c'est bon ou pas. Je ne sais pas, mais je prends quand même* » (P11)

d) La régularité du suivi et l'utilité des examens complémentaires

Certains patients ont souligné que l'observance ne concerne pas uniquement la prise du médicament, mais également le suivi des consultations et des analyses biologiques. Ces dernières figurent comme un facteur déterminant de l'observance en fonction des résultats observés et permettent de visualiser l'impact du traitement.

« *Je fais souvent, enfin pas souvent, mais je fais mes analyses de sang* » (P11)

« *J'ai la preuve biologique que ça diminue* » (P6)

« *En fait le 20 milligrammes il m'a rien fait, je suis resté au même niveau qu'avant.* » (P1)

De plus, nous avons remarqué que les patients à qui avaient été prescrits des examens d'imagerie à la recherche d'athérosclérose infra-clinique comprenaient mieux les conséquences de l'hypercholestérolémie, et par conséquent l'intérêt du traitement.

« *J'ai des dépôts dans les artères, qui peuvent éventuellement se détacher si je prends pas le traitement* » (P3)

« Ils m'ont fait les examens des coronaires et c'est là qu'ils ont vu que j'avais une plaque quand même, de gras. Donc j'ai pas l'artère de bouchée, seulement on m'a dit il vaut mieux prendre un traitement » (P4)

e) Le vécu expérientiel et le rapport émotionnel au risque

Au cours de l'étude, de nombreux patients parlaient de leur expérience personnelle ou familiale. Le vécu d'un évènement cardiovasculaire chez un proche, parfois léthal, semblait favoriser l'observance du patient lui-même.

« C'est peut-être aussi par rapport à ce que j'ai vécu ces deux dernières années aussi. Le décès de mon conjoint... donc tout ça fait qu'on essaie de faire encore plus attention qu'avant. » (P2)

« J'ai entre autres un copain qui a fait un AVC juste à côté de moi, donc ça choque encore plus quoi. » (P1)

Lorsque nous avons interrogé les patients sur leurs motivations à prendre le traitement, la charge émotionnelle liée au risque cardiovasculaire était considérable. L'émotion la plus fréquemment décrite était la peur, notamment des complications, mais également de leur propre mort.

« Je préfère prendre le médicament que me faire opérer du cœur » (P4)

« Ce dont j'ai peur c'est l'AVC. [...] Si j'en prenais pas [des statines] je serais moins à l'aise, moins active avec peut-être des soucis cardiaques ou des choses comme ça. » (P10)

« Parce que si j'arrête le traitement demain, je sais que mon taux va remonter en flèche. Et maintenant que je sais concrètement ce que j'ai, je sais que je mets ma vie en danger. » (P3)

« Disons que c'est toujours un peu l'histoire de la mort. Si on a une crise cardiaque ça peut mener loin quand même. Donc c'est ça qui fait réfléchir. » (P8)

Nous pouvons parler de corps symbolique, non pas au sens psychanalytique du terme, mais en tant que projection de ses propres représentations sur le corps d'un autre, un tiers absent physiquement en consultation mais présent symboliquement. La réalisation du risque est médiée par l'histoire médicale de ce tiers, comme par un mimétisme.

2.2 La non-observance

La non-observance est définie par la discordance entre la théorie des prescriptions médicales et la pratique réelle des patients. Cette notion se manifeste dans notre étude sous plusieurs formes.

a) L'oubli

Dans notre échantillon, la non-observance a surtout été décrite par les patients comme des oublis de prises plus ou moins répétés. Certains patients ont rapporté avoir parfois oublié de renouveler l'ordonnance.

« Oui j'oublie parfois de le prendre » (P11)

« C'est normal [d'oublier], y'a des jours on est un peu dans le speed, les réunions, enfin on reste des êtres humains, on est pas des robots quand même » (P3)

« Une fois ça m'est arrivé [de ne pas prendre les médicaments] parce que j'avais pas d'ordonnance » (P12)

« Donc je voudrais pas dire que je l'ai arrêté [le traitement] mais j'ai oublié de le renouveler » (P10)

b) La contrainte

Il nous est apparu que l'observance était vécue comme une contrainte par un grand nombre des patients de l'échantillon. Pour l'un d'entre eux cela s'opposait directement à la notion de plaisir.

« Le plaisir physique, le plaisir d'aller courir, de boire un coup, de manger, de boire avec des amis. C'était ça l'objectif de la vie, c'était pas de penser à cette chose astreignante. [Prendre des médicaments] c'est un manque de liberté » (P9)

« Je me force pas à faire des trucs qui me contraignent trop parce que je sais que j'y arriverais pas » (P6)

« Toutes les analyses qu'on doit faire et qui ont du coup un poids, enfin pour ma part sur le moral [...] Je préférerais me lever le matin et pas me dire que j'ai 3 cachets à prendre dans la journée » (P3)

c) La prévention primaire et la hiérarchisation des médicaments

Au cours des entretiens, nous avons demandé aux patients s'ils prenaient d'autres médicaments que les statines et si c'était le cas de les hiérarchiser par ordre d'importance. Nous avons noté que les patients ayant une polymédication plaçaient rarement la statine en premier, d'autant plus si l'autre traitement était curatif.

« Je dirais le Levothyrox® [...] les deux autres c'est plus en prévention » (P4)

« Je peux oublier la simvastatine mais j'oublierais pas le Levothyrox® » (P10)

d) Règles hygiéno-diététiques et médicament compensateur

Comme vu précédemment les règles hygiéno-diététiques sont bien comprises par les patients de notre étude comme partie intégrante du traitement de la dyslipidémie. Pourtant, celles-ci sont très mal respectées.

« Le gras, ça veut dire que tout ce qu'on dit qui est gras, charcuterie tout ça, j'aime beaucoup. Je peux pas, je peux pas ne pas en manger. » (P12)

« Il y a des gens qui disent que le régime méditerranéen avec de l'huile d'olive partout c'est génial, mais moi je peux pas. » (P7)

Certains patients ont justifié cette non-observance des règles hygiéno-diététiques au profit de l'observance médicamenteuse. Nous avons affaire ici à la notion de médicament compensateur : la statine est là pour corriger la non-observance du régime.

« Comme je suis une bonne vivante, je préfère prendre des médicaments plutôt que de me priver. » (P6)

« J'ai du cholestérol, faudrait faire attention à ce que je mange, mais bon, je prends ça [les statines] en contrepartie » (P2)

e) Un traitement à vie

Pour la grande majorité des patients de notre étude, la notion de traitement à vie était bien acquise.

« Le cholestérol maintenant c'est acquis, je sais que je l'aurais ad vitam eternam » (P1)

« Mon docteur quand il m'a donné [le traitement] pour la tension, et le cholestérol aussi, il m'a dit c'est à vie. » (P11)

Cependant pour certains le fait de prendre un traitement au long cours représentait un poids, un questionnement, une difficulté et la notion d'acceptation était soulevée.

« J'ai eu du mal à accepter de prendre tous les jours un cachet » (P4)

« J'ai essayé de faire tout un travail, ça va mieux aujourd'hui même si je n'accepte pas à 100% [...]. C'est difficile de se dire que jusqu'à la fin de sa vie, on va devoir prendre des produits chimiques en fait. » (P3)

Une patiente a même invoqué le principe du dolorisme⁴ afin de justifier son observance.

« Il faut souffrir pour guérir » (P10)

2.3 L'adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique (ou *adherence* en anglais) est définie par l'OMS comme la capacité de l'individu à se prendre en charge, et à accepter sa maladie et son traitement. Certains de ses déterminants ont été retrouvés dans notre étude.

a) La relation médecin-patient

Tous les patients de l'échantillon ont évoqué leurs relations avec le corps médical.

Nous avons remarqué que la grande majorité d'entre eux faisait confiance aux médecins concernant les informations données, les prescriptions et le suivi.

« C'est le médecin qui juge si c'est nécessaire ou pas. Je fais confiance. » (P12)

« Je fais confiance aux médecins. » (P1)

« Il [le médecin] m'a prescrit ces médicaments, donc je lui fais confiance. » (P8)

⁴ Le dolorisme est une doctrine philosophique ou religieuse qui attribue une valeur morale à la douleur. Dans le cas de cette patiente, les effets secondaires sont nécessaires, et leur acceptation est vertueuse au profit de la prévention.

Nous avons même remarqué que de nombreux patients étaient soumis à une autorité médicale implicite. Ils font ce que les médecins leur conseillent de faire, parfois de façon passive, sans émettre de doutes, ni de questionnement.

« *C'est mon côté puéril, j'écoute la maîtresse.* » (P9)

« *Si elle me dit que c'est bon, alors c'est bon pour moi.* » (P11)

« *Mais si on me le prescrit, c'est que c'est toujours nécessaire.* » (P5)

Une seule patiente a soulevé la notion d'infantilisation dans la relation médecin-patient. Nous précisons que cette patiente était infirmière de formation.

« *Moi, j'ai horreur qu'on m'infantilise dans la médecine [...]. Mon corps c'est à moi, c'est aussi à moi d'en prendre soin, c'est moi qui suis responsable.* » (P6)

Plusieurs patients ont précisé que si deux médecins étaient d'accord sur la prescription de statines, c'est-à-dire un spécialiste et leur médecin généraliste, cela renforçait le bien-fondé de l'indication.

« *C'était un cardiologue qui m'avait prescrit les analyses. Et après les résultats, c'était le médecin généraliste ou le cardiologue qui avait prescrit, enfin c'était soit l'un, soit l'autre, mais les deux étaient d'accord qu'il fallait les prescrire.* » (P7)

« *J'en ai parlé au Dr D., mon médecin traitant, je lui ai dit "oh non ça, j'ai pas envie de le prendre". Et elle a regardé justement le compte-rendu et c'est là qu'elle m'a expliqué "si, il faut", et qu'elle m'a montré la plaque, justement, de graisse.* » (P4)

« *Tous les praticiens que j'ai vu à ce niveau-là m'ont expliqué il faut le faire, on est dans de la prévention.* » (P3)

b) Les croyances

Plusieurs patients interrogés ont fait part de leurs croyances et de leur influence sur la prise en charge thérapeutique. Certaines d'entre elles étaient en rapport avec l'opinion qu'ils avaient du traitement, d'autres concernaient la relation médecin-patient qui, si elle était défaillante, entraînait une efficacité moindre du traitement.

« *Je parle pas du Levothyrox® parce que ça c'est autre chose, mais celui dont j'arrive pas à dire le nom là, l'Ator[vastatine®], j'arrive pas à me le mettre en tête, et le Kardegic® j'ai pas l'impression que ça changera quelque chose.* » (P4)

« *J'ai toujours fait confiance [aux praticiens] sauf si j'ai pas confiance d'emblée. Je sais pas dans la discussion, dans le rapport humain que je peux avoir d'emblée, si ça se passe mal, je sais que ça va pas se passer bien. Et du coup, j'ai peur que ma perte de confiance [envers le praticien], elle agisse sur tout. Et que si cette personne me prescrit des trucs je vais pas y croire.* » (P6)

Certaines croyances sont parfois erronées. Par exemple, une patiente nous a raconté que pour elle, le régime était à respecter surtout les jours précédents la prise de sang.

« *Il faut faire attention à ce que je mange quelques jours avant la prise de sang pour pas avoir un taux un peu plus élevé.* » (P2)

Une autre patiente, pensait que l'hérédité était une loi du tout ou rien.

« Les gènes c'est pas bon au niveau de la santé. Vous avez deux parents, l'un qu'a rien et l'autre qu'a beaucoup de choses et bah vous prenez pas celui qu'a rien, vous prenez celui qu'a tout là. Ah non, je trouve qu'il y a pas de logique là. La nature est mal faite ! »

c) L'influence de l'environnement

La problématique des croyances abordée précédemment ne peut être dissociée de l'environnement dans lequel le patient évolue. Celui-ci, qu'il soit familial, amical ou professionnel influence l'adhésion thérapeutique. Selon les patients interrogés, l'influence de leur environnement pouvait être aussi bien en faveur qu'en défaveur de l'observance.

« Quand j'en ai parlé du côté à ma mère on m'a dit "bon ben tu le prends et puis voilà quoi". » (P2)

« Le collègue il a dit que quand même ça pouvait être dangereux quand on prenait ces médicaments-là [les statines] à haute dose, on pouvait avoir des problèmes cardiaques. Il a dit qu'il vaut mieux s'en passer, manger correctement et se passer des médicaments anticholestérol. » (P12)

« Pendant les vacances j'ai vu mon frère qui a du cholestérol, qui m'a dit "je me fous du cholestérol, je prends rien" et ça a dû m'inciter à laisser tomber moi aussi. » (P10)

d) Les sources d'information

Les patients interrogés ont rapporté différentes sources d'informations concernant le traitement. Certains lisaient la notice, d'autres aller voir sur internet, mais la grande majorité des patients s'informaient auprès de leur médecin.

« J'ai lu la notice. » (P8)

« Je lis certaines revues ou je vais sur internet voir. » (P1)

« Je pense que c'est important de demander à son médecin ce qu'il en pense. » (P1)

« Mais c'est vrai que si on m'avait pas expliqué [le médecin généraliste], je sais pas si je prendrais encore. » (P4)

IV. DISCUSSION

A. Points forts et limites de l'étude

1. Les forces de l'étude

La force de notre étude repose sur la double méthodologie utilisée.

Chaque méthode a ses limites mais la triangulation des méthodes permet de les réduire. Dans les catégories retrouvées lors de l'analyse, il existe un tronc commun partagé par les deux méthodes. Ce tronc commun est solide dans la mesure où il correspond pour les patients à des représentations à la fois spontanées (associations verbales), et élaborées (entretiens). Par ailleurs, il existe des différences dans les thèmes retrouvés qui n'auraient pas pu être mise en évidence sans l'utilisation de ces deux méthodes.

Les conséquences du risque, par exemple, ne sont pas apparues dans les associations verbales puisqu'un seul patient a proposé l'induit « *anti-infarctus* ». Or, lors des entretiens semi-dirigés, de nombreux patients ont insisté sur les conséquences du risque et sur les maladies cardiovasculaires.

Enfin, la pertinence de ce travail est un autre point fort. Nous avons déjà vu dans l'introduction que l'observance était au cœur des préoccupations des médecins. D'autant plus en prévention primaire, car il est difficile de se représenter un risque lorsque nous n'en avons pas l'expérience. Ce travail trouve donc sa légitimité dans les préoccupations des médecins. Il s'agit ici de contribuer à une compréhension de l'observance, plus spécifiquement au travers des représentations. En effet, il semble difficile d'imaginer une prise régulière de médicament sur une très longue durée sans en saisir la raison.

2. Les limites de l'étude

Les limites de l'étude reposent essentiellement sur la constitution de l'échantillon. En effet, notre étude a été réalisée dans le bassin francilien. Il est connu qu'il existe un gradient Nord-Sud concernant les maladies cardiovasculaires pouvant en partie être expliqué par les habitudes et les traditions culinaires (25). Si nous avons effectué notre étude dans le sud de la France, où le régime méditerranéen fait foi, la notion de « graisse » et de « gras » alimentaire aurait probablement été minorée. De plus nous savons que le contexte social, la littératie en santé, le gradient social influent sur les comportements. La notion de territoire d'investigation n'est peut-être pas indifférente aux résultats produits par les études sur les comportements de santé comme le démontre la discipline de la géographie de la santé (26).

De même, la moyenne d'âge de notre échantillon est un peu plus élevée que la moyenne nationale. En effet, l'âge moyen de notre étude est de 62,6 ans, or la moyenne nationale des patients traités par statines est de 60,6 ans. Nous n'avons pas interrogé, pour des problèmes de recrutement en ville, de patients de moins de 45 ans traités en prévention primaire. Or les représentations du risque et des médicaments seraient probablement différentes chez des patients plus jeunes ou présentant une hypercholestérolémie familiale.

De plus notre échantillon était majoritairement féminin alors que la dyslipidémie et le traitement par statines concerne en France une majorité d'hommes(14). Cependant, cela est à mettre en perspective devant l'augmentation inquiétante des accidents cardiovasculaires chez les femmes

ces vingt dernières années notamment en ce qui concerne les infarctus du myocarde chez les femmes de moins de 65 ans (27). Nous pourrions même considérer que cette caractéristique peut contribuer à une amorce de réflexion sur ce sujet.

B. Analyse comparative des associations verbales et des entretiens

Comme nous l'avons abordé plus haut, si nous comparons les catégories par l'une et l'autre méthode, nous constatons des convergences dans les représentations avec des nuances sur l'importance de ces thématiques au sein des résultats.

Les facteurs de risque étaient largement évoqués, autant dans les associations verbales qu'au cours des entretiens. Il est d'ailleurs nécessaire de rappeler ici l'importance de la pondération au cours de l'analyse des associations verbales, qui permet de mettre en lumière la force des associations dans un effet de contraste. D'une part les facteurs de risque représentaient près de 40% des associations prouvant que la représentation du risque cardiovasculaire à travers la notion de facteurs de risque est donc bien comprise par les patients. Ceci est en opposition avec la littérature où la méconnaissance des facteurs de risques se retrouve fréquemment (28), (29), (30). D'autre part le rôle des statines comme traitement de la dyslipidémie était également bien décrit par les deux méthodes. Ceci constitue donc un tronc commun, un consensus dans les représentations.

En ce qui concerne les nuances thématiques, une nette différence était retrouvée concernant les conséquences du risque cardiovasculaire. En effet dans les associations verbales, un seul patient a abordé les conséquences du risque alors qu'elles étaient largement abordées dans les entretiens. On peut émettre l'hypothèse que si nous avions demandé plus d'induits aux patients, cinq au lieu de trois par exemple, les conséquences auraient été évoquées.

La diététique était quasiment absente lors des associations verbales. Elle a été évoquée par une seule patiente. Dans les entretiens, en revanche, les règles hygiéno-diététiques étaient nettement plus abordées. Cela indique que lorsque l'on évoque le traitement du cholestérol, il y a une faible association immédiate aux règles hygiéno-diététiques. Ceci n'est pas sans lien avec la place réservée à ces règles et les compromis évoqués lors des entretiens.

Le rapport émotionnel au traitement, et par extension au risque cardiovasculaire, était très minoritaire lors des associations verbales. Il est apparu beaucoup plus développé lors des entretiens notamment lorsque les patients évoquaient la peur des conséquences ou les expériences de leurs proches (corps symbolique).

Lors des associations verbales, les représentations bénéfiques des statines étaient plus marquées que les représentations néfastes (16,8% contre 10,8%). Nous avons cependant remarqué que cette attitude tendait à s'inverser lors des entretiens, au cours desquels les patients exprimaient plus de méfiance. Ici encore, la pensée immédiate explorée dans les associations verbales oriente vers une représentation bénéfique, à une idée de protection, une justification à la prise de statines. A l'inverse, le développement des idées lors des entretiens amène le patient à pondérer ses représentations bénéfiques, à les critiquer voire à exprimer un scepticisme envers les médicaments aux profits des représentations néfastes. Ici l'ambivalence des représentations se révélait grâce à la double méthodologie.

Il serait alors intéressant de se demander comment expliquer cette différence de résultats. Deux hypothèses peuvent être proposées.

La première se rapporte à la temporalité. En effet, les associations verbales font appel à la spontanéité, l'évocation doit être rapide, le lien est immédiat. A l'inverse, dans les entretiens la pensée est plus élaborée car le patient a le temps d'exprimer et d'affiner ses idées et ses représentations. Comme l'écrit S. Pasquier en citant E. Goffman, il s'agit « de garder la face » (31) vis-à-vis du chercheur et l'entretien est toujours une reconstruction *a posteriori* socialement acceptable.

Cette différence pourrait sinon s'expliquer par les mécanismes mis en jeu quant aux mémoires explorées par les deux techniques. D'une part, on peut concevoir que les associations verbales invoquent la mémoire sémantique⁵. Dans ce cas, l'individu s'affranchit au moment de l'évocation d'un maximum de filtres, il limite la censure et rapporte ses connaissances du monde les plus évidentes. Il n'y a pas d'inhibition puisque l'on se rapporte directement à des faits, les émotions n'interviennent pas. Le patient rapporte alors par ses induits les associations les plus fortes puis les nuance lors des entretiens en faisant intervenir sa mémoire épisodique⁶. Dans la seconde hypothèse, les différences obtenues par les deux techniques s'expliqueraient par la notion de refoulement, au sens psychanalytique du terme. Par-là, on entendra que l'inducteur renvoie à une charge émotionnelle trop forte et douloureuse (ce pourrait être le cas lorsqu'un événement familial grave est venu perturber les émotions du sujet). Ainsi, lors de l'association verbale il n'y a pas d'élaboration consciente, donc pas d'accès aux sujets refoulés. A l'inverse, lors des entretiens, le temps de discussion et d'élaboration permet de les aborder, d'atteindre le conscient et de lever l'inhibition.

Dans le cas précis de notre étude, étant donné l'inducteur utilisé (le nom de la statine prise par le patient), nous supposons que l'émotion intervenait très peu dans les associations verbales, nous sommes plus partisans de la première hypothèse.

C. Analyse comparative aux données de la littérature

Les représentations sont de plus en plus étudiées en médecine et font l'objet de nombreux travaux de recherche. Cela s'explique par la nature même des représentations. En effet, toute personne ne peut être au monde sans se le représenter. Il se construit sa propre image du réel, influencée par son environnement, ses croyances, ses expériences, etc. D. Jodelet, sociologue référente en termes de représentations sociales explique : « *Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations* » (32).

Il en est de même en santé, chaque individu construit ses propres représentations des maladies, des traitements et du soin. Il a été décrit qu'accéder aux représentations de ses patients est une démarche utile pour le clinicien et permet de donner du sens à certains comportements (33). Notons que le médecin aussi a ses propres représentations des maladies, du traitement et du soin. Ceci a pour conséquence une interaction dans le jeu de la relation de soins entre deux

⁵ En psychologie cognitive, la mémoire sémantique est un type de mémoire déclarative. Elle correspond au système mnésique où l'individu stocke ses connaissances générales et des significations, c'est la mémoire des faits. Elle est accessible rapidement et sans effort. Par exemple si l'on me propose comme inducteur Paris, je sais que Paris est la capitale de la France (Tulving, 1983).

⁶ La mémoire épisodique rapporte à l'expérience personnelle, elle se projette dans le passé en faisant appel aux souvenirs. Pour reprendre l'exemple de Tulving avec l'évocation de Paris, par la mémoire épisodique je me rappellerai un voyage à Paris.

sujets mais aussi entre deux systèmes de représentations ayant le même objet initial. Pour ce qui nous intéresse, c'est le risque cardiovasculaire et sa prévention par un traitement par statine.

1. Représentations du risque, de la dyslipidémie et de l'état de santé

Nous avons vu dans notre étude qu'il existait une ambivalence dans la notion de risque avec une relativité et une banalisation du risque mise en avant par certains patients. Certains ont insisté sur le fait que le risque faisait partie de la vie, d'autres cherchaient à le limiter à tout prix. Cette ambivalence est décrite par le sociologue D. Le Breton (34). En effet, il décrit la prudence (ici, la prévention) comme louable mais peu valorisée socialement. La prise de risque est en revanche connotée positivement dans la société comme une sorte de bravoure, de courage. On le retrouve dans des expressions courantes : « *qui ne risque rien n'a rien* », « *la chance sourit aux audacieux* ». Cette approche du risque est soutenue dans notre étude par les patients qui se décrivent comme de « bons vivants ».

Concernant les représentations étiologiques nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'une seule étude appliquant les modèles de F. Laplantine à la pratique en médecine générale. Il s'agit d'une étude quantitative, comparant les patients hypertendus selon le modèle endogène/exogène (35). Il a été retrouvé que la grande majorité des patients se représentait l'hypertension artérielle selon le modèle exogène. Suivant ce modèle, le patient est posé en victime, notamment de la société, et a tendance à limiter sa responsabilité dans la maladie.

La sociologue C. Herzlich propose une autre représentation de la santé et de la maladie pouvant être mise en parallèle. Elle y oppose l'individu et la société. La santé est portée par l'individu qui est fort par sa composition, la santé est alors un processus passif, un état. En opposition, le mode de vie nocif, imposé par une société de consommation et d'hyperactivité, est responsable de la maladie. Le mode de vie et l'environnement apparaissent alors comme un processus actif s'attaquant à l'individu sain (36).

Ces approches sont intéressantes car, en dehors du fait qu'elles négligent la part héréditaire, elles permettent d'aborder la notion de responsabilité dans l'état de santé. Le patient doit lutter contre un mode de vie imposé et changer ses comportements. On ne peut changer le monde mais l'influence qu'il a sur nous. Cette notion est à la base de la plupart des programmes d'éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire. Nous reviendrons sur cette notion essentielle quant à la différence entre l'intention et l'action, c'est-à-dire la capacité réelle de changer de comportement. Pour exemple, une étude sur l'éducation thérapeutique en prévention primaire, interrogeant les patients sur leur responsabilité dans leur état de santé a montré des résultats contraires. Sur 2 225 patients interrogés, à la question « Ma santé dépend de moi, de l'entourage, de mon médecin ou de la société » (plusieurs réponses possibles), 96% d'entre eux ont répondu que leur santé dépendait d'eux-mêmes, puis respectivement 24%, 32% et 21% (37).

De plus, la quasi-totalité de nos patients se sont décrits en bonne santé. Si l'on reprend la définition de l'OMS, la santé est définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (38). Ceci suppose que l'on peut se sentir en bonne santé même si l'on est malade. Cela permet d'expliquer en partie pourquoi nos patients acceptent de prendre un médicament alors qu'ils se sentent en bonne santé. A noter que les deux patients ayant décrit leur état de santé comme moyen, étaient ceux rapportant un état d'anxiété important.

Il est donc important de faire la part des choses entre l'état de santé « ressenti » (point de vue du patient) et l'état de santé « anatomique et biologique » (point de vue médical).

Mais dans le cas précis de la dyslipidémie, un travail visant à comparer les représentations de l'hypercholestérolémie chez les patients et les médecins, obtenait des résultats similaires aux nôtres. Cependant, cette étude qui interrogeait également les médecins a mis en avant que les praticiens eux-mêmes émettaient des réticences quant à l'emploi du terme « maladie » concernant l'hypercholestérolémie (28).

Or, si l'on se fie à la définition de R. Leriche « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* ». Il entend par là que la santé serait l'absence de lésion organique et non pas l'absence de symptôme. Ceci sous-entend que l'ensemble des organes est indemne de toute pathologie et ce n'est pas à entendre comme l'absence de manifestation symptomatique d'une lésion encore muette. Si l'on suit cette définition, alors l'athérosclérose infraclinique (et par extension les facteurs de risque) pourraient s'intégrer dans la notion de maladie et à partir de là, peut-être existerait-il un état de santé « intermédiaire » qui définirait le risque.

De plus, nos patients ont bien rapporté la problématique de l'absence de symptôme. En ce qui concerne les facteurs de risque cardiovasculaire, cette notion de « symptôme manquant » influence fortement l'observance à la fois en prévention primaire et secondaire. Cela est bien décrit dans la littérature, notamment à l'heure des revascularisations précoces des syndromes coronariens aigus (SCA) (39). La disparition des symptômes est donc directement liée aux progrès médicaux comme le rapporte N. Postel-Vinay et P. Corvol dans leur essai sur le risque cardiovasculaire : « *Tandis que les patients perdent leurs symptômes, les médecins multiplient les bilans, capables d'identifier des anomalies de plus en plus minimes au fur et à mesure des progrès techniques* » (40).

La représentation de l'état de santé et de la maladie ont une influence majeure sur l'observance des patients. Les patients de notre étude ont rapporté l'importance des examens complémentaires et des dosages afin de se représenter ce risque. Ils permettent de se le représenter au sens premier du terme, c'est-à-dire en avoir une visualisation concrète. Un lien entre les marqueurs sanguins et l'observance est établi. Il est également utile pour le médecin qui, s'il ne constate aucun impact biologique se doit d'interroger son patient sur l'observance (41). Si l'on se réfère aux différentes définitions proposées par les sociologues à propos des représentations, ils utilisent la notion d'image (mentale). Nous voyons que le risque est d'autant plus accessible à la représentation que le sujet peut, en quelque sorte, le dessiner mentalement. Il en est de même pour les examens complémentaires d'imagerie dans notre étude et la littérature. En effet, plusieurs études ont démontré l'amélioration de l'observance à la fois médicamenteuse et sur les règles hygiéno-diététiques grâce à l'échographie carotidienne. Il a été démontré une différence significative des comportements entre les patients ayant visualisé leur plaque d'athérome et ceux qui n'en ont pas été informé (42), (43). Cependant une étude explorant l'impact de la connaissance d'athérome carotidien dans le sevrage tabagique n'a pas observé de différence entre les groupes (44).

D'autres techniques de visualisation du risque sont employées pour tenter de renforcer l'expérience. Une étude allemande, a montré qu'il existait une amélioration de l'observance à la fois médicamenteuse et des RHD, en utilisant des techniques de visualisations de prévision de risque et l'impact des traitements. D'abord à l'aide d'émoticônes puis à l'aide d'une modélisation informatique appelée *Time-To-Event*. Ce dernier permet au patient de visualiser l'âge de survenue possible d'un évènement cardiovasculaire chez un patient avec les mêmes

facteurs de risque que lui. Dans un deuxième temps, il pouvait voir cet âge reculer en fonction des thérapeutiques mises en place (45) (Annexe n°4).

2. Représentations du traitement

Les patients de notre étude étaient peu nombreux à intégrer l'activité physique dans leur traitement préventif. Ces résultats sont en cohérence avec le rapport national sur la sédentarité des Français. Pour les années 2014-2016, 71% des hommes et 53% des femmes atteignaient les recommandations de l'OMS en termes d'activité physique. Ces chiffres sont en baisse pour les femmes et en augmentation pour les hommes (46).

Dans notre étude, le rôle de l'alimentation dans la dyslipidémie et la nécessité d'un régime adapté était bien connu des patients. Ces notions sont également retrouvées dans plusieurs études sur les représentations de la dyslipidémie (47), (29).

Le « symptôme manquant » comme nous l'avons vu plus haut est d'autant plus problématique pour l'observance que les seuls effets pouvant être éventuellement ressentis par le patient sont les effets secondaires. D'ailleurs, plusieurs patients de notre étude se sont plaints de ces fameuses myalgies. En effet, la mauvaise tolérance des statines a fait l'objet de nombreuses publications. Cependant, il existe une nette différence entre les résultats des essais thérapeutiques et les études observationnelles (<5% contre 20%), ce qui amène à penser qu'il existe un effet *nocebo* non négligeable. L'influence de la presse grand public et les thèses « complotistes » alimentent cet effet (48). En revanche, la perception douloureuse des patients est bien réelle et, imputable ou non aux statines, le praticien se doit de modifier sa prescription (49), (50).

Dans notre étude, une nette ambivalence est apparue sur les représentations des médicaments. Un certain nombre de patients étaient méfiants et beaucoup se sont décrits comme « anti-médicaments ». Mais étonnamment notre échantillon était plutôt adhérent aux statines. Ce qui concorde avec les données françaises qui estiment que la confiance accordée par les Français aux médicaments en général est en baisse depuis les scandales comme le Mediator®, même si celle-ci reste élevée (87% en 2013, 75% en 2014 et 77% en 2018). En revanche les patients sont de plus en plus confiants envers les médicaments qui leur sont prescrits et qu'ils prennent au cours de maladies chroniques (83% ont confiance dont 18% ont « tout à fait confiance » en 2018 (+6 points par rapport à 2014)) (51). Nous pouvons avancer l'hypothèse que l'éducation en santé, le degré croissant d'information ne sont pas étrangers à ces résultats. Par ailleurs, l'évolution de la relation de soins entre les médecins et les personnes contribue peut-être à ce que la décision partagée prenne une place croissante dans la mise en place des traitements et des enjeux les concernant.

Cela nous ramène à la notion de *pharmakon* où les patients expriment leurs doutes à l'égard de la toxicité éventuelle des médicaments et des statines en particulier.

La notion de *pharmakon* a été extrapolée par les philosophes, notamment B. Stiegler, à toute ambivalence présente en médecine et dans la société (52). Le caducée par exemple représente deux serpents qui se font face pouvant représenter la maladie et la santé, les bienfaits et la toxicité et chaque état peut se renverser. Cette idée pourrait donc s'extrapoler dans notre cas à l'ambivalence présente dans les représentations du risque, où il est minimisé mais le principe

de précaution est tout de même invoqué, les patients acceptant de prendre le traitement « au cas où » celui-ci pourrait fonctionner.

De plus, dans notre étude, les patients ont soulevé la problématique temporelle de la toxicité. Plus le traitement est long, plus le risque d'intoxication est grand. La notion d'intoxication définie comme l'ingestion ou la rétention de substances nocives par l'organisme possède donc un caractère dynamique. Cette idée est bien décrite par C. Herzlich dans son ouvrage sur la représentation de la santé et de la maladie (36). Nous avons vu plus haut qu'elle faisait un parallèle entre l'opposition santé/maladie et individu/société. Cet antagonisme peut être appliqué au médicament et à la maladie. Le médicament devient alors poison et par un processus actif, parfois lent et long, responsable de la maladie. Cette notion de toxicité par adjonction d'un élément extérieur est cohérente avec la connotation négative dans les propos des patients lorsque le modèle thérapeutique additif était exprimé. Elle est un bon exemple de la notion d'incorporation symbolique qui veut que tout objet ingéré devienne soi. La prise d'un médicament signe un état de santé menacé ou altéré. Elle peut se vivre comme le symbole de la maladie elle-même. Pour comprendre cette notion nous pouvons nous rapprocher de ce que vivent les personnes anorexiques dont la peur ontologique est précisément de mêler un apport extérieur (ici de la nourriture) avec son propre corps (53).

C. Herzlich fait également une remarque intéressante sur l'accoutumance qui a été décrite par un de nos patients. Elle suggère qu'il s'agit finalement du processus inverse à l'intoxication puisque dans ce cas, les effets ne s'accumulent pas mais s'amointrissent et se montrent alors de moins en moins nocifs pour l'individu (36).

3. Observance

La notion de traitement au long court que nous venons d'aborder est centrale dans la notion d'observance. Ainsi, même si on constate l'inobservance lors de traitements courts, le traitement à vie est nettement plus problématique puisque le patient, ses croyances et son environnement évoluent au cours du temps. De fait, ces derniers intervenant dans les processus d'adaptation des comportements, il paraît logique que l'observance en soit impactée. Nous pouvons rapprocher les résultats de notre étude à plusieurs modèles comportementaux.

D'abord les patients de notre étude ont fait part de leur vécu expérientiel ayant motivé l'observance. Cette idée se retrouve dans le modèle comportemental des croyances de santé (Health Belief Model) (54). En effet selon ce modèle, l'individu change son comportement lorsqu'il se sent menacé. Il analyse selon les informations qui lui sont données et ses croyances, le bénéfice qu'il a ou non de se traiter. Cependant, ce qui est intéressant dans ce modèle c'est l'intervention d'un évènement extérieur qui pousse le sujet à modifier son comportement. Cet évènement peut être intérieur (par exemple l'apparition d'un symptôme) ou extérieur (la perte d'un proche par un accident cardiovasculaire). Cette théorie pose cependant un problème dans l'observance, car le sentiment de peur, le traumatisme qui amène à prendre soin de sa santé, l'impact émotionnel de celui-ci diminue avec le temps.

L'encouragement à l'observance par l'amélioration des résultats biologiques décrit par les patients peut être rapproché du modèle d'autorégulation de Leventhal (55). Selon ce modèle il existe une boucle de régulation des comportements par l'individu. Celui-ci se représente sa maladie de façon cognitive (menace de l'évènement cardiovasculaire) et émotionnelle (peur de l'accident vasculaire), va choisir une mesure d'ajustement, une action (régime ou prise de traitement) puis va en évaluer le résultat afin d'ajuster ou non son comportement (évaluation

grâce aux bilans sanguins). Ce modèle sert de support à des thérapies cognitivo-comportementales afin d'améliorer l'observance (56).

Enfin les patients ont rapporté la notion de contrainte dans la prise médicamenteuse. Celle-ci devenant aliénante et oppressante, en opposition à la notion de plaisir et d'insouciance. Cette notion peut être rapprochée du modèle comportemental de réversion des états mentaux de M. Apter. D'après cette théorie, l'individu oscille entre deux états. Le premier, l'état *télique* (du grec *telos*, signifiant le but) où l'individu se visualise à long terme, dans le cadre de projets sérieux. En opposition, l'état *paratélique*, où il se soucie de son plaisir immédiat. L'individu oscille entre ses deux états en fonction de ses moments de vie, et dans notre cas l'observance peut en être affectée car la prévention primaire cardiovasculaire fait appel à la projection du patient.

G. Réach, s'inspirant des travaux de J. Elster estime que l'observance est d'autant plus difficile à respecter dans les maladies chroniques que l'objectif ou la récompense (éviter les complications) sont lointains. Il est propre à chacun d'estimer la valeur de la récompense en fonction du temps et donc la motivation qui en ressort. Ainsi, vais-je décider d'être observant avec les statines ou le régime, situation contraignante mais dont la récompense est la limitation du risque d'infarctus ou d'AVC ? Ou bien vais-je estimer que la valeur d'un bon repas, d'une alimentation riche ou que la jouissance d'une vie sans contrainte est plus importante que le risque encouru ? Le calcul du risque cardiovasculaire se faisant à dix ans, suis-je capable de modifier mes comportements actuels au profit de l'être que je serais dans dix ans ? Cela amène au concept sociologique de changement de préférence en fonction du temps. L'exemple bien connu est le suivant : on propose cent euros dans un mois ou deux cents euros dans un an. Initialement, le choix va se porter sur la valeur objective la plus grande mais la plus lointaine. Mais plus le délai d'accès à la première récompense se rapproche, plus l'individu va y trouver un intérêt, choisissant alors la récompense avec la valeur objective la plus faible (57).

Cela permet d'expliquer notamment l'observance des règles hygiéno-diététiques. Dans notre étude, les patients étaient plutôt observants concernant les statines, en revanche les RHD étaient mal suivies. Le sociologue J. Elster en prend d'ailleurs l'exemple dans ses travaux. Lorsque je rentre dans un restaurant, mon désir de suivre un régime est plus important que le plaisir de prendre un dessert. Mais plus le temps du repas avance, plus les résolutions s'estompent et au moment du dessert, le plaisir procuré par celui-ci devient plus important que le régime.

Le non-suivi des RHD a d'ailleurs été l'objet de nombreux travaux en sociologie de l'alimentation. Il apparaît ainsi que de nombreux déterminants sociaux interviennent dans cette non-observance. En dehors des déterminants épidémiologiques (catégories socio-professionnelles, âge, sexe, etc..), la question des habitudes alimentaires apparaît comme un véritable élément identitaire à la fois individuel et collectif. Par conséquent, la modification du régime alimentaire apparaîtrait pour certains patients comme un reniement de leur propre identité (58).

L'adhérence au régime paraissant ainsi très compliquée à mettre en place, les patients semblent alors faire un compromis dans les recommandations médicales en favorisant l'observance médicamenteuse au détriment des RHD. Cette attitude paraissant à première vue assez commune n'est pas vraiment étudiée dans la littérature. Une étude s'intéressant à l'observance de l'activité physique retrouvait un taux d'observance de 55% pour les patients hypercholestérolémiques. Ce taux est superposable au taux d'observance des statines mais il serait intéressant de comparer les deux sur un même échantillon (59).

Cette différence d'adhésion est à rapprocher des conclusions des travaux de G. Réach sur l'observance. En effet il avance que par nature l'être humain fuit les contraintes au bénéfice de sa liberté. On peut supposer que la contrainte de la prise journalière d'un médicament est plus faible que le contrôle régulier de son alimentation et la mise en place d'un temps dédié à l'activité physique. Le choix se ferait au bénéfice de la moindre contrainte. Lors de nos entretiens la notion de médicament compensateur vient renforcer cette hypothèse de préférence pour une plus grande liberté dans les RHD à la condition de la prise du médicament (entre deux maux on choisit le moindre). La conséquence pratique pour les praticiens c'est de dire que l'inobservance est le comportement le plus naturel et que vraisemblablement le patient, tôt ou tard, sera inobservant. C'est pourquoi le médecin l'interrogera systématiquement sur d'éventuelles difficultés rencontrées entre deux consultations. La norme n'est pas l'observance mais l'inobservance.

Par ailleurs, la force de l'habitude dans l'observance a été décrit par les patients de notre étude. En effet, on ne réfléchit plus à la prise médicamenteuse, elle devient automatique. Dans son approche philosophique de l'observance, G. Réach insiste sur ce point comme un réel outil à l'observance. En effet, il parle d'un entraînement à l'habitude, rappelant le concept du *behaviorisme*, où la prise répétée de comprimés, initialement intentionnelle devient automatique. Il souligne en parallèle l'intérêt de la ritualisation (décrite également par nos patients) qui consiste à associer la prise médicamenteuse à une habitude déjà présente dans la vie des patients (par exemple prendre son traitement au moment du café). La force de l'habitude produit une déconnexion entre le geste, l'intention, et le motif de ce geste. Si j'ai l'intention de prévenir un évènement cardiovasculaire, j'accepte de prendre un médicament mais l'habitude ne me fait pas discuter mon intention lors de chaque prise quotidienne. Pour illustrer cette notion pensons à une femme dont l'intention est d'éviter une grossesse et qui pour se faire prendre une pilule contraceptive. Au bout d'un certain temps elle prendra chaque jour sa pilule sans se poser la question de son « non-désir » de grossesse. La ritualisation lui permettra une observance facilitée sans mobiliser une interrogation réitérée de son choix. La rupture du rituel ne se fera que lorsqu'elle changera d'intention.

Nous avons également observé chez les patients polymédiqués qu'ils étaient moins observants lorsqu'il s'agissait de traitements préventifs plutôt que curatifs. Cela est concordant la littérature. Comme le souligne G Réach, « *la non-observance ne serait-elle pas la rançon du progrès médical ?* » En effet, la médecine préventive change le rapport à la maladie. La demande de soins ne vient plus du patient qui souffre mais du médecin qui soigne pour protéger son patient d'une éventuelle souffrance future (57).

Ce qui apparaît à la lecture de l'ensemble de ces données c'est que, dans la situation qui nous intéresse de prévention primaire du RCV, c'est que la récompense au bout de cette observance est, en quelque sorte, inexistante. En effet la récompense c'est « qu'il ne se passe rien ». Mais un doute s'installe, se serait-il passé quelque chose si je n'avais pas été observant ? L'observance dans ce cas repose sur une spéculation d'un évènement hypothétique.

4. L'adhésion thérapeutique

Dans tous les référentiels traitant de l'adhésion thérapeutique, la relation médecin-patient occupe une place de choix. Par définition, la relation est un échange, une interaction bidirectionnelle. Elle peut cependant être plus ou moins équilibrée selon la place occupée par les différents acteurs.

De nombreux patients de notre étude ont justifié leur observance, tout simplement parce que leur médecin leur avait dit que c'était « bon pour eux ».

Cela soulève deux questions. La première, celle de l'autorité médicale et d'un éventuel « paternalisme médical ». La deuxième est la relation de confiance dans la relation médecin-patient.

B. Elger a dédié un ouvrage au paternalisme médical dans lequel elle reprend la définition de R-M Veach comme suit : « *le paternalisme est un comportement qui tente d'interférer avec l'autonomie d'un individu dans le but d'un bénéfice* » (60). Par cette définition, si l'objectif d'un tel comportement est perçu comme louable, le médecin cherche à traiter et à protéger (le bénéfique), c'est sur la notion d'autonomie du patient qu'il deviendrait critiquable (interférence). Etymologiquement, l'autonomie pourrait être traduite comme « se donner des lois pour soi-même ». Or, par une attitude paternaliste, le médecin impose des choix et des décisions médicales, et à la manière d'un enfant face à ses parents, le patient est soumis à cette autorité. Le patient ne se donne alors pas de « loi pour lui-même » mais subit celles qu'on lui impose. Le problème repose d'autant plus sur le fait que les choix du praticien se font selon son propre référentiel. Nous avons vu plus haut qu'un individu est au monde selon ses représentations, construites selon ses croyances, son environnement, ses expériences, etc. Ses représentations guident ses comportements et ses choix. Il paraît alors peu probable que le médecin et le patient partagent exactement les mêmes représentations. Sur ce seul constat, il semble licite d'interroger la place du paternalisme médical dans la relation de soins de longue durée. Cependant, il est important de ne pas oublier que le patient peut lui-même désirer laisser la prise de décision au médecin et il semblerait d'ailleurs que ce soit le cas pour la moitié d'entre eux (60). L'obligation du choix qui serait faite au patient rejoindrait une forme de contrainte pas plus respectueuse qu'une intervention paternaliste. Elle se fonderait sur l'hypothèse que toute personne, à tout moment, est en capacité de choisir pour lui-même.

La vision paternaliste de la relation médecin-patient peut être rapprochée du modèle exorcistique développé par F. Laplantine selon lequel l'approche thérapeutique est centrée sur l'action du soignant (24). Le thérapeute décide, exécute et traite.

A l'inverse, et favorisé par la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) (61) qui vise à faire du patient un véritable acteur de sa santé, la relation médecin-patient tend actuellement vers le modèle de « l'approche centrée-patient » (ACP). Cette loi promeut en effet l'accès par le patient à toutes les informations médicales le concernant et son droit de participation à la décision médicale. L'autonomie du patient y est donc favorisée. Dans l'ACP, l'approche relationnelle est basée sur la communication en intégrant une dimension biopsychosociale à la prise en charge (62). Ce modèle peut, lui, être rapproché du modèle thérapeutique exorcistique de F. Laplantine selon lequel le thérapeute devient un assistant du malade à qui la fonction thérapeutique est dévolue. Il propose et informe. Il ne traite pas, il soigne.

Cependant quel que soit le modèle relationnel ou thérapeutique adopté, la relation de soins peut être de qualité si elle est basée sur un rapport de confiance.

Nos patients ont tous, et de façon répétée, insisté sur la confiance qu'ils avaient en leur médecin. Certains disaient d'ailleurs « mon » médecin, en appelant ainsi au caractère presque intime de la relation. Les définitions de la confiance sont multiples, mais ce qui est certain c'est qu'elle intervient lorsqu'un individu est en situation de vulnérabilité ou d'incertitude (63). Elle est donc logiquement à la base de la relation de soins puisque le patient va confier son corps et ses maux au médecin. Il se confie au sens large du terme. La relation de confiance décrite par les patients de notre étude explique probablement en grande partie pourquoi notre échantillon était observant sur le plan médicamenteux. Concernant les règles hygiéno-diététiques, la relation de soins n'était pas forcément en cause. Il est possible que la question ne soit pas suffisamment

abordée et suivie au même titre que la prescription médicamenteuse par les médecins. Cela est possiblement amené à changer depuis que la HAS a publié en 2018 un guide de prescription d'activité physique (64).

D'autres déterminants de l'adhésion thérapeutique ont été retrouvés dans l'étude notamment concernant les sources d'information des patients. Pour la grande majorité des patients de l'étude, ces informations provenaient du médecin ce qui est le signe d'une bonne relation médecin-patient. Un seul nous a parlé de la notice mais cela n'avait pas d'influence sur son observance, ce qui est cohérent avec les données de la littérature (65). Aucun de nos patients n'a rapporté d'influence des médias sur la prise de statines, ce qui est plutôt contraire à la littérature. On peut notamment citer une étude explorant l'impact des médias sur l'observance et plus particulièrement l'influence de la publication du livre du Professeur Even sur l'arrêt des statines (celui-ci niait le rôle pathogène du cholestérol et l'intérêt des statines en prévention cardiovasculaire). Cette étude, utilisant les données de l'Assurance Maladie (arrêt défini par la non-délivrance pendant au moins deux mois), a retrouvé une incidence plus élevée de l'arrêt des statines à neuf mois comparativement aux deux années précédentes. La différence d'incidence était d'autant plus élevée que le risque cardiovasculaire était faible (66).

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre étude a permis de mettre en lumière de nombreuses représentations des patients en matière de risque cardiovasculaire, de dyslipidémie et de son traitement par statines.

La richesse de ces représentations a été possible grâce à l'emploi d'une double méthodologie qualitative.

Les résultats ont révélé une nette ambivalence dans ces représentations. En effet, concernant les statines, les patients oscillaient entre des représentations bénéfiques ou néfastes du traitement selon la méthode utilisée. On peut comprendre alors que l'observance puisse en être impactée puisque ces représentations sont évolutives au cours du temps. Notre échantillon s'est avéré plutôt observant sur le plan médicamenteux mais l'inobservance était en revanche très marquée lorsqu'il s'agissait des règles hygiéno-diététiques faisant apparaître la notion de médicament compensateur.

A l'aide de l'étude des modèles comportementaux, il est possible au médecin par une attitude objective et empathique d'appréhender et de comprendre les attitudes de ses patients. L'inobservance semble être une « norme » dans les comportements humains qui évitent les contraintes. Le médecin doit s'y préparer et accompagner son patient. En effet, une relation médecin-patient de qualité rapportée par les patients interrogés, fondée sur la communication et « une approche centrée patient », semble être à l'origine de la bonne observance médicamenteuse retrouvée lors de notre étude.

La notion de représentation du risque par une « image mentale » à l'aide des examens complémentaires d'imagerie s'est révélée fondamentale.

L'utilisation de ces derniers présente deux intérêts. Le premier concerne l'observance. Nous avons vu qu'il était difficile de se représenter un risque, son caractère flou et prospectif en prévention primaire entraîne l'acceptation difficile du traitement. Conformément aux données de la littérature comme nous l'avons vu dans la discussion, les patients ayant connaissance d'une athérosclérose infraclinique sont plus observants.

Dans un deuxième temps, cela pose la question de la définition du niveau de risque cardiovasculaire selon les paradigmes actuels. En effet, l'utilisation des échelles actuelles comme SCORE sont parfois insuffisantes pour dépister les patients à haut risque cardiovasculaire. Il a été démontré que la présence d'athérosclérose infraclinique était corrélée à la survenue d'accidents cardiovasculaires alors que les individus ne sont pas identifiés comme tels avec SCORE. C'est ainsi qu'à l'aide de techniques d'imagerie comme le calcul du score calcique coronaire ou aortique et les échographies artérielles, il semblerait que certains patients considérés à risque modéré seraient en fait à haut risque cardiovasculaire et nécessiteraient d'autant plus un traitement par statines bien mené (67), (68).

Une autre piste à explorer, concerne le risque cardiovasculaire chez les femmes. Nous avons vu que notre échantillon était majoritairement composé de femmes, mais cela ne permet pas de conclure sur leurs représentations spécifiques. Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes en France. Cela s'explique par les modifications de comportements, surtout en termes de mode de vie (tabagisme, sédentarité, etc), depuis ces trente dernières années (69). Il existe des spécificités organiques du risque cardiovasculaire chez les femmes, car il est notamment corrélé à l'imprégnation hormonale. A âge égal il a été observé que les femmes présentent plus de facteurs de risque cardiovasculaire que les hommes. En effet 80% d'entre elles, présentent au moins deux facteurs de risque après 45 ans et près de 40% des femmes de plus de 55 ans présentent une hypercholestérolémie. De plus, le risque cardiovasculaire selon les facteurs de risques traditionnels apparaîtrait plus péjoratif chez la

femme (70), (71). De ce constat, il est impératif que les médecins soient plus vigilants à la prise en charge du risque cardiovasculaire chez les femmes, que l'information soit développée et le dépistage renforcé. Il serait alors intéressant d'explorer spécifiquement les représentations du risque cardiovasculaire chez les femmes et de poursuivre le développement de campagnes de prévention les visant spécifiquement. A titre d'illustration certaines études sur les représentations de la douleur font état d'une minimisation des symptômes thoraciques chez la femme, - interprétation en faveur de l'angoisse chez une femme contre une suspicion de coronaropathie chez un homme -, ayant pour effet une perte de chance ont conduit la Fédération Française de cardiologie à promouvoir une campagne de sensibilisation en 2016 (72).

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. Guide technique pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/fr/. 2018.
2. WHO | About cardiovascular diseases [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/
3. OMS | France [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/fra/fr/>
4. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet* [Internet]. mars 2020 [cité 31 août 2020];395(10226):795-808. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619320082>
5. HAS, Service évaluation économique et santé publique – Service évaluation des médicaments. Efficacité et efficience des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. juill 2010;
6. Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *The Lancet* [Internet]. nov 2016 [cité 2 sept 2020];388(10059):2532-61. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313575>
7. Adham S, Miranda S, Doucet J, Lévesque H, Benhamou Y. Statines en prévention primaire des événements cardiovasculaires. *La Revue de Médecine Interne* [Internet]. janv 2018 [cité 27 juin 2020];39(1):42-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866317306082>
8. Cadwallader J-S, Vaillant-Roussel H, Pourchain D. Nouvelles recommandations de la task force sur la réduction du taux de cholestérol sanguin pour diminuer le risque cardiovasculaire dû à l'athérosclérose chez les adultes. *Exercer*. 2014;25(112):89-91.
9. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Smith GD, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cité 8 janv 2020];(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004816.pub5/full>
10. Simpson RJ, Mendys P. The effects of adherence and persistence on clinical outcomes in patients treated with statins: a systematic review. *J Clin Lipidol*. déc 2010;4(6):462-71.
11. Carillo Y. Une controverse scientifique : la prescription de statines dans les maladies cardiovasculaires. *Exercer*. 2015;26(117):44-6.
12. Dyslipidémies : face au doute sur l'impartialité de certains de ses experts, la HAS abroge sa recommandation [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 9 août 2020].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2885402/fr/dyslipidemies-face-au-doute-sur-l-impartialite-de-certains-de-ses-experts-la-has-abroge-sa-recommandation

13. Lecoffre C. Cholestérol LDL chez les adultes en France métropolitaine : concentration moyenne, connaissance et traitement en 2015, évolutions depuis 2006 / LDL cholesterol in adults in metropolitan France: mean concentration, awareness and treatment in 2015, and trends since 2006. :9.
14. 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 [Internet]. 2013 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2013/31/2013_31_1.html
15. Arnoux L-A. Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament: d'une déclinaison pour différentes pathologies à la création d'un module de formation des étudiants de Pharmacie à la pratique des entretiens pharmaceutiques et de l'ETP. :123.
16. Netgen. Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>
17. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. The American Journal of Medicine [Internet]. sept 2012 [cité 8 janv 2020];125(9):882-887.e1. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934312000186>
18. Hope HF, Binkley GM, Fenton S, Kitas GD, Verstappen SMM, Symmons DPM. Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease. Zeeb H, éditeur. PLoS ONE [Internet]. 17 janv 2019 [cité 8 janv 2020];14(1):e0201196. Disponible sur: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0201196>
19. World Health Organization. Sabate E. Adherence to long-term therapy : Evidence for action. 2003;
20. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. Paris: PUF; 1994.
21. Schlatter J. Le médicament et l'individu : du pharmakon au médicament moderne. La Presse Médicale [Internet]. févr 2012 [cité 5 août 2020];41(2):196-202. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498211004763>
22. Papinot C. Erreurs, biais, perturbations de l'observateur et autres « mauvais génies » des sciences sociales. SociologieS [Internet]. 19 nov 2013 [cité 16 sept 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologies/4534>
23. Moliner P, Lo Monaco G. Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales. St-Martin-d'Heres: PU Grenoble; 2017.

24. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot; 1992. 411 p. (Bibliothèque scientifique Payot).
25. Ferrières J. Le projet MONICA : l'heure des bilans. *La lettre du cardiologue*. mars 2000;(n°327).
26. Safon M-O, Suhard V. *La géographie de la santé : bibliographie thématique*. Irdes [Internet]. 2017;241. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-geographie-de-la-sante.pdf>
27. Gabet A, Pasquereau A, Andler R, Olié V. Épidémiologie de l'infarctus du myocarde chez la femme : des évolutions préoccupantes en France chez les femmes de moins de 65 ans. *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux - Pratique* [Internet]. avr 2019 [cité 1 sept 2020];2019(277):4-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1261694X1930029X>
28. Durack-Bown I, Gagnayre R, J-F. d'Ivernois, Magar Y, Chadavarian R, Benkritly A, et al. *Perceptions et vécu de l'hypercholestérolémie : une analyse qualitative*. Education du Patient et Enjeux de Santé. 2002;
29. Mansouri L. *Connaissances et perceptions de la notion de facteurs de risque chez les patients en médecine générale*. *Exercer*. 2013;(107):124-5.
30. Lensel A-S, Lermusiaux P, Boileau C, Feugier P, Sérusclat A, Zerbib Y, et al. *La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire est-elle meilleure après la survenue d'un évènement ischémique majeur ? Enquête auprès de 135 cas et 260 témoins*. *Journal des Maladies Vasculaires* [Internet]. déc 2013 [cité 9 févr 2018];38(6):360-6. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398049913003351>
31. Pasquier S. *Erving Goffman : de la contrainte au jeu des apparences*. *Revue du MAUSS* [Internet]. 2003 [cité 14 sept 2020];no 22(2):388-406. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2003-2-page-388.htm>
32. Jodelet D, éditeur. *Les représentations sociales*. 7. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2003. 447 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
33. Girard E. *Les représentations de la maladie : quelle démarche pour le clinicien ?* *Rev Med Suisse*. 2016;(12):303-5.
34. Le Breton D. *Conduites à risque*. PUF. 2013.
35. BAROU B. *Représentations de la maladie. Application du modèle endogène/exogène à l'hypertension artérielle* [Internet]. LIMOGES; 2009. Disponible sur: [file:///C:/Users/clair/Downloads/M20093129%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/clair/Downloads/M20093129%20(1).pdf)
36. Herzlich C. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS; 2005.
37. Baudet M, Daugareil C, Laulom P, Bouvier C, Hubert J. *Éducation thérapeutique en prévention primaire cardiovasculaire*. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* [Internet]. févr 2019 [cité 6 sept 2020];68(1):49-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003392818301161>

38. WHO. Définition de l'état de santé [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
39. Kellera P-F, Golayb ., Lerchc R, Machc F. Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu: l'éducation thérapeutique. *Schweiz Ärztztg* [Internet]. 25 janv 2008 [cité 6 sept 2020];11(01):5-6. Disponible sur: <http://doi.emh.ch/cvm.2008.01302>
40. Postel-Vinay N. *Le retour du Dr Knock: essai sur le risque cardiovasculaire*. Paris: Editions Odile Jacob; 2000.
41. Moulin P, Vergès B. Principes de prise en charge des dyslipidémies de l'adulte en 2016. *www.mced.fr*. févr 2016;80:13-7.
42. Jeong I-K, Kim S-G, Cho DH, Kim CH, Kim CS, Lee W-Y, et al. Impact of carotid atherosclerosis detection on physician and patient behavior in the management of type 2 diabetes mellitus: a prospective, observational, multicenter study. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. déc 2016 [cité 6 sept 2020];16(1):220. Disponible sur: <http://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-016-0401-5>
43. Näslund U, Ng N, Lundgren A, Fhärm E, Grönlund C, Johansson H, et al. Visualization of asymptomatic atherosclerotic disease for optimum cardiovascular prevention (VIPVIZA): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 12 2019;393(10167):133-42.
44. Rodondi N. Impact of Carotid Plaque Screening on Smoking Cessation and Other Cardiovascular Risk Factors: A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med* [Internet]. 27 févr 2012 [cité 6 sept 2020];172(4):344. Disponible sur: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2011.1326>
45. Adarkwah CC, Jegan N, Heinzl-Gutenbrunner M, Kühne F, Siebert U, Popert U, et al. The Optimizing-Risk-Communication (OptRisk) randomized trial – impact of decision-aid-based consultation on adherence and perception of cardiovascular risk. *Patient Preference Adherence* [Internet]. 27 mars 2019 [cité 9 sept 2020];13:441-52. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6441552/>
46. Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. *BEH* 15; 2020.
47. Baraud J, Moulin M. Représentations cognitives, affectives et comportementales sur l'hypercholestérolémie et son traitement de patients par statines. Une étude qualitative réalisée dans un centre de réadaptation cardiaque en Auvergne. 2017.
48. Krüger K, Leppkes N, Gehrke-Beck S, Herrmann W, Algharably EA, Kreutz R, et al. Improving long-term adherence to statin therapy: a qualitative study of GPs' experiences in primary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. juin 2018 [cité 6 sept 2020];68(671):e401-7. Disponible sur: <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp18X696173>
49. Blacher J, Bruckert E, Farnier M, Ferrières J, Henry P, Krempf M, et al. Myalgies et statines : démêler le vrai du faux. *La Presse Médicale* [Internet]. oct 2019 [cité 6 sept 2020];48(10):1059-64. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S075549821930346X>

50. Pedro-Botet J, Climent E, Benaiges D. Muscle and statins: from toxicity to the nocebo effect. *Expert Opinion on Drug Safety* [Internet]. 3 juill 2019 [cité 6 sept 2020];18(7):573-9. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14740338.2019.1615053>
51. Ipsos, LEEM. Observatoire sociétal du médicament, 8ème vague. 2018.
52. Stiegler B. Questions de pharmacologie générale. Il n’y a pas de simple pharmakon. *Psychotropes* [Internet]. 2007 [cité 11 sept 2020];Vol. 13(3):27-54. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-3-page-27.htm>
53. Durif-Bruckert C, Foulon C. Expériences anorexiques: récits de soi, récits de soin. 2017.
54. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations: *Medical Care* [Internet]. janv 1975 [cité 7 sept 2020];13(1):10-24. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00005650-197501000-00002>
55. Leventhal H, Falconer Lambert J, Diefenbach M. Treatment compliance and the therapeutic alliance. From compliance to the social-self-regulation : models of the compliance process. *Hardwood Academic Publishers*. 1997.
56. Ferreira C, Gay M-C, Regnier-Aeberhard F, Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l’observance chez les patients VIH. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. févr 2010 [cité 7 sept 2020];168(1):25-33. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448709001334>
57. Réach G. Pourquoi se soigne-t-on?: une esquisse philosophique de l’observance. *Latresne: Éditions Le Bord de l’eau*; 2005.
58. Fournier T, Poulain J-P. Les déterminants sociaux du non suivi des régimes alimentaires : le cas des patients hypercholestérolémiques. *Cah Nutr Diet*. 2008;43(2):97-104.
59. ROLLAND M. L’observance de la prescription d’activité physique en médecine générale. Étude descriptive prospective chez des patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaires. *Bordeaux*; 2015.
60. Elger B. Le paternalisme médical mythe ou réalité?: aspects philosophiques et empiriques d’un phénomène persistant. *Chêne-Bourg: Editions Médecine & Hygiène*; 2010.
61. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite “loi Kouchner”. *Les Tribunes de la sante* [Internet]. 25 avr 2014 [cité 16 sept 2020];n° 42(1):27-33. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>
62. Moreau A, Gilles de la Londe J, Ferrat E, Vallot S, Renard V, Aubin-Auger I. L’approche centrée sur le patient. A propos d’une situation clinique en médecine générale. *Exercer*. avr 2019;(152):167-74.

63. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & Santé* [Internet]. sept 2008 [cité 9 sept 2020];5(3):165-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1765462908000214>
64. Prescrire l'activité physique : un guide pratique pour les médecins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
65. Muller C, Chantrel F, Bazin-Kara D, Ott J, Krummel T, Imhoff O, et al. Influence de la lecture des notices des médicaments sur l'adhésion thérapeutique. //www.em-premium.com/data/revues/17697255/v11i5/S1769725515005349/ [Internet]. 16 sept 2015 [cité 9 sept 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1002682/resultatrecherche/2>
66. Bezin J, Francis F, Nguyen NV, Robinson P, Blin P, Fourier-Réglat A, et al. Impact of a public media event on the use of statins in the French population. //www.em-premium.com/data/revues/18752136/v110i2/S1875213616301334/ [Internet]. 1 mars 2017 [cité 9 sept 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/1105363/resultatrecherche/1/complSearch>
67. Chironi G, Simon A. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. *Rev Prat*. 2010;60:1303–9.
68. Mahabadi AA, Möhlenkamp S, Lehmann N, Kälisch H, Dykun I, Pundt N, et al. CAC Score Improves Coronary and CV Risk Assessment Above Statin Indication by ESC and AHA/ACC Primary Prevention Guidelines. *JACC: Cardiovascular Imaging* [Internet]. févr 2017 [cité 6 sept 2020];10(2):143-53. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936878X16305368>
69. Mounier-Vehier C, Nasserline P, Madika A-L. Stratification du risque cardiovasculaire de la femme : optimiser les prises en charge. *La Presse Médicale* [Internet]. nov 2019 [cité 13 sept 2020];48(11):1249-56. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498219304555>
70. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet* [Internet]. sept 2004 [cité 13 sept 2020];364(9438):937-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604170189>
71. Maas A. Maintaining cardiovascular health: An approach specific to women. *Maturitas* [Internet]. juin 2019 [cité 13 sept 2020];124:68-71. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512219300933>
72. Fédération française de cardiologie. Risque cardio-vasculaire chez les femmes [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. 2016 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Nos-combats/le-risque-cardio-vasculaire-chez-les-femmes>

VII. ANNEXES

Annexe n°1

Introduction

variables \rightarrow 100% d'observables

Définitions: observation
ce qu'attendent les médecins, attent
de 80% des prises

Développer d'hypothèse:
Est-ce qu'une représentation
fautive de mes faits et de mes
ou me conduit à une meilleure
observation

Hypothèse rationnelle: si je sais
ce que je prends et pourquoi je le
prends alors je le prends bien

irrationnel: comportement est
dissocié de la connaissance

le médecin généraliste est le 1^{er}
prescripteur
Construction de la 2^e de recherche

Annonce du plan \rightarrow méthode
 \rightarrow axes de recherche

Analyse

Ritualisation de la prise fait jusqu'à
oublier le pourquoi on le prend
automatique, sans remettre en
cause qui amène à la prise

"comportements programmés"

Plus le risque est élevé, plus l'observance
est bonne \uparrow

transfert de la responsabilité
utiliser les modèles de la plante

Ann \rightarrow sexe \rightarrow
 $\begin{matrix} p_2 \\ p_1 \\ 49.51 \end{matrix}$ \rightarrow âge

au delà de l'âge, discussion des
statines en prévention primaire

je n'ai pas réussi à satisfaire l'exigence
de l'échantillonnage raisonné donc
pas de saturation des données
Mais je n'aurais pas le concept de
suffisance

associations verbales / d'idées

Méthode ancienne largement utilisée en
sciences humaines pour explorer les
représentations, les croyances ou les états
mentaux

importance des expériences personnelles
influence lien irrationnel

mot inducteur \rightarrow mot induit

rationnel / irrationnel
gras \rightarrow contrainte
cholestérol

croyances: "représentation seule pour vrai" (éléments)

étudier les représentations permet de comprendre
le sens qu'a l'objet pour les individus

contenus des représentations

coopération sociale \rightarrow communication collective
processus cognitifs (débat, média, échanges
inter-individuels...)
commun à l'individu \rightarrow exposition au
essai de compréhension / point de vue
interprétation suivant l'autre

impact des représentations sur les comportements

Théorie du noyau

noyau = éléments centraux faisant +7-
colisions dans la représentation
= signification globale que les individus
attribuent à l'objet

éléments périphériques influencés par le
noyau donc connexions possibles
connaissances accumulées par les
individus dans des contextes divers
- variété des expériences individuelles

Méthode

Entretien: recueil des matériaux
riches et abondants
étapes des croyances / épiphany / idées

Associations verbales:

association libre continue
1 inducteur = non directeur
3 induits

intervenir d'entretien après l'associe
verbale permet de lever l'obstacle
mais d'interprétation du chercheur
seul le patient interroge connaît le
sens de ses productions \rightarrow justification
de l'induit

Ex: contrainte
 \rightarrow limiter la subjectivité du chercheur

Annexe n°2

GUIDE D'ENTRETIEN :

- Vous considérez-vous en bonne santé ? En mauvaise santé ? Pour quelles raisons ?

- Avez-vous déjà entendu parler du RCV ? dans quelles circonstances ? Qu'est-ce que cela évoque chez vous ?
- Vous sentez-vous concerné ? Pourquoi ?
- Qu'implique pour vous la notion de risque ?

- Que pensez-vous des médicaments ?
- Prenez-vous plusieurs traitements ?
- Et que pensez-vous plus particulièrement de votre traitement par X ?

- Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre votre traitement ?
- Si oui pourquoi ?

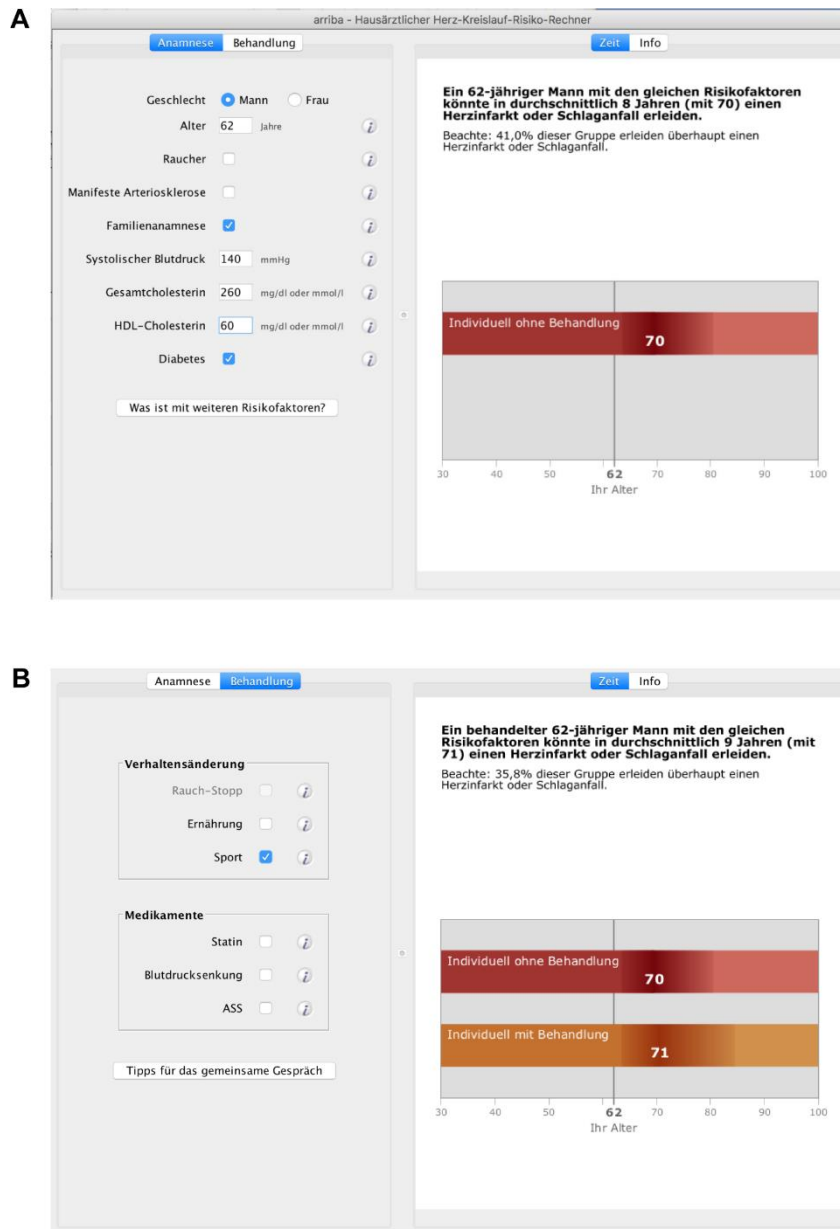
- Pour quelles raisons le prenez-vous ? (Motivations) / raisons médicales ? personnelles ?)
- Des personnes de votre entourage prennent-ils un médicament similaire ?
- Quelles sont vos difficultés à le prendre ? (Freins, oui dire, média, corps médical..)
- Avez-vous déjà ressenti des effets secondaires ? Les avez-vous toujours ?
- Vous êtes-vous déjà interrogés sur la durée de ce traitement ?

- (Si tel est le cas) Vous m'avez dit prendre plusieurs traitements, y'en a-t-il un que vous considérez plus important qu'un autre ? Quelle serait leur ordre de priorité / d'importance / à ne surtout pas oublier ?

Annexe n°3

Induits	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	TOTAL	%
Tahor	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%
Cholestérol	2	3	3	0	0	0	1	1	3	3	3	0	0	3	2	0	2	26	25,5%
Mère	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Statines	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%
Diminution Effets secondaires	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Anxiété	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3,9%
Cœur	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%
Artère	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,9%
Circulation	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%
Médicament	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Tension	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	7,8%
Gélu	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%
Contrainte	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Horaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Solution	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,0%
Dommage i	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Molécule	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diabète	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Douleur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Graisse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poids	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	5	4,9%
Zocor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1,0%
Gras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prévention	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1,0%
Prudence	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Précaution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Destop	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anti-infarctus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protection	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Simvastatine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crampes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,0%
																		102	100%

Annexe n°4



Interface Time-To-Event pour l'aide à la décision, Arriba. Reproduit à partir de : *Krüger K. et al. Improving long-term adherence to statin therapy: a qualitative study of GPs' experiences in primary care. Br J Gen Pract, juin 2018. URL : <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp18X696173> (45)*

Résumé :

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité mondiale. Le paradigme préventif actuel visant à dépister les facteurs de risque comme la dyslipidémie amène parfois à la prescription de statines, source de débats au sein de la communauté scientifique et du grand public. Ainsi, et à la lumière du *pharmakon*, origine étymologique du médicament renvoyant à la fois au remède et au poison, nous avons interrogé des patients traités par statines en prévention primaire sur leurs représentations du risque cardiovasculaire, de son traitement et de leur impact sur l'observance.

Nous avons réalisé une analyse qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés et d'associations verbales auprès de patients suivis en cabinets de médecine générale franciliens.

Douze entretiens individuels et cinquante et un induits ont été analysés. La triangulation des méthodes a mis en évidence les liens les plus forts concernant les représentations des statines. Leur rôle et leur intérêt étaient plutôt bien compris malgré une ambivalence marquée dans les représentations du risque et des médicaments qui pouvait, elle, avoir un impact sur l'observance. Les patients adhéraient davantage aux statines qu'aux règles hygiéno-diététiques, faisant apparaître la notion de médicament compensateur. Les examens complémentaires apparaissaient essentiels dans la représentation du risque, permettant aux patients de s'en construire une image.

L'étude des représentations sociales en santé est un outil clé dans la compréhension des comportements des patients. La recherche et la connaissance de ces dernières par les médecins permet d'améliorer l'observance, enjeu majeur en prévention primaire.

Mots-clés : Médecine générale, Représentations, Statines, Adhésion thérapeutique et observance, Risque cardiovasculaire.