



HAL
open science

Perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire : étude qualitative auprès de femmes du bassin lorientais en prévention primaire

Thiphaine Fraisseix

► To cite this version:

Thiphaine Fraisseix. Perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire : étude qualitative auprès de femmes du bassin lorientais en prévention primaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01780747

HAL Id: dumas-01780747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780747v1>

Submitted on 7 Jun 2018

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

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



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Tiphaine FRAISSEIX

Née le 6 août 1987 à Hyères

**Perceptions et
attitudes des
femmes jeunes
vis-à-vis du risque
cardio-vasculaire**

**Etude qualitative
auprès de femmes
du bassin lorientais
en prévention
primaire**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 mai 2017**

devant le jury composé de

Olivier DECAUX

PU-PH, CHU Rennes / *Président*

Françoise TATTEVIN-FABLET

PU associé, CHU Rennes / *Juge*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU Rennes / *Juge*

Caroline DOURMAP

Docteur en Cardiologie, CHU Rennes /

Membre invité

Gilles TAPIN

Docteur en Médecine Générale,

L'Hermitage / *Directeur de Thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Tiphaine FRAISSEIX

Née le 6 août 1987 à Hyères

**Perceptions et
attitudes des
femmes jeunes
vis-à-vis du risque
cardio-vasculaire**

**Etude qualitative
auprès de femmes
du bassin lorientais
en prévention
primaire**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 mai 2017**

devant le jury composé de

Olivier DECAUX

PU-PH, CHU Rennes / *Président*

Françoise TATTEVIN-FABLET

PU associé, CHU Rennes / *Juge*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU Rennes / *Juge*

Caroline DOURMAP

Docteur en Cardiologie, CHU Rennes /
Membre invité

Gilles TAPIN

Docteur en Médecine Générale,
L'Hermitage / *Directeur de Thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi temps	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie

GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive

MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIE Jean Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales

TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous section de CNU
ALLORY Emmanuel (MC associé – MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire

MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (MC associé – MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier DECAUX

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur Françoise TATTEVIN-FABLET

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Recevez l'expression de ma sincère considération.

A Madame le Docteur Caroline DOURMAP

Je vous remercie de l'intérêt que vous témoignez à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury.

A Monsieur le Docteur Gilles TAPIN

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité, ton écoute, tes remarques et conseils, tout au long de ce travail.

Aux femmes ayant participé à cette étude

Pour avoir accepté de vous confier, avec sincérité et honnêteté ; un grand merci.

Au Dr Marie-Pierre Le Cossec

Pour avoir pleinement rempli ton rôle de tutrice et pour m'avoir encouragée et conseillée aux balbutiements de ce travail.

A mes maîtres de stage : Dr Joelle Hémon, Dr Henri-Pierre Evanno et Dr Matthieu Marrec

Pour m'avoir fait partager votre exercice quotidien et rapidement fait confiance ; un grand merci.

Au Dr Benoit Tanguy

Pour m'avoir fait découvrir « ta » médecine et accompagné mes premiers pas de remplaçante, avec bienveillance. A Monique, pour ton accueil chaleureux autour des fameuses galettes du jeudi midi !

A ma famille

A mes parents, pour votre soutien à chaque étape de ce marathon, et pour ne pas m'avoir laissée déclarer forfait si près de l'arrivée.

A ma sœur Coline, mon frère César, et leurs moitiés respectives Pierre et Katell.

A Gwenaël, pour ces 11 belles années et toutes les prochaines, à tes côtés. A notre fille Loïs, fière de clamer, du haut de ses 2ans ; « Maman, elle fait sa thèse » ! A mes beaux-parents Betty et Jean-Louis et ma belle-sœur Laëtitia.

A mes grands-parents Camille et Claude, Charles et Marie-Louise.

A mes amis

Les Sudistes, puis les Bretons qui m'ont adoptée.

A Claire D, Claire G, Karima, Lisa, Morgane, Bédrix, Briac ... et à Caro qui a changé d'amphi en cours de route ; merci pour toutes ces années de bonne humeur. Et ce n'est pas fini !!

Un merci plus particulier à Laëtitia pour tout ce chemin parcouru.

A mes relectrices, Coline et Laëtitia : merci !

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire : étude qualitative auprès de femmes, du bassin lorientais, en prévention primaire.

Résumé

Contexte : Les femmes, même avant 60 ans, ne sont plus épargnées par les maladies cardio-vasculaires (MCV). Les spécificités du risque cardio-vasculaire (RCV) féminin sont de plus en plus étudiées, mais qu'en pensent les femmes elles-mêmes ? L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire.

Méthode : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée, de mars à octobre 2016, auprès de femmes de moins de 60 ans, à risque cardio-vasculaire, en prévention primaire. Une analyse thématique manuelle avec double codage a été réalisée.

Résultats : Huit entretiens ont été analysés. Les femmes interrogées éprouvaient des difficultés à s'approprier leurs facteurs de risque cardio-vasculaire (FDRCV), perçus comme asymptomatiques, chroniques, stabilisés, et peu modifiables. Leurs représentations des MCV étaient pertinentes mais le RCV était relativisé par la plupart des interrogées, invoquant son caractère potentiel et lointain. Elles avaient conscience des mesures préventives à entreprendre pour limiter leur RCV mais de nombreux obstacles empêchaient leur mise en œuvre. Elles ont mis en doute l'efficacité des actions préventives, perçues comme complexes, contraignantes, et peu compatibles avec leur rythme de vie familial et professionnel. L'entourage était une source privilégiée d'information et vecteur de leurs représentations des MCV. Le médecin généraliste était perçu comme coordinateur du suivi. Elles appréciaient son attitude compréhensive et sa capacité à les rassurer. En revanche, il n'était pas une source d'informations et elles ne percevaient pas toujours son rôle préventif.

Conclusion : Ces femmes jeunes, à RCV, ont une vision médicalement cohérente des MCV mais relativisent leur propre risque, retardant ainsi la mise en œuvre des changements préventifs. Nous devons améliorer nos stratégies de communication du RCV vis-à-vis de ces femmes ; réaffirmer l'impact du mode de vie sur leurs FDRCV, leur accorder des temps de prévention dédiés et développer des campagnes d'informations ciblées.

Mots clés :

Maladies cardio-vasculaires, facteurs de risque, perception, femmes, prévention primaire, recherche qualitative

Key words MeSH :

Cardiovascular diseases, risk factors, perception, women, primary prevention, qualitative research

Table des matières

I. Introduction	14
II. Méthode	16
III. Résultats	18
A. La santé globale	18
B. S'approprier les FDRCV	19
1. Identifier les FDRCV	19
2. Expliquer les FDRCV	20
3. Retentissement quotidien.....	21
4. Une Perception commune : les freins à l'appropriation des FDRCV	23
5. Un FDRCV particulier : le tabac.....	23
C. Percevoir le risque cardio-vasculaire.....	24
1. Représentation du risque	24
2. Conscience du risque.....	25
D. Se représenter les conséquences du risque : les maladies cardio-vasculaires.....	26
E. Moduler le risque : les comportements face au RCV	28
1. Attitudes face au RCV	28
a. Optimisme et attitude attentiste.....	28
b. Actions préventives	28
c. Observance thérapeutique, suivi et examens complémentaires	29
2. Difficultés exprimées	29
F. Les influences extérieures.....	30
1. Le médecin ?.....	30
2. Les autres sources d'information	31
IV. Discussion	33
A. Forces et faiblesses de l'étude.....	33
B. Résultats principaux	35
C. Pistes d'amélioration en pratique.....	42
V. Conclusion	44
VI. Bibliographie	45
VII. Tableaux	48
A. Tableau A : Caractéristiques des participantes et durées d'entretien	48
B. Tableau B : Stratification du RCV féminin selon l'American Heart Association 2011	49
VIII. Annexes	50
A. Annexe A : Estimation du RCV global selon SCORE	50
B. Annexe B : Guide d'entretien	52
C. Annexe C : Formulaire de consentement	53
D. Annexe D : Parcours cœur-artères-femmes au CHU de Lille	54
IX. Liste des abréviations	55

I. Introduction

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité chez la femme (1).

Elles sont représentées par les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les pathologies vasculaires périphériques (2).

Les facteurs de risque cardio-vasculaire (FDRCV) majeurs sont l'hypertension artérielle (HTA), les dyslipidémies, le diabète et le tabagisme pour les facteurs modifiables. Les FDRCV majeurs non modifiables sont l'âge, le sexe et l'hérédité cardio-vasculaire (2, 3, 4, 5).

D'après ces définitions, les femmes, après 60 ans, sont considérées plus à risque de développer une MCV. Cependant, on observe une augmentation du pourcentage de femmes de moins de 65 ans hospitalisées pour infarctus du myocarde (IDM) entre 2008 et 2013 (+19%), particulièrement chez les 45-54 ans (+4,8% par an) (6).

Le sexe féminin est également corrélé à un moindre recours au 15 parmi les patients hospitalisés pour IDM (7). Une des raisons de ce constat est le tableau clinique initial. Il diffère, avec plus d'insuffisance cardiaque, moins de douleurs typiques et une plus faible intensité de la douleur thoracique (6, 8, 9).

A risque cardio-vasculaire égal, 22.6% des femmes bénéficient d'un dépistage de l'ischémie myocardique contre 44.2% des hommes (10).

Concernant la pathologie cérébrovasculaire, on observe une augmentation significative du taux de personnes hospitalisées pour AVC ischémique, avant 65 ans, entre 2008 et 2014 (+ 14,9% chez les femmes et + 14,3% chez les hommes) (11).

Quant à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), B. Sigvant a montré que les formes asymptomatiques et, à l'inverse, les ischémies sévères sont plus fréquentes chez la femme quel que soit l'âge (12).

Ces différences hommes-femmes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire (RCV) ont donc fait l'objet de plusieurs travaux de recherche ces dernières années.

Pourtant, J. Caron a montré que les connaissances des médecins généralistes, sur le RCV féminin, étaient perfectibles (13).

Concernant les femmes elles-mêmes, A. Passebon a évalué leur connaissance des complications de la ménopause et montré qu'elles sont plutôt bien informées sur l'ostéoporose mais connaissent mal les risques cardio-vasculaires (14).

Quelques articles et émissions télévisées à destination du grand public abordent le sujet particulier du risque cardio-vasculaire de la femme (15,16). Mais est-ce suffisant pour faire prendre conscience aux femmes jeunes qu'elles ne sont pas épargnées par les maladies cardio-vasculaires?

Les femmes américaines prennent conscience que les maladies cardio-vasculaires sont la cause principale de décès chez la femme (55% des interrogées en 2005 contre 46% en 2003 et 30% en 1997). Cependant, moins de la moitié des répondantes connaissait son propre niveau de risque. L'un des freins à la prévention cardio-vasculaire était lié à la croyance des interrogées que la santé était déterminée par une force supérieure (17).

Seulement 8% des femmes américaines placent les maladies cardio-vasculaires comme préoccupation principale de santé. La moitié des femmes américaines interrogées sur leur préoccupation principale de santé cite le cancer (18,19).

La grande majorité d'entre elles se disent à l'aise pour aborder le sujet avec leur médecin mais moins de la moitié déclare avoir déjà discuté des maladies cardio-vasculaires avec leur généraliste (19).

MS. Biswas a montré que seules 42% des femmes interrogées (présentant toutes au moins un FDRCV), se disent inquiètes vis-à-vis du risque coronaire. Dans cette étude l'âge jeune, l'obésité, les antécédents familiaux et l'hypercholestérolémie étaient corrélés à plus d'inquiétude vis-à-vis des maladies coronaires (20).

Les femmes ayant une histoire familiale de cancer du sein ont une plus faible perception de leur risque cardio-vasculaire. A l'inverse, les antécédents familiaux de MCV sont corrélés à une perception plus importante du RCV (21).

Ces différents travaux suggèrent un écart entre la perception qu'ont les femmes vis-à-vis de leur RCV et le constat objectif qu'elles ne sont plus épargnées par les MCV, notamment avant 60 ans.

Peu d'études françaises se sont intéressées à la vision des femmes sur leur santé cardio-vasculaire.

En matière de prévention cardio-vasculaire, le patient doit être particulièrement acteur de sa prise en charge. La façon dont il perçoit et s'approprie le risque et les maladies qui en découlent, influence son attitude face au risque et sa propension aux changements préventifs.

L'objectif de notre étude était donc de comprendre la façon dont les femmes jeunes, à risque de MCV, perçoivent leur santé cardio-vasculaire, et les attitudes adoptées face à ce risque, afin de les accompagner de manière plus adaptée. Ce travail pourra permettre aux médecins généralistes de faire coïncider leur message préventif aux représentations des femmes.

II. Méthode

Une étude qualitative a été menée de mars à octobre 2016 auprès de femmes adultes majeures, âgées de moins de 60ans, vivant dans des communes situées autour de Lorient (Morbihan), et présentant un ou plusieurs FDRCV, en prévention primaire.

Les femmes recrutées devaient présenter au moins un FDRCV (2, 3, 5, 22, 23) parmi :

- HTA traitée
- Diabète de type 2
- Dyslipidémie traitée ou non traitée avec LDL-cholestérol (LDL-c) > 1,9 g/l ou Triglycérides (TG)>5g/l
- Tabagisme actuel ou sevré depuis moins de 3 ans
- Héritéité cardio-vasculaire :
 - AVC chez un parent du 1^{er} degré, avant 45 ans
 - Infarctus du myocarde ou mort subite
 - chez la mère ou un parent femme du 1^{er} degré, avant 65 ans
 - chez le père ou un parent homme du 1^{er} degré, avant 55 ans

Les femmes ayant déjà présenté un évènement cardio-vasculaire personnel (IDM, AVC, AOMI) ou une maladie veineuse thromboembolique, étaient exclues de l'étude.

Ces femmes étaient repérées en consultation par l'enquêtrice ou sélectionnées par les médecins généralistes en interrogeant leurs dossiers informatisés. Dans un second temps, les modalités de l'étude leur étaient présentées par téléphone, leur accord sollicité et un rendez-vous était fixé.

Leur niveau de RCV global était estimé selon la stratification de la Société Européenne de Cardiologie (ESC), basée sur la grille SCORE, (3, 23, 24) (cf. Annexe A). Le SCORE était déterminé grâce au recueil des derniers chiffres de pression artérielle systolique (PAS) et de cholestérolémie totale, dans leur dossier médical informatisé.

L'échantillonnage était raisonné afin d'obtenir une variabilité des profils sur l'âge, le lieu de vie, la catégorie socio-professionnelle et le risque cardio-vasculaire.

Nous avons choisi de conduire des entretiens individuels semi-dirigés afin de permettre aux interrogées de s'exprimer librement sur ce sujet assez personnel, relatif à leur santé et leur mode de vie. Le but étant que le discours soit le plus spontané et honnête possible, les entretiens de groupe nous semblaient moins adaptés.

Un guide d'entretien (cf. Annexe B), a été élaboré à partir des thématiques que nous souhaitions évoquer. Il abordait :

- La santé globale de l'interrogée
- Ses problèmes de santé actuels
- Les conséquences actuelles et futures de ces problèmes de santé
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les changements entrepris ou à entreprendre pour éviter de développer ces maladies
- La place de leur médecin généraliste

Pour finir, la discussion était relancée par le visionnage du clip « *Préjugés* » réalisé par Maïwenn Le Besco, en 2015 pour la Fédération Française de Cardiologie (FFC) (25). Ce clip met en scène une jeune femme mince victime d'un IDM. Il exprime l'idée reçue que les hommes d'âge mûr, en surpoids, représentent le profil privilégié des victimes de MCV. L'objectif de ce visionnage était de comprendre quelles interprétations les participantes faisaient de cette campagne préventive et d'apprécier ainsi l'efficacité du message.

Le guide s'est enrichi au fil des entretiens.

La thématique cardio-vasculaire n'était évoquée ni lors du recrutement des participantes ni en début d'entretien. L'objectif était de percevoir le degré de conscience du risque cardio-vasculaire, de par l'évocation spontanée ou non du sujet, par l'interrogée.

Les entretiens étaient réalisés en face à face, au domicile de l'interrogée ou au cabinet médical selon le souhait de chaque participante.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone numérique, après autorisation verbale et écrite des participantes (cf. Annexe C).

La retranscription intégrale des entretiens s'est faite sur Word® après anonymisation des données.

Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation théorique des informations (quand les nouvelles informations ne modifient ni les concepts ni l'explication élaborée).

L'analyse thématique du verbatim a été faite selon la méthode de l'analyse de contenu, manuellement, à l'aide de la fonction commentaire de Word®, par l'enquêtrice et un 2^{ème} chercheur de manière indépendante.

Les données obtenues ont été confrontées aux résultats de la littérature.

III. Résultats

Sur les 9 femmes recrutées (P1 à P9), toutes ont accepté de participer aux entretiens (E1 à E9). Une participante a été exclue (P1) à l'issue de l'entretien, du fait d'un antécédent d'embolie pulmonaire.

La saturation théorique des données a été obtenue à l'issue du septième entretien (E7). Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Huit entretiens (E2 à E9) ont donc été analysés. Ils ont été réalisés au domicile des participantes, sauf pour 3 d'entre elles ayant préféré se déplacer au cabinet médical. Les entretiens ont duré entre 19 et 43 minutes (28 minutes en moyenne).

Les participantes étaient âgées de 38 à 54 ans (âge moyen 48,5 ans).

Les caractéristiques des participantes sont détaillées dans le tableau A.

L'analyse thématique des entretiens a permis de dégager plusieurs déterminants influençant la perception des femmes interrogées sur leur santé cardio-vasculaire. Ces déterminants semblaient interagir les uns avec les autres. Il s'agissait de :

- Leur **ressenti global de santé**.
- L'appropriation, par les participantes, de **leurs facteurs de risque cardio-vasculaire**.
- La perception de leur **risque cardio-vasculaire**.
- Leurs représentations des **conséquences potentielles : les maladies cardio-vasculaires**.
- Leur **attitude face au risque cardio-vasculaire**.
- Les **influences extérieures** et la place de **leur médecin généraliste**.

A. La santé globale

Elle était perçue comme **bonne** par toutes les interrogées avec quelques réserves émises par certaines, qui excluaient leurs pathologies actuelles : « *Mis à part mes problèmes de tension tout va bien* ».

D'autres ont modéré ce sentiment en précisant que leur santé était bonne avant une date précise retenue comme celle du diagnostic de leurs FDRCV : « *Ma santé elle est bonne, elle est très bonne, elle a été bonne jusqu'en 2001* » (P8).

Elle était parfois décrite comme **un état**, comme pour P6 qui a résumé sa santé au fait d' « être » diabétique.

La santé était **vécue au temps t** par la plupart des interrogées, « *Pour l'instant je vais bien* », laissant d'emblée entrevoir la possibilité que cet état change et donc la notion de risque.

Elles précisait ce jugement sur leur santé selon **différentes approches** :

- **La santé associée aux pathologies actuelles** pour certaines, quand d'autres ont commencé par lister leurs antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.
- **La santé liée au ressenti physique du quotidien**, « *J'ai pas d'symptômes* » ou aux maladies virales bénignes dont la récurrence était mal vécue.
- **La fréquence des consultations médicales** entraînait également en jeu dans le sentiment de bonne santé. Tant que l'on ne va pas chez le médecin tout va bien : « *Je viens pas souvent chez le médecin...donc je suis pas confrontée à tout ça* » (P2).

La subjectivité de ce jugement était renforcée par **l'incertitude soulevée par certaines femmes** lorsqu'on les questionnait sur leur santé : « *J'ai pas de soucis particulier... enfin je pense pas* » (P7).

L'idée que **la santé était une question de chance**, « *J'ai d'la chance...j'suis pas souvent malade* » ou **une fatalité**, a souvent été avancée : « *C'est comme ça et puis c'est tout* ».

B. S'appropriation des FDRCV

Pour comprendre comment les femmes interrogées percevaient leur RCV, il fallait d'abord cerner la façon dont elles s'appropriaient leurs FDRCV.

Cette appropriation de leur FDRCV par les interrogées dépendait d'une part :

- De leur identification.
- De l'explication qu'elles faisaient de leur FDRCV.
- De l'importance du retentissement quotidien de ces FDRCV.

Certaines caractéristiques de perception des FDRCV, communes aux interrogées, sont apparues comme des freins à leur appropriation.

Enfin, le tabac semblait se détacher des autres FDRCV.

1. Identifier les FDRCV

Hiérarchisation

Invitées à parler de leur santé, la plupart des interrogées ont abordé spontanément leurs FDRCV sans pour autant les identifier comme tels. Ils étaient qualifiés de « *gros problème* », « *gros soucis* », voire de « *fardeau* » pour P8.

Cependant, elles avaient tendance à hiérarchiser leurs facteurs de risque.

Le tabac n'a pas été évoqué spontanément par P3. P5 n'en a parlé qu'en milieu d'entretien alors que P2 l'a d'emblée abordé comme un risque pour sa santé sans préciser sa nature : « *Je reste fumeuse donc voilà quoi c'est un facteur à risque* » (P2).

L'HTA a été omise, initialement, par P5 : « *La tension c'est vrai j'ai de la tension !* ».

P6 n'a évoqué une dyslipidémie traitée qu'en milieu d'entretien et de manière imprécise : « *Un manque de cholestérol là, ou un peu trop de cholestérol* ».

De même, P9 a omis d'évoquer sa dyslipidémie. Elle a d'abord abordé un rhume trainant, et ne s'est rappelée ce facteur de risque qu'au bout de deux minutes d'entretien : « *Ah oui si ! J'ai du cholestérol, j'ai carrément oublié !* ».

Historique

L'ancienneté de chaque trouble et son mode de découverte participaient également à sa perception et son vécu.

Une dyslipidémie ancienne était parfois évoquée en premier, bien que modérée et non traitée, alors que l'HTA, perçue comme « *très récente* » et « *soignée* » était évoquée dans un second temps.

Un mode d'entrée par une crise aigüe hypertensive sévère symptomatique, vécue comme très angoissante, est resté très ancré dans le souvenir d'une des participantes, qui a, dès le diagnostic, perçu le risque de mort : « *J'avais des douleurs à la tête, j'disais à mon mari j'vais mourir, j'vais mourir* », « *J'avais quand même 26 de tension* » (P8).

Parfois le début de la maladie s'est fait en deux temps, comme le diabète gestationnel de P8, « *resté sans suite* » lors d'une grossesse, mais qui s'est finalement installé durablement à la suivante. Le caractère fluctuant dans le temps de certains facteurs de risque jouait également sur leur perception. Une dyslipidémie qui avait disparu et qui nécessitait à nouveau un traitement, était plus difficilement perceptible et semblait moins prise au sérieux.

2. Expliquer les FDRCV

Une fois les FDRCV identifiés, la plupart des interrogées ont élaboré des tentatives d'explication du trouble. Ces explications étaient diverses :

- **L'Hérédité** : certaines mettaient en avant une prédisposition familiale « *C'est une hérédité pourrie qu'on a eu* », voire une origine génétique d'après P6 pour expliquer le diabète qui touche aussi son père et sa sœur : « *J pense que pour nous c'est plus ... un point génétique* ».
P8 parlait d'une fabrication intrinsèque excessive de cholestérol rendant l'efficacité des régimes limitée : « *Le cholestérol, non seulement j'l'avais mais en plus j'le fabriquais* ».
- **Le Mode de vie** :
 - Plusieurs participantes expliquaient leur FDRCV par une prise de poids : « *Ça vient aussi de mon poids, c'est plus ou moins lié je pense* ».
 - L'alimentation déséquilibrée et sucrée était souvent avancée : « *Tout ce qui est malbouffe* », « *On mange beaucoup de choses sucrées maintenant* ».
 - Le stress a été souvent invoqué, notamment par P5 pour expliquer son HTA mais sans certitude : « *Alors est-ce que c'est le travail qui m'a... que j'étais un peu stressée je sais pas* ».

- **Une origine inconnue** : certaines cherchaient une explication sans avoir la réponse : « *Je sais pas d'où peut provenir ce cholestérol ?* » (P5).
- **Une force extérieure** : certaines, comme P5, semblaient percevoir le trouble comme mystique ou magique : « *J'ai eu du diabète il y a à peu près une vingtaine d'année... qui a disparu le diabète, je touche du bois !* ».
- **Un antécédent obstétrical**: P7 évoquait son HTA gravidique et sa prééclampsie comme origine de son hypertension actuelle.

Parfois aucune explication n'était recherchée, le facteur de risque était alors vécu comme un **état de fait**, dont elles s'accommodaient ou qu'elles ignoraient : « *Ça me tracasse pas plus que ça* », « *Je vis avec* » (P3).

3. Retentissement quotidien

Certaines participantes ne voyaient aucune conséquence quotidienne de leurs FDRCV : « *Avant-après, j'vois pas de différence* », « *Moi je vis avec, pour moi c'est pas un problème* ».

La plupart décrivaient tout de même un impact quotidien, vécu différemment selon les interrogées. Ce retentissement pouvait être:

- **Familial** :
 - **Les habitudes alimentaires** de toute la famille étaient parfois impactées, source de quelques tensions dans le foyer : « *Ne boit pas ça... ne mange pas ça...c'est vrai que je suis pénible* », « *ça plait pas à tout le monde* ».
 - Cependant, la plupart des interrogées ont mis en avant le caractère minime de l'impact du facteur de risque sur l'alimentation: réduire le sel ou limiter les produits gras : « *J'ai diminué le sel, autrement j'ai rien fait de particulier* ».
 - Seule P8 m'a confié contrôler en permanence son alimentation : « *Pour moi dans la maladie le plus lourd c'est ça, c'est ce foutu régime* ».
 - **Une inquiétude de l'entourage** a été relevée par P8 : « *Mon mari du coin de l'œil me surveille* ».
- **Professionnel** pour P6 qui a du se reconvertir après le passage à l'insulinothérapie : « *J'étais routier, et quand on est sous insuline on peut plus rouler après* », à l'inverse de P8 : « *J'continue à faire mon travail et tout* ».
- **Physique** :
 - **La fatigue** était souvent avancée, mise sur le compte du surpoids pour P3 mais considérée comme normale : « *J'suis fatiguée...mais bon je suppose que c'est normal* ».
 - **L'essoufflement** était également décrit, lui aussi considéré comme normal : « *Quand je monte les escaliers au boulot, je suis un peu essoufflée, ce qui est normal* ».

- P6 décrivait une **polyurie associée à une polydipsie** mais sans exprimer le lien avec son diabète déséquilibré : « *Je bois beaucoup, j'veis souvent aux toilettes* ».
 - P8, à l'inverse des autres participantes, interprétait chaque symptôme comme une alerte. Les **céphalées** et **sensations vertigineuses** étaient mises sur le compte d'une hausse tensionnelle.
Des **douleurs abdominales** ou un **prurit** traduisaient un déséquilibre de sa dyslipidémie : « *Quand j'ai fait des crises de triglycérides, de cholestérol ou quoi, quand mes taux sont pas bons j'le sais moi-même parce-que ça me démange de partout* ». Elle modifiait son comportement en réponse à ces alertes.
- **Psychologique :**
 - Le parcours était souvent ponctué d'anxiété et affectait directement le moral des interrogées, lors du diagnostic et tout au long du suivi : « *Suivant mes résultats, soit qu'je suis contente ou soit qu'je pleure* » (P8).
 - A l'inverse certaines comme P9 n'ont ressenti aucun bouleversement moralement : « *J'ai pas été traumatisée* ».
 - **Dominé par des problématiques vestimentaires et d'image de soi :** liées au surpoids, elles préoccupaient d'avantage P3 que l'HTA ou la dyslipidémie qui ne se voient pas : « *Quand vous dépassez le 40....y'a que des trucs de vieille...sans parler de la santé, ça, ça me gêne plus encore que le reste, que les histoires de maladies* ».
 - **Lié au traitement**
 - Parfois, le retentissement quotidien se résumait à la simple prise d'un traitement : « *Un cachet par jour ... et c'est tout* ».
 - P4 s'est remémorée une instauration compliquée liée à des **problèmes de tolérance ou d'efficacité** : « *Il a fallu trouver le bon traitement... certains me donnaient mal à la tête, d'autres ça marchait pas du tout* ».
 - Les **difficultés d'organisation** ont également été soulevées : des oublis de traitement, la nécessité d'anticiper les départs en vacances, la fréquence parfois contraignante des consultations de suivi. Cependant les interrogées relativisaient ces difficultés qui s'amendaient une fois l'organisation trouvée : « *Au départ c'est vrai que j'oubliais les médicaments, le week-end j'oubliais forcément, mais maintenant c'est bon, c'est rentré, dans l'habitude* ».
 - Parfois, **les effets indésirables étaient plus mal vécus**: comme pour P6 qui a arrêté son insulinothérapie à cause d'une prise de poids : « *Avec l'insuline j'avais pris 20kg hein...donc j'ai arrêté toute mon insuline pour pouvoir reperdre ce poids-là* ».

4. Une Perception commune : les freins à l'appropriation des FDRCV

Malgré un vécu des FDRCV très varié selon les femmes interrogées, plusieurs caractéristiques se sont avérées communes dans le discours des interrogées et semblaient participer aux difficultés d'appropriation du FDRCV par les participantes.

Les interrogées ont avancé le **caractère asymptomatique** : « *J'ai pas de symptôme à part que j'ai vraiment du cholestérol et de la tension* » (P6). Ce caractère silencieux était à l'origine, pour certaines, d'un retard dans la prise en charge de leur facteur de risque : « *J'en faisais déjà avant mais bon je faisais pas trop attention* » (P7). Cela participait également à l'incertitude persistante d'être atteinte, même après plusieurs années d'évolution : « *Tant qu'y' aura pas quelque chose qui m'arrivera j'crois qu'je prendrais pas cette maladie au sérieux* » (P6).

Outre, le caractère asymptomatique, le fait que le facteur de risque soit **traité et stabilisé** influait également sur sa perception, jusqu'à en oublier sa présence pour certaines des interrogées : « *Ça fait 4 ans que c'est stabilisé donc pour moi c'est plus vraiment un problème* » (P9).

Le **caractère chronique** était souvent mis en avant : « *Quand on est diabétique on l'est* » (P6), « *Je pense que c'est à vie* » (P4).

Même quand une tentative d'explication était faite, le **sentiment de fatalité** prédominait dans l'esprit des interrogées : « *C'est comme ça et puis c'est tout* » (P3).

Un **sentiment d'injustice** était parfois décrit : « *On se dit pourquoi moi* » (P8).

L'habitude et la **routine** était également avancées et semblaient participer à une certaine banalisation ou minimisation du trouble jusqu'à parfois l'oublier : « *Le cholestérol, y'a tellement longtemps que je l'ai donc c'est une habitude* » (P5).

5. Un FDRCV particulier : le tabac

Alors que les interrogées se sont exprimées facilement sur leur HTA, leur diabète, leur dyslipidémie ou leur hérédité, le tabagisme s'est démarqué des autres FDRCV.

La parole était moins spontanée, de nombreux silences ponctuaient le discours lorsqu'il s'agissait du tabagisme. Le tabac était également perçu comme un problème mais contrebalancé par le plaisir qu'il procure : « *J'aime fumer* ». Il était associé à la convivialité : « *Les soirées avec les copains...on va rire, s'amuser* » (P2).

Il était vécu comme un anxiolytique, « *Je suis très très stressée, ça me détend un peu* », une échappatoire : « *J'prends ma cigarette et lâchez-moi* » (P2), « *Fumez c'est ma bouffée d'air* », et souvent minimisé : « *Moi je trouve que c'est pas beaucoup 5-6 par jour* » (P3).

Le tabac était plus culpabilisant pour les femmes avec une recherche de justification permanente. Elles ont exprimé leurs difficultés pour concrétiser leur désir de sevrage : « *La graine est semée...mais elle arrive pas à germer* » (P9).

C. Percevoir le risque cardio-vasculaire

1. Représentation du risque

Les interrogées se représentaient le risque de manière :

- **Abstraite pour certaines** : le risque n'était alors pas formulé de manière précise par les interrogées. Il existait comme « *une angoisse supplémentaire* » (P2), une menace qui n'était pas clairement identifiée et surtout, imprévisible et incertaine, « *une épée de Damoclès au-dessus de ma tête* » (P8).
- **Concrète le plus souvent**, à l'image de P6 qui citait les conséquences potentielles, multiples « *y'en a plein hein* », du diabète : « *On peut devenir aveugle, on peut avoir des problèmes cardiaques, les artères qui s'bouchent* », et de P2 qui a évoqué « *la possibilité de crise cardiaque, AVC* ».

Pour certaines participantes, comme P8, la préoccupation principale était le **risque de transmission des FDRCV aux enfants** : « *Je risque de l'avoir passé, certaines maladies, à mes enfants, c'est ça qui me chagrine le plus* ».

Ces représentations étaient **étayées par l'expérience personnelle** :

- **Venant relativiser le risque** pour la plupart des interrogées.
P4 s'est identifiée à sa grand-mère décédée à 65 ans d'un infarctus, mais relativisait son propre risque au regard de ses FDRCV (HTA seule contre diabète, dyslipidémie et HTA pour sa grand-mère) : « *Ç'est bon c'est juste la tension* ».
P6 s'est appuyée sur les autres membres de sa famille, diabétiques, peu suivis et qui n'ont pas subi de complication : « *On mange ce qu'on veut on fait ce qu'on veut, on n'a pas eu de soucis jusqu'à maintenant* ».
- **Ou au contraire, renforcer le risque** pour P8, qui s'identifiait aux victimes de MCV : « *Quand je vois des personnes dans la rue qui ont fait des AVC ou des infarctus, qui ont du mal à parler, qui sont handicapées, qui ont du mal à marcher ... vous vous dites ça pourrait être moi* ».

Malgré ces représentations nuancées du RCV, les participantes ont presque toutes décrit ce risque comme :

- **Potentiel** : « *Y'aura peut-être des conséquences...* ». Le conditionnel était majoritairement employé pour évoquer le RCV : « *J'pourrais être un facteur à risque* ».

- **Futur** : toutes les femmes interrogées ont mis en avant le caractère lointain dans le temps du risque : « *Ça va me poser des problèmes en vieillissant* » (P3). Même lorsqu'elles se représentaient le risque de manière concrète en citant les maladies cardio-vasculaires, elles modéraient d'emblée le risque en soulevant son caractère futur : « *Quand je serai sur mon lit d'mort il sera peut-être temps de s'inquiéter* » (P6). Elles se sentaient en majorité protégées par leur âge : « *On pense pas avoir des problèmes si jeune* ».
- **Une fatalité** : la plupart des interrogées ont mis en avant le « *facteur chance* », espérant « *ne pas en arriver là* », et ont avancé le caractère incontrôlable du risque : « *Si dans un an j'fais un infarctus ben...on est à l'abri de rien* » (P5).

Seule P8 mettait en avant le caractère maîtrisable du risque par ses actions et son comportement, « *Le seul truc pour pas arriver, pour pas être comme ça ma grande c'est de faire attention quoi* ».

2. Conscience du risque

Cette conscience du risque cardiovasculaire s'est exprimée de manière variée parmi les participantes. Trois profils se sont dégagés, le troisième étant apparu comme majoritaire.

- **Conscience forte, omniprésente**, pour P2 : « *J'suis parfaitement consciente de tout ce que ça implique derrière* », angoissante et envahissante. Cette conscience était inhibante, non instigatrice de changement : « *C'est en permanence là* ». P2 cherchait en permanence à refouler cette idée « *qu'on stocke...qu'on met dans l tiroir* », mais elle réapparaissait, « *Y'a tout qui ressort* ».
 - **Conscience plus modérée** pour P8, agissant simplement comme moteur pour instituer des changements et les faire durer. L'objectif, pour elle étant de réduire ce risque et ne pas arriver au stade ultime : les maladies cardio-vasculaires, « *Je vis pas toujours avec cette peur là non plus hein* », « *ça vous motive encore d'avantage pour pas arriver à ce stade-là* ».
 - **Conscience faible, ou non exprimée voire déniée** par P3, P4 et P5, pour ne pas avoir à instituer les changements nécessaires et continuer de profiter de l'instant. « *Ah non, non non, j'y pense pas, faut pas penser à ces idées-là sinon vous vivez plus* ».
- Formuler le risque était sans intérêt pour P7 et P6 tant qu'elles n'étaient pas réellement confrontées à ces conséquences « *J'm'y intéresse pas... tant que j'avais bien* ».

Pour P9 le risque lié à sa dyslipidémie était relativisé par le fait qu'elle soit traitée et stabilisée, alors que le risque lié à son tabagisme était dominé par le cancer. Elle n'évoquait pas spontanément le risque cardio-vasculaire.

P3 s'interrogeait tout de même sur son degré de perception du risque : « *Peut-être que j'ai tort je devrais peut-être plus m'inquiéter* ».

D. Se représenter les conséquences du risque : les maladies cardio-vasculaires

Pour comprendre les attitudes des participantes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire il fallait également cerner leurs représentations des MCV.

Interrogées plus précisément sur les conséquences futures qu'impliquaient leurs facteurs de risque, certaines comme P4 m'ont confié simplement l'ignorer.

La plupart ont abordé les maladies cardio-vasculaires, en des **termes plus ou moins précis** et rarement de manière exhaustive.

- Les femmes ont parlé d'AVC, d'infarctus, de crise cardiaque, de thrombose, « *Cardio-vasculaire c'est donc cœur, artère* », mais souvent la terminologie employée était plus vague, « *des problèmes de cœur* », « *les trucs cardiaques* », « *les artères qui s'bouchent* ».
- P7 n'était pas certaine que les AVC fassent partie des MCV.
- Seule P3 a évoqué l'AOMI en parlant des « *artères bouchées...des jambes* », en référence à l'expérience vécue par son père.
- Il y avait parfois confusion entre facteur de risque et MCV : « *ça m'évoque l'AVC, le cholestérol, la tension, le surpoids, le diabète* ».

Concernant **la symptomatologie** :

- **L'essoufflement** était fréquemment annonciateur, pour les femmes, d'un problème cardiaque.
- Elles ont également évoqué **la douleur thoracique en termes variés** : « *l'impression d'être serré comme dans un étau* », « *une gêne au niveau du bras gauche* », « *une grosse douleur* », « *une compression* », « *mal dans la poitrine* », « *pointe au niveau du cœur* ».
- P2 a même cité **les douleurs abdominales** comme symptôme possible d'infarctus.
- P3 a évoqué les **douleurs des mollets** de l'AOMI et **l'hémiplégie** conséquence de l'AVC.
- P9 a mis en avant le fait que **les symptômes sont différents chez la femme** mais sans parvenir à les détailler.

Les MCV étaient perçues comme **brutales et imprévisibles**, le terme « *tomber* » est ressorti fréquemment.

La notion de **gravité** a également été mise en avant par les femmes. Elles ont évoqué les conséquences fonctionnelles lourdes : troubles de la marche, de la parole, handicap, « *C'est pas quelque chose d'anodin* » (P2).

La **mortalité** a été évoquée par la plupart des interrogées : « *Pour moi c'est lié à la mort* » (P4).

Le **caractère inéluctable** des MCV, liée à l'hérédité a été avancé par P2 : « *Par hérédité c'est fort possible aussi que ça m'tombe sur l'coin du nez* ». A l'inverse, P8 a confié voir les MCV comme un stade ultime, son objectif étant de ne pas l'atteindre.

P9 a mis en avant leur **caractère réparable** : « *Quand ça va pas on répare et ça repart !* » (P9).

L'expérience personnelle est apparue comme appui principal des représentations des femmes sur les maladies cardio-vasculaires, à l'inverse du médecin ou des sources extérieures telles que les médias.

P3 s'est appuyée sur l'expérience paternelle de l'AOMI. P4 a comparé sa seule hypertension au syndrome métabolique de sa grand-mère décédée d'un infarctus mais qui donc « *avait la totale* ». P5 a abordé le vécu de son mari qui a présenté son premier infarctus à l'âge de 40 ans. P2 a été marquée par l'expérience d'une amie victime d'AVC. « *Une copine à moi qui... a eu un caillot qui est monté... ça fait un peu, un peu paniquer* ».

Le lien entre leurs facteurs de risque, leur mode de vie et les MCV a été évoqué spontanément par la plupart des interrogées. Elles ont soulevé le lien entre « *artères bouchées* » et cholestérol ou tabac. Le surpoids a été souvent mis en avant, ainsi que l'alcool et le stress. Seule P9 a évoqué le lien entre sédentarité et MCV.

Si certaines associations semblaient bien ancrées dans l'esprit des interrogées, le lien entre l'association pilule-tabac et les MCV, n'a été évoqué que par P3 : « *La pilule aussi ça doit pas aider... pilule tabac* ».

Certaines, ont élaboré des tentatives **d'explications physiopathologiques**. La notion d'athérosclérose était exprimée par le terme « *artères bouchées* » par la plupart des participantes. P9 faisait le lien entre dyslipidémie, artères bouchées et arrêt de la circulation sanguine : « *Pour moi ça bouche les artères et à un moment donné la circulation se fera plus tout simplement* ». D'après P8 la prise de poids entraîne un cœur entouré de gras, plus à risque d'IDM et d'AVC.

Concernant, l'idée que les femmes interrogées se font de **l'épidémiologie des MCV**, les représentations étaient hétérogènes :

- Pour certaines, il n'y avait pas de profil type, « *hommes et femmes à n'importe quel âge* ».
- Pour d'autres, les MCV concernaient « *les fumeurs essentiellement, ou ceux qui ont du cholestérol, diabète* ».
- Seule P2 a évoqué la prévalence croissante. Elle a également abordé le fait que la population touchée était de plus en plus jeune et que les femmes n'étaient pas épargnées « *On a ce problème là aussi chez nous les femmes* », « *On peut être touchées plus facilement que les hommes au sujet des crises cardiaques* ».

E. Moduler le risque : les comportements face au RCV

Quelles attitudes les interrogées adoptaient-elles face au risque cardio-vasculaire ? Essayaient-elles de limiter ce risque et de quelle façon ? Quelles difficultés rencontraient-elles ?

1. Attitudes face au RCV

a. Optimisme et attitude attentiste

Les interrogées ont souvent évoqué l'espoir de ne pas développer de MCV et m'ont confié s'en remettre à la chance : « *J' prie l'ciel pour que ça m'tombe pas d'ssus* » (P2).

Elles m'ont dit remettre les changements à plus tard pour avancer : « *On verra ça demain et puis c'est tout* » (P5).

Elles ont souvent revendiqué un certain optimisme pour justifier cette attitude et préféraient attendre d'être réellement confrontées à une MCV : « *Peut-être que si un jour y m'arrive quelque-chose de grave, j'dirais ouais* » (P6).

b. Actions préventives

Les changements de mode de vie visant à limiter le risque de développer des MCV ont été évoqués par les participantes mais il s'agissait d'actions qu'elles devraient entreprendre sans forcément le désirer ou y parvenir : « *Je devrais manger plus sain, pas fumer* » (P3), « *Demain matin, faut que je stoppe tout ça* » (P2).

L'hygiène alimentaire, l'exercice physique et l'arrêt du tabac étaient ainsi évoqués : « *J'pense que c'est l'hygiène de vie, l'alimentation, les activités...j'pense que ça, ça permet d'éviter un peu ce genre de maladies* ».

Des changements effectifs ont été entrepris par certaines, comme P4 qui pratique l'aquagym une fois par semaine et a réduit le sel de son alimentation ou P5 qui limite le beurre et la charcuterie : « *On essaye de marcher... de faire attention à son alimentation* » (P2).

Les changements alimentaires étaient plutôt décrits de manière partielle, en réponse à tel ou tel facteur de risque : réduction du sel en cas d'HTA, limitation du beurre si dyslipidémie, et du sucre en cas de diabète : « *J'ai diminué le sel, autrement j'ai rien fait de particulier* » (P4).

L'activité physique était évoquée, « *Faire du sport j'pense que ça peut aider aussi* », et bien perçue, « *ça y'a pas d'problème* », mais pas toujours mise en pratique : « *J'ai pas pu me réinscrire cette année* ».

L'effort physique était parfois perçu comme déclencheur d'évènement cardio-vasculaire et donc limité : « *On vous dit faites attention ne faites pas d'effort parce-que vous risquez l'infarctus* » (P8). P8 a soulevé l'importance de connaître les symptômes d'alerte afin d'arrêter ses activités lorsque ces signes surviennent : « *J'ai des douleurs du côté gauche quoi, j'ai des douleurs au niveau du cœur...J'le sais donc j'm'assois j'me met à l'ombre... j'm'allonge j' fais attention* », « *J'ai une pointe au niveau du cœur quoi donc je surveille mon bras et tout* ». Elle ne semblait pas consulter.

c. Observance thérapeutique, suivi et examens complémentaires

L'importance du **traitement** a souvent été mise en avant par les interrogées à l'évocation de leur dyslipidémie, leur HTA ou leur diabète.

Cet appui thérapeutique les rassurait et venait relativiser le risque : « *Tant qu'y'a des médicaments pour m'aider, il suffit d'les prendre et puis voilà* » (P8), « *On m'a dit bon ben on va faire un p'tit traitement d'fond comme ça y'aura pas d'soucis* » (P9).

Le suivi clinique et biologique était également évoqué comme solution pour limiter le risque de développer une MCV « *Les prises de sang quand on va chez le médecin c'est assez régulier donc on peut voir* » (P5).

Pour les interrogées, une autre solution efficace pour se rassurer vis-à-vis du RCV était la réalisation **d'examens complémentaires spécialisés** : « *C'était la première fois qu'j'allais voir un cardiologue, donc on a fait tous les examens, elle m'a pris en main* » (P8).

2. Difficultés exprimées

Les femmes interrogées ont soulevé de nombreux obstacles à la mise en pratique des changements visant à réduire le RCV.

Les participantes ont souvent évoqué une **vision très négative de ces changements** de mode de vie, « *ça m'déprime* », « *c'est frustrant* » (P3). Ils étaient **associés à la privation** pour la plupart des interrogées.

Ils étaient perçus comme une **contrainte, incompatible avec la notion de plaisir de vie** et de convivialité. « *On est des bons vivants...on aime bien manger, on aime bien recevoir* ». Cette notion de plaisir de vie était forcément associée aux excès dans l'esprit des interrogées : « *On a qu'une envie c'est faire la fête et...faire la fête ben ça va être dans les excès...on va manger plus, on va consommer de l'alcool plus, on va fumer plus* » (P2).

Les mesures préventives étaient parfois **dévalorisées** : « *C'est que de la prévention ?* ». Les participantes doutaient de leur efficacité : « *Est-ce que vraiment ça vaut le coût ?* ». **L'absence de résultats malgré des efforts** venait renforcer ce sentiment : « *J'fais attention mais je suis haute quand même* » (P6).

Le manque de temps en lien avec un rythme de vie familial et professionnel soutenu était avancé : « *On court après le temps* » (P2), « *Tous les midis je mange un sandwich...ou des pains au chocolat dans ma voiture* », « *J'ai pas assez de temps pour rentrer* » (P3).

Le caractère difficilement contrôlable du tabagisme, mais aussi de certaines consommations alimentaires, a été relevé. P6 décrivait sa consommation de soda comme une véritable **addiction** : « *J'crois que j'peux m'passer de beaucoup de choses mais ça...y'en a c'est la cigarette, l'alcool, moi c'est ça, mon coca®* », « *Le plus long que j'ai dû arrêter c'est 15jours* ».

L'absence de volonté de changement a souvent été avancée, « *J'ai pas envie quoi, c'est ça* ».

Le manque de confiance en soi et une mauvaise image d'elles-mêmes freinaient l'instauration de changements : « *On ira à la piscine quand on aura perdu nos kilo* ». Certaines ont exprimées un certain **défaitisme**, jugeant qu'il était trop tard pour changer, ou s'interrogeaient sur les actions à entreprendre : « *J'ai du cholestérol, de la tension, qu'est-ce que je vais faire ?* » (P3).

La complexité des règles hygiéno-diététiques a été soulevée, ainsi que le manque d'idée pour élaborer des repas équilibrés. P6 a notamment évoqué le fait de devoir quantifier précisément la quantité de sucre consommée. Elle trouvait cette approche trop compliquée et s'est rapidement découragée : « *Pour les fruits c'était trois abricots j'me rappelle toujours, mais bon voilà...j'en mange pas qu'trois !* », « *Faut tout calculer* ».

La communication avec le médecin généraliste et les difficultés d'accès aux spécialistes ont parfois été exprimées. Les interrogées regrettaient une fréquence et une durée de consultation réduite, laissant peu de place aux questions de prévention : « *Chez le médecin on n'a pas toujours le temps de poser les questions, on y pense plus* ».

F. Les influences extérieures

1. Le médecin ?

Face à ces difficultés pour entreprendre et pérenniser les changements visant à limiter le RCV, quel rôle les interrogées attribuaient-elles à leur médecin ?

Le médecin généraliste était perçu comme responsable de la **gestion des pathologies aiguës** : « *On vient le voir parce qu'y a un gros rhume* » (P2).

Elles attendaient aussi de leur médecin qu'il ait une démarche clinique exhaustive afin de **détecter des problèmes de santé avant la survenue** d'évènement : « *Si y'a pas d'contrôle de tension et l'reste ben on pourrait peut-être passer à côté d'quelque chose quoi* » (P2).

L'appui du spécialiste était privilégié par les interrogées pour se rassurer davantage vis-à-vis des MCV : « *Si ce n'est le test chez le cardiologue...on n'a pas forcément de réponse...sur les problèmes cardiaques* » (P2).

Le médecin généraliste était décrit comme le coordinateur du suivi. Les interrogées appréciaient sa capacité à les **rassurer** : « *Elle me dit « bon, vous affolez pas* », et son **attitude compréhensive** : « *Elle m'a pas houspillée, elle m'a pas fait de sermon rien du tout* ». Certaines ont évoqué une **attitude répressive et moralisatrice**, dont elles s'amusent : « *J'me fais engueuler* ».

La prévention et l'information n'étaient pas des motifs légitimes de consultation d'après les femmes interrogées : « *On va pas spécialement venir voir le médecin juste pour lui dire ; quels peuvent-être les risques* ».

Les interrogées disaient ne pas avoir reçu, ou demandé, d'informations préventives : « *Je sais pas y m'a jamais parlé de ça* » (P4), « *Je demande rien* » (P3). Elles expliquaient cela par le fait d'être

déjà au courant des risques : « *Y va m'dire t'es un facteur à risque...j'le sais déjà* ». Elles ne pensaient pas à évoquer le sujet ou manquaient de temps en consultation pour le faire.

Certaines ont exprimé un **sentiment ambivalent face au désir d'information** : « *Peut-être que j'veux pas savoir* ».

Quand un discours à caractère préventif était tenu par le médecin, le **message retenu** par les femmes interrogées était **sélectif** « *Y m'avait juste dit de continuer à faire attention au sel quoi, rien de plus que faire attention au sel* » (P4).

Certaines n'avaient **aucune attente envers leur médecin** : « *Je sais pas ce qu'il pourrait faire de plus j'ai pas vraiment l'impression d'avoir besoin d'aide, j'ai même pas du tout l'impression d'avoir besoin d'aide* » (P9). Une des raisons invoquées était l'impossibilité pour le médecin d'agir à leur place en matière de prévention : « *Si c'est une question d'alimentation et d'hygiène de vie tout ça elle peut pas faire pour moi de toute façon* ».

2. Les autres sources d'information

L'entourage était souvent à l'origine d'une prise de conscience et d'une prise en charge, surtout s'il disposait d'une expertise médicale : « *Parce que j'ai une amie qui est infirmière..., c'est elle d'ailleurs qui m'a poussée à aller voir Dr.. pour ça* », « *Mon mari était infirmier avant donc... j'lui fais confiance* ».

Internet était une source d'information appréciée par la plupart des interrogées, pour son accès rapide et facile : « *Avec internet, dès qu'on a un truc, on va voir* ». Cependant, son caractère anxiogène était décrit : « *Quand on va sur internet...on finit zinzin* », et la fiabilité des informations remise en cause : « *Y'a à prendre et à laisser* ».

La presse et la télévision ne semblaient pas constituer des sources d'information privilégiées par les femmes.

Les réactions des participantes au visionnage du clip « Préjugés » ont été assez homogènes.

Elles ont toutes été **surprises** que la femme présente un malaise : « *On n'attend pas ce dénouement-là* ».

L'homme du clip, dans l'esprit des interrogées, était plus à risque de présenter un événement cardio-vasculaire, de par son âge, son surpoids et les symptômes qu'il présentait en dansant : sueurs, essoufflement, « *J'dis l'monsieur il est un peu obèse donc heu...il fait pas mal d'effort, il est en train de suer* », « *La personne...a tous les facteurs à risque* ».

La plupart des interrogées ne s'identifiaient pas à la femme du clip, qui ne correspondait pas au profil de RCV car « *toute jeune* » et « *mince* ». Certaines ont tenté d'expliquer cela par l'existence d'une malformation cardiaque sous-jacente, « *Il y a des bébés qui ont des malformations cardiaques* », ou encore par une dyslipidémie non connue : « *Cette dame a peut-être... du cholestérol aussi, non soigné, je ne sais pas* » (P5).

P9 s'est au contraire identifiée à la femme du clip, qui confortait son idée que même une personne mince peut être dyslipidémique.

Le visionnage du clip a permis aux participantes de s'interroger sur l'idée reçue que les MCV sont forcément associées au surpoids et que les personnes minces ne peuvent être touchées : « *On a des préjugés sur les gens qui ont des problèmes de poids, et elle, elle avait pas de problème de poids* », « *J'pensais aussi que c'était lié aux problèmes de poids, là c'est pas l'cas* ». Elles ont également été surprises d'apprendre que plus de la moitié des décès par MCV concernent des femmes.

Concernant l'intérêt perçu du clip, certaines ont jugé qu'il était utile alors que d'autres ont apprécié l'information mais regretté l'absence de solutions apportées par la vidéo : « *On fait quoi nous après, on va sur le site pour se renseigner ?* » (P2).

IV. Discussion

A. Forces et faiblesses de l'étude

L'objectif principal de notre travail était de comprendre comment les femmes jeunes, percevaient leur santé cardio-vasculaire et les attitudes adoptées face à ce risque.

Les précédentes études évaluant la conscience des femmes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire étaient majoritairement quantitatives et menées auprès de populations américaines. Dans ce travail, nous avons cherché à comprendre le vécu et le comportement des femmes face au risque et aux MCV, plus que leurs connaissances du sujet. L'approche qualitative était plus adaptée pour cela.

L'originalité de l'étude était de s'intéresser à la population particulière des femmes de moins de 60ans, de plus en plus victimes d'évènements cardio-vasculaires. La méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a permis un discours spontané des femmes interrogées, sur leur santé. La thématique cardio-vasculaire n'était révélée aux participantes, ni lors du recrutement, ni en début d'entretien. Nous avons ainsi pu entrevoir la place occupée par cet aspect de leur santé et le degré de perception du risque, selon que les interrogées évoquaient spontanément ou non, leurs facteurs de risque et les MCV.

Critères de sélection

Nous avons choisi, pour le recrutement des participantes, les FDRCV utilisés de manière consensuelle dans les recommandations nationales (2, 22), européennes (3, 23) et américaines (4).

L'American Heart Association (AHA) a publié en 2011 une stratification du risque cardio-vasculaire propre aux femmes, en les considérant à risque très élevé, élevé, ou en situation optimale de santé cardio-vasculaire (26).

Cette classification fait appel, en plus des FDRCV habituels, à des facteurs propres aux femmes tels que les antécédents de prééclampsie, d'HTA gravidique, de diabète gestationnel et certaines pathologies auto-immunes (cf. Tableau B).

Le choix de privilégier les FDRCV usuels, était justifié par la nécessité d'un recrutement rapide et facile en consultation. De plus, il aurait été compliqué de guider vers la thématique cardio-vasculaire, des participantes recrutées uniquement sur un antécédent obstétrical ou une pathologie auto-immune.

Nous avons choisi de ne pas utiliser le critère « tabac » comme facteur principal de recrutement comme a pu le faire L. Mansouri (27). Ce choix a été guidé par le souhait d'obtenir une plus grande variabilité de profils en termes de RCV, malgré une prévalence élevée de tabagisme chez les femmes de moins de 50 ans ayant fait un IDM en 1998 d'après les registres français « MONICA » (28).

Biais principaux

Biais de sélection : La principale limite de l'étude était le manque de variété concernant le lieu de vie et la tranche d'âge 30-40 ans, peu représentée.

Toutes les participantes vivaient dans des communes appartenant à l'aire urbaine de Lorient selon le nouveau zonage établi par l'INSEE en 2010 (29).

Une unité urbaine est une commune présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2 000 habitants. Sinon la commune est dite rurale. Une aire urbaine regroupe une ou plusieurs unités urbaines et les communes rurales sous leur influence.

Cinq participantes vivaient dans des unités urbaines et trois dans des communes dites rurales, mais sous influence d'une unité urbaine. Aucune ne vivait dans une commune isolée hors influence d'une unité urbaine. Cela constitue un biais d'information.

Par ailleurs, la tranche d'âge 30-40 ans était représentée par une seule participante ce qui constitue également un biais. Ceci peut s'expliquer par la plus faible proportion de femmes de cette tranche d'âge présentant des FDRCV.

Plusieurs biais propres à la méthode qualitative sont également apparus.

Des *biais externes*, qui sont inhérents aux conditions de réalisation des entretiens :

- Biais d'intrusion : Durant E2, le médecin traitant de l'interrogée a fait une irruption brève dans la pièce. Souvent la famille était présente générant du bruit pouvant altérer la concentration de l'enquêtrice et de l'interrogée ou biaiser ses réponses. Le conjoint de certaines participantes est parfois brièvement intervenu dans la conversation.
- Biais d'information / mémorisation : A cause d'un problème technique, la fin de E9 n'a pas été enregistrée et certains propos de l'interrogée ont dû être rapportés par mémorisation.

Des *biais internes*, qui sont liés au manque d'expérience de l'enquêtrice et aux possibles réticences des participantes à se confier sur leur santé. Ce dernier biais a été limité par le choix de réaliser des entretiens individuels.

Un biais d'investigation, qui a été limité par un recueil de données réalisé par une seule enquêtrice tout au long de l'étude.

Un biais d'interprétation qui a été limité par le double codage indépendant.

B. Résultats principaux

Freins à l'appropriation des FDRCV

Les participantes se sentaient en bonne santé malgré leurs FDRCV et étaient rassurées par le fait de peu consulter leur médecin. **Cette perception de bonne santé**, décrite également par L. Mansouri (27), semble être un premier frein à la prévention cardio-vasculaire puisque les FDRCV sont souvent asymptomatiques et ne peuvent être dépistés que par le biais d'un suivi régulier.

Ce **caractère asymptomatique des FDRCV** est apparu comme un frein important à leur appropriation par les femmes interrogées, rejoignant l'étude de J. Cazal (30) sur les modes d'appropriation profane du risque cardio-vasculaire ; l'absence de symptôme conduit les patients en prévention primaire à minimiser le risque.

Un autre frein à l'appropriation des FDRCV par les participantes était leur **tendance à hiérarchiser leurs FDRCV**. Les femmes interrogées omettaient parfois d'évoquer un FDRCV comme le tabac ou une dyslipidémie, même traitée. Cette hiérarchisation des FDRCV était également décrite par L. Mansouri (27).

Enfin, un déterminant important dans l'appropriation des FDRCV par les femmes interrogées était la **recherche d'une explication au FDRCV**.

Si certaines s'accommodaient de leur FDRCV sans chercher à en comprendre l'origine, la plupart des participantes ont tenté spontanément de les expliquer.

Cette attitude me semble encourageante, car elle témoigne d'une capacité des femmes interrogées à discuter autour de ce qui influence la survenue des FDRCV.

Cependant nous avons constaté une tendance des interrogées, à **s'approprier facilement les causes non modifiables**, telles qu'une prédisposition familiale, l'hérédité, voire une force supérieure, **au détriment du mode de vie**. Ce résultat est cohérent avec les données de l'étude quantitative américaine de L. Mosca sur les freins à la prévention cardio-vasculaire (17).

L'alimentation déséquilibrée, le surpoids, le stress ou la sédentarité ont bien été évoqués par les participantes mais de manière plus détachée, moins assurée et moins impliquée.

Les femmes interrogées pensaient-elles réellement que l'hérédité a plus d'impact que le mode de vie ? Ou était-ce un moyen de relativiser leur pouvoir d'action et de justifier l'absence de changement ?

Cette **hiérarchisation des causes** était également constatée par J. Cazal (30), qui l'expliquait par le fait que l'idée d'une causalité multiple peut être décourageante pour le patient qui doit alors agir sur plusieurs tableaux.

Il est important d'aider nos patientes à **prendre conscience de l'impact de leur mode de vie sur leurs FDRCV**.

Représentations des MCV

Les **représentations des MCV**, exprimées par les interrogées, étaient **médicalement cohérentes**. Ces représentations réalistes étaient **pourtant insuffisantes à la prise de conscience du RCV**.

Lien entre FDRCV et MCV

Invitées à parler des conséquences futures de leurs FDRCV, les participantes ont évoqué spontanément les MCV. Elles avaient donc **connaissance d'un lien de causalité entre FDRCV et MCV**.

Ce résultat est différent des constatations de JW. Alberran, dans son étude qualitative menée en prévention secondaire (31). Les participantes de son étude, interrogées dans les 24h suivant un IDM, n'établissaient pas le lien entre leurs FDRCV et l'IDM.

Deux participantes de notre étude, avaient un antécédent de prééclampsie ou de diabète gestationnel et ont spontanément établi un lien avec leurs FDRCV actuels.

Elles ont soulevé le lien entre leurs facteurs de risque, leur mode de vie et les MCV mais l'association pilule-tabac n'a été évoquée que par une seule participante, qui prenait une pilule micro-progestative.

Hiérarchisation des MCV

Les femmes interrogées ont évoqué les MCV en des termes précis (AVC, infarctus, thrombose) ou plus vagues, centrés sur le cœur.

Mais, tout comme nous avons observé une tendance des interrogées à hiérarchiser leurs facteurs de risque, nous avons constaté cette même focalisation sur une ou deux maladies cardiovasculaires, l'infarctus étant le plus souvent évoqué. A l'inverse, une seule parmi les 5 participantes tabagiques, a abordé l'AOMI. Ces constatations sont similaires au travail de L. Mansouri (27).

Gravité

Les interrogées percevaient la gravité des MCV et les associaient à la mort, de manière similaire aux travaux de L. Mansouri et de A. Brunet (27,32). Cependant, le caractère facilement soignable des MCV est venu parfois relativiser leur gravité dans l'esprit des interrogées, rejoignant les observations de J. Cazal (30). Ce paradoxe entre la mortalité potentielle des MCV et leur caractère soignable était particulièrement ressenti par les patients en prévention secondaire rencontrés par J. Cazal.

Symptomatologie atypique propre aux femmes

La symptomatologie évoquée était médicalement valide, notamment concernant les signes atypiques digestifs et la dyspnée fréquemment annonciateurs d'IDM chez les femmes.

Paradoxalement, les femmes interrogées éprouvaient des difficultés pour interpréter certains de ces symptômes qu'elles ont confié ressentir. Une fatigue ou un essoufflement quotidien étaient ainsi considérés comme normaux par les interrogées. Les participantes élaboraient une explication telle que le surpoids et ne consultaient pas.

Est-ce parce qu'elles ne percevaient pas le lien éventuel avec leurs FDRCV? Est-ce parce-que leur santé est au second plan face à leur vie professionnelle et familiale ?

Cette **difficulté d'interprétation des symptômes**, révélée dans notre étude en prévention primaire, a également été constatée par JW. Alberran (31). Dans son étude, des femmes hospitalisées pour IDM, expliquaient avoir ressenti une symptomatologie atypique (essoufflement, fatigue, troubles du sommeil ou digestifs, douleurs des membres...) mais l'avaient mise sur le compte du surpoids, du manque d'entraînement, de leur tabagisme ou de l'arthrose et avaient tardé à consulter.

Sur ce point une des participantes de notre étude s'est démarquée. Elle reliait chaque symptôme ressenti à la déstabilisation d'un FDRCV et ajustait son comportement en fonction. Cependant, sa réaction à certains symptômes, comme une gêne thoracique à l'effort, n'était pas parfaitement adaptée. Elle a confié stopper ses activités physiques mais ne consultait pas, alors même qu'elle interprétait ce symptôme comme potentiellement d'origine cardiaque.

Ces difficultés d'interprétation des symptômes participent à une moindre perception du risque et à des comportements moins adaptés face au risque.

Ces constatations renforcent l'idée que **la connaissance théorique du RCV ne suffit pas à la prise de conscience et à l'acceptation du risque**. Cela peut expliquer ce **décalage entre les connaissances théoriques des femmes sur les MCV et les attitudes adoptées en pratique vis-à-vis du RCV**.

Ce constat complique notre rôle préventif en tant que médecin généraliste.

Nous devons insister, auprès de nos patientes à risque cardio-vasculaire, sur la symptomatologie coronarienne atypique propre aux femmes, **les former à être davantage à l'écoute de leurs symptômes et les inviter à consulter**.

Il faut également aller au devant de leurs inquiétudes en les interrogeant sur leur ressenti fonctionnel pour les aider à l'interpréter. Il faut saisir cette opportunité à chaque consultation de suivi car les femmes interrogées consultaient peu leur médecin en dehors des visites de renouvellement d'ordonnance.

Partir de leur ressenti fonctionnel, plutôt que de leurs chiffres objectifs de pression artérielle, de cholestérol ou de glycémie, peut d'ailleurs être un point de départ intéressant **pour discuter des mesures préventives**. Cette piste rejoint les résultats d'une étude de L. Mosca (33) : « se sentir mieux » était la principale motivation des femmes pour entreprendre des actions préventives.

Physiopathologie et épidémiologie

La notion d'athérosclérose, point de départ physiopathologique des MCV, a été exprimée par les femmes interrogées, de manière vulgarisée, en employant le terme « artères bouchées ». Cette notion de lésions artérielles obstructives était également exprimée par les patients schizophrènes (en prévention primaire et secondaire) interrogés par A. Brunet (32) et par ceux rencontrés par L. Mansouri (27).

Les représentations concernant l'épidémiologie des MCV étaient plus hétérogènes. Une participante a mis en avant l'idée que les femmes étaient de plus en plus touchées par les MCV. La plupart avaient à l'esprit qu'hommes et femmes peuvent en être victimes.

Leurs représentations étaient assez cohérentes médicalement mais pour évaluer précisément leur niveau de connaissance, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative, évaluant, par le biais de questionnaires, leurs connaissances du RCV féminin.

Un risque cardio-vasculaire perçu mais relativisé

Les représentations des MCV et le RCV théorique étaient globalement décrits de manière réaliste et concrète par les interrogées. Le lien de causalité entre FDRCV et MCV a été spontanément évoqué par les participantes. Ce résultat est encourageant mais s'est avéré insuffisant à la prise de conscience par les femmes interrogées de leur propre niveau de RCV.

En effet, le **discours** de la plupart des participantes était **détaché à l'évocation des MCV**. Elles parlaient au conditionnel et à la troisième personne, comme pour s'exclure de cette probabilité, rendant compte d'une certaine **résistance à la prise de conscience du risque** cardio-vasculaire.

Pour certaines, **le risque était maîtrisé dès lors que le FDRCV était traité et stabilisé**. Cela rejoint le constat de J. Cazal (30) sur l'efficacité perçue de la prise en charge qui tend à diminuer le degré de perception du risque. Cette confiance dans la prise en charge est propice à l'adhésion thérapeutique mais ne doit pas diminuer le niveau de vigilance de nos patientes.

Les participantes relativisaient également le risque en invoquant leur âge jeune et le caractère lointain du risque. Sur ce point, les données de la littérature divergent (18, 20) mais les derniers travaux de L. Mosca allaient dans le sens d'une plus faible perception du RCV chez les femmes jeunes (33).

Le **risque** était ainsi **renié** par la plupart des participantes de notre étude, invoquant **la fatalité, le caractère imprévisible et inéluctable des MCV**. Ces résultats nuancent ceux de L. Mansouri (27) ; le risque était plutôt assumé et revendiqué par les patients interrogés dans son étude. Ce profil de perception de risque assumé n'est pas apparu dans notre travail.

A l'inverse, le risque était omniprésent dans l'esprit d'une des interrogées mais cette conscience forte du RCV n'était pas non plus un moteur pour instituer les changements nécessaires, bien au contraire.

Toute la **difficulté pour les patients en situation de prévention primaire** est de **percevoir le risque de manière suffisante mais acceptable** : un degré de vigilance suffisant mais sans être inhibé par une conscience du risque omniprésente.

L'une des participantes a exprimé cette **conscience modérée et équilibrée du RCV**, qui lui **permettait d'entreprendre et de maintenir les mesures préventives** visant à limiter son risque de développer des MCV.

Ce dernier profil, bien que représenté par une seule des participantes, a semblé être le plus compatible avec la prévention cardio-vasculaire.

Se pose la question, en tant que médecin généraliste, de **modifier nos stratégies de communication du risque** vis-à-vis de ces femmes jeunes, mais de quelle façon ?

Plusieurs méthodes permettent aux médecins accompagnant les patients à risque, d'estimer leur RCV global ; le score de Framingham qui détermine le risque d'évènement coronarien à 10 ans (34), et le modèle européen SCORE qui détermine le risque d'évènement cardio-vasculaire fatal à 10 ans (24).

Des calculateurs sont disponibles sur internet et facilement utilisables en consultation (35). Cette approche globale, objective, du RCV est désormais privilégiée par rapport à l'approche par FDRCV qui conduit à sur- ou sous- traiter certains patients. Mais ces modèles mathématiques présentent des limites notamment chez les patients jeunes, puisque l'âge a un poids important dans le calcul du RCV. Un faible niveau de risque absolu peut masquer un risque relatif plus élevé. L'utilisation d'une table de risque relatif est plus adaptée pour communiquer leur RCV aux patients jeunes. (cf. Annexe A). Par ailleurs, le diabète n'est pas pris en compte dans le calcul SCORE car les diabétiques sont d'emblée considérés à haut ou très haut risque.

A priori, l'approche purement statistique à l'aide de tables de risque, ne semble pas être à privilégier auprès de ces femmes.

Les participantes se sont toutes appuyées sur **l'expérience de leur entourage victime de MCV**. Cela leur permettait de **se représenter le RCV de manière plus concrète**. C'est ce que J. Cazal (30) nommait les « solidarités familiales ». Mais là encore, deux approches inverses sont apparues dans notre étude. La plupart ont choisi des expériences venant relativiser le risque. Une participante sélectionnait, au contraire, des exemples renforçant sa perception du risque, pour se motiver à poursuivre ses efforts préventifs.

Il convient donc toujours, de **partir des expériences propres à nos patientes pour préciser leurs représentations** des maladies et du risque cardio-vasculaire. Cette approche était la plus marquante dans l'esprit des participantes et doit donc être une piste pour aborder leur propre risque en consultation, à condition de privilégier les expériences venant renforcer leur perception du RCV.

Les freins à l'instauration des changements préventifs

Au-delà des difficultés d'appropriation des FDRCV et de perception du RCV, condition nécessaire à l'instauration des mesures préventives, notre étude a révélé de nombreux obstacles à la mise en pratique de ces changements.

Les participantes ont facilement énuméré les mesures préventives permettant de limiter le RCV : sevrage tabagique, alimentation saine et activité physique. Elles avaient **conscience des actions à entreprendre mais sans exprimer l'intention de les mettre en œuvre**.

Le **manque de volonté de changement** était le frein principal.

Elles adoptaient souvent une **attitude attentiste**, expliquant qu'elles s'inquièteraient quand un évènement cardio-vasculaire les atteindrait personnellement, et **remettaient les changements à plus tard**. Cette inertie était très présente dans le comportement des interrogées face au RCV, à la différence des travaux de L. Mansouri et A. Brunet (27, 32).

Le **manque de confiance en soi** était parfois avancé pour expliquer l'absence de changement.

Un autre obstacle était leur **manque de confiance en l'efficacité de ces mesures, par rapport aux traitements médicamenteux**. Elles ont aussi exprimé une **vision très négative de ces mesures**, perçues comme contraignantes et peu compatibles avec la notion de plaisir de vie et avec leur organisation quotidienne. Cette vision très négative des mesures préventives n'est pas apparue dans les travaux de L. Mansouri et A. Brunet (27, 32).

Le **manque de temps** pour l'élaboration de repas équilibrés et pour pratiquer une activité physique régulière, était un autre frein important avancé par les femmes interrogées. Cette contrainte est facilement compréhensible car cette étude a été menée auprès de femmes jeunes, dont la plupart avaient des enfants encore présents au domicile et toutes étaient en activité professionnelle ou en formation.

Le manque de confiance en soi et le manque de temps étaient les freins les plus fréquemment cités dans les différentes études quantitatives américaines menées par L. Mosca (17, 33). En revanche, le manque d'argent fréquemment cité dans ces mêmes études n'a pas été évoqué dans notre travail.

Il convient de **réaffirmer l'efficacité et le bénéfice des mesures préventives**, au même titre que la thérapeutique, pour contrebalancer les contraintes qu'elles représentent.

Certaines avaient entrepris des changements effectifs, notamment diététiques mais de manière sélective. Leurs efforts portaient soit sur la réduction du sel, soit sur la limitation des produits gras, ou encore sur l'éviction des sucres mais elles n'ont pas exprimé une approche plus globale telle que le régime type « méditerranéen » (36).

La question du sevrage tabagique était abordée avec réticence et souvent éludée par les participantes, rendant compte des mécanismes de dépendance psychique et de culpabilité compliquant notre démarche d'accompagnement du sevrage tabagique.

Le rôle préventif du médecin généraliste à affirmer

Les femmes interrogées ont abordé librement leur santé cardio-vasculaire durant les entretiens, alors même qu'**elles n'avaient pas discuté de cette problématique avec leur médecin généraliste**.

Les raisons étaient partagées : elles ne demandaient pas d'information à leur médecin ou bien celui-ci ne leur en fournissait pas spontanément.

Le **manque de temps en consultation** était une explication avancée par les participantes. Ce résultat converge avec les données des études quantitatives américaines de L. Mosca (19, 33) ; moins de la moitié des femmes interrogées (21 à 38% selon les études) avait déjà discuté du risque et des MCV avec leur médecin.

Dans notre étude, les femmes **n'attendaient pas plus d'information de la part de leur médecin**, expliquant être suffisamment informées sur le risque et les MCV.

L'entourage, surtout celui doté d'une expertise médicale, semblait privilégié pour discuter du risque et des MCV. Dans l'étude qualitative de L. Mansouri (27), le médecin généraliste était la source d'information privilégiée par les patients.

Les interrogées percevaient avant tout leur médecin généraliste comme **responsable de la gestion des pathologies aiguës**. Cette perception est également ressortie, de manière récurrente, du travail d'A. Brunet (32).

Elles ne percevaient pas son rôle préventif, sauf dans sa capacité à prévenir le RCV, par un examen clinique exhaustif visant à détecter un signe d'alerte. Elles préféraient tout de même l'appui du spécialiste et des examens complémentaires.

Elles semblaient peu réceptives aux messages préventifs trop généralistes ou injonctifs et préféraient une attitude rassurante et compréhensive de leur médecin. Elles percevaient les changements préventifs comme des actions strictement personnelles et elles n'attendaient pas d'aide de la part de leur médecin généraliste.

Notre **rôle préventif** de médecin généraliste est donc **loin d'être acquis**, nous devons l'investir davantage.

Les réactions au visionnage du clip préventif « Préjugés » : entre étonnement et questionnements

Ce clip avait pour objectif de lutter contre le préjugé que l'infarctus est réservé aux hommes. **Le message véhiculé** par ce clip **ne semblait pas perçu dans son intégralité** par les femmes interrogées.

Son visionnage a suscité la surprise des interrogées. Elles ont mis en avant le fait que la femme n'avait pas le profil qu'elles considéraient à RCV : surpoids, âge mûr, symptomatologie annonciatrice. Le fait qu'elle soit une femme ne les a pas étonnées. Cette idée que les femmes ne sont pas épargnées par les MCV, était déjà à l'esprit des interrogées avant le visionnage du clip. Cela peut-expliquer qu'elles n'aient pas été surprises.

L'idée que l'on peut paraître en bonne santé et être victime d'une MCV a été exprimée par les interrogées à l'issue du visionnage. Elles ont également été interpellées par le jeune âge de la victime et ont élaboré des explications parfois surprenantes mais plausibles, comme l'hypothèse d'une malformation cardiaque sous-jacente chez la jeune femme du clip.

Même si les femmes n'ont perçu que certaines parties du message véhiculé par ce clip, il a suscité des interrogations et les a fait réagir. Cela constitue une première étape à la perception de leur propre RCV.

C. Pistes d'amélioration en pratique

Plusieurs pistes se dégagent de notre travail pour améliorer la prévention cardio-vasculaire de ces femmes à risque.

Au cabinet : des temps de prévention

Prévoir une **consultation de prévention dédiée**, annuelle par exemple, d'une durée suffisante (30minutes), à l'image de la « consultation annuelle approfondie » prévue pour les patients relevant d'une ALD (37), est une piste intéressante. Les interrogées regrettaient des temps de consultation trop courts leur laissant peu d'opportunité pour discuter de prévention.

L'objectif serait d'aborder le risque et les MCV ainsi que les mesures préventives, en partant de ce que chaque patiente sait et perçoit de ses FDRCV et des MCV. La finalité de cette consultation serait de définir les actions qu'elles souhaitent entreprendre. Il devrait s'agir d'un échange interactif et non d'un discours unidirectionnel.

Selon le degré de perception du RCV et le niveau d'intention de changement, l'objectif serait de travailler à la formation de l'intention ou à la concrétisation de l'intention de changement.

Des **livrets de prévention** avec des messages clefs sur le RCV féminin, comme celui réalisé par la Fondation Cœur et Artères (38), pourraient être délivrés à la patiente à l'issue de cette consultation.

Internet était une source appréciée des interrogées mais elles doutaient de la fiabilité des informations recueillies. Ce vecteur d'informations est intéressant et il convient d'accompagner nos patientes dans leurs recherches. Par exemple, le site de la Fédération Française de Cardiologie (39), propose aux patients de s'informer sur les MCV et de se former à la prévention cardio-vasculaire. Il véhicule également des messages préventifs ciblés sur le RCV féminin et constitue ainsi un outil de communication intéressant.

A l'échelon local : des parcours de soins ciblés

Développer des parcours de soins spécifiques aux femmes à risque cardio-vasculaire, tels que celui mis en place à Lille en janvier 2013, à l'initiative du Pr Mounier-Vehier, semble pertinent.

Ce parcours « cœur, artères et femmes » (cf. Annexe D), vise les femmes à RCV élevé à très élevé, selon la stratification de l'AHA (cf. Tableau B). Ses objectifs sont l'optimisation du parcours de soins de ces femmes à risque, une meilleure coordination entre cardiologues, gynécologues et généralistes, l'amélioration des connaissances des femmes et la formation des professionnels de santé.

Ces parcours ciblés permettent aux femmes de rencontrer différents intervenants de santé, dont le discours est spécifiquement orienté vers la prévention du RCV.

Des travaux de recherches sur les connaissances et la prise en charge du RCV féminin, par les médecins du travail et les généralistes, ont été menés parallèlement à ce projet lillois (13,40). Il serait intéressant d'étudier les perceptions et comportements de ces femmes, à l'issue de ce parcours de soins, vis-à-vis de leur RCV.

A l'échelon national : médiatiser et informer davantage

Les campagnes de prévention cardio-vasculaire ciblant les femmes commencent à apparaître dans les médias.

Le clip « Préjugés » (25) a été diffusé à la télévision, à l'initiative de la Fédération Française de Cardiologie (FFC), en décembre 2015, mais aucune des participantes ne l'avait déjà visionné.

Plus récemment, la campagne « Un casting pas comme les autres » mettait en scène des actrices en difficulté pour jouer le rôle d'une femme victime d'infarctus (41).

Ce mode de communication ciblé sur le RCV féminin, encore discret, est pourtant un outil intéressant, particulièrement auprès d'une population jeune.

Multiplier et élargir la diffusion de clips préventifs via internet et la télévision est une piste à développer, **en insistant** par exemple **sur l'absence de fatalité et sur le fait qu'elles peuvent agir par des mesures simples** au quotidien.

Des opérations nationales de prévention-santé telles que les « parcours du cœur », organisés par la FFC au sein des entreprises, des écoles ou à destination des familles, pourraient également cibler la population féminine (42).

V. Conclusion

Dans ce travail, les femmes jeunes à RCV ont une vision globalement pertinente des MCV, mais relativisent leur propre niveau de risque ou invoquent la fatalité, retardant ainsi la mise en œuvre des changements préventifs. Elles ont exprimé une confiance dans la prise en charge thérapeutique de leurs FDRCV au détriment des mesures d'hygiène de vie, perçues négativement.

L'entourage était le vecteur principal de leurs représentations et une source privilégiée d'information. En revanche, elles n'ont pas mis en avant le rôle de prévention et d'éducation en santé, du médecin généraliste.

La communication sur le RCV féminin peut donc être améliorée, à l'échelon national par le développement des campagnes de prévention ciblées, à l'échelon local en proposant des parcours de soins spécifiques aux femmes, et au cabinet des médecins généralistes en renforçant la place des mesures hygiéno-diététiques dans l'accompagnement de ces patientes.

Partir de leur ressenti fonctionnel pour promouvoir les actions préventives à entreprendre, plutôt que de leur RCV global, perçu comme potentiel et lointain, est une piste intéressante chez ces femmes jeunes.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : FRAISSEIX Tiphaine

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire : étude qualitative auprès de femmes du bassin lorientais, en prévention primaire

Rennes, le

30/03/2017.

Docteur Gilles TAPIN
GÉNÉRALISTE
35 10 52 42 8
35590 L'HERMITAGE
D^r G. TAPIN

Le Directeur de thèse

Rennes, le 30 mars 2017

Professeur O. DECAUX
Service de Médecine Interne
CHU Rennes - Hôpital Sua
Tél. : 02 99 26 71 28 - Fax : 02 99 26 71

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

- 3 AVR. 2017

Le Président de l'Université
de Rennes1



D. ALIS

VI. Bibliographie

1. Causes de décès selon le sexe en 2014 | Insee [Internet]. [cité 7 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#tableau-Donnes>
2. ANAES. Service évaluation en santé publique. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global .Juin 2004. 103 f.
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 1 août 2016;37(29):2315-81.
4. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 1 janv 2013;01.cir.0000437741.48606.98.
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. INTERHEART study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004 ;364:937-5.
6. Gabet A , Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme: évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France 2002-2013. [cité 6 oct 2016]; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/pdf/2016_7-8_1.pdf
7. Mulazzi I, Amar J, Cambou J-P, Hanania G, Blanchard D, Gueret P, et al. Article original: Qui n'a pas recours au 15 pour un infarctus du myocarde ? *J Eur Urgences* [Internet]. 1 janv 2005 [cité 11 juin 2015]; 18(2). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0993985705824720&site=>
8. Simon T, Puymirat E, Lucke V, Bouabdallaoui N, Lognoné T, Aissaoui N, et al. L'infarctus du myocarde chez la femme. Caractéristiques spécifiques, prise en charge et pronostic. Données de FAST-MI 2010. *Ann Cardiol Angéologie*. août 2013;62(4):221-6.
9. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, Pelletier R, Tsadok MA, et al. Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients. *JAMA Intern Med*. 11 nov 2013;173(20):1863-71.
10. Mounier-Vehier C, Simon T, Guedj-Meynier D, Ferrini M, Ghannad E, Hubermann J-P, et al. Gender-related differences in the management of hypertension by cardiologists: The PARITE study. *Arch Cardiovasc Dis*. mai 2012;105(5):271-80.eds-live
11. Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(5):84-94. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
12. Sigvant B, Wiberg-Hedman K, Bergqvist D, Rolandsson O, Andersson B, Persson E, et al. A population-based study of peripheral arterial disease prevalence with special focus on critical limb ischemia and sex differences. *J Vasc Surg*. 1 juin 2007;45(6):1185-91.
13. Caron J. Evaluation de la connaissance du risque cardiovasculaire spécifique à la femme en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
14. Passebon A, Kerbellec-Even M-C. Etat des connaissances des femmes sur la ménopause et le rôle du médecin généraliste dans leur information. [Texte imprimé] : étude transversale descriptive auprès de femmes de plus de 45 ans de la région lorientaise. [S.l.] : [s.n.], 2014.; 2014.

15. Maladies cardiovasculaires : les femmes aussi [Internet]. Allo docteurs. [cité 5 août 2015]. Disponible sur: http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-maladies-cardiovasculaires-les-femmes-aussi_1385.html
16. Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité chez les femmes - France Inter [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.franceinter.fr/depeche-les-maladies-cardiovasculaires-premiere-cause-de-mortalite-chez-les-femmes>
17. Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, et al. National Study of Women's Awareness, Preventive Action, and Barriers to Cardiovascular Health. *Circulation*. 31 janv 2006;113(4):525-34.
18. Mosca L, Jones WK, King KB, Ouyang P, Redberg RF, Hill MN, et al. Awareness, Perception, and Knowledge of Heart Disease Risk and Prevention Among Women in the United States. *Arch Fam Med*. 6 janv 2000;9(6):506.
19. Mosca L, Ferris A, Fabunmi R, Robertson RM. Tracking Women's Awareness of Heart Disease An American Heart Association National Study. *Circulation*. 2 oct 2004;109(5):573-9.
20. Biswas MS, Calhoun PS, Bosworth HB, Bastian LA. Are women worrying about heart disease? *Womens Health Issues*. 2002;12(4):204–211.
21. Erbllich J, Bovbjerg DH, Norman C, Valdimarsdottir HB, Montgomery GH. It Won't Happen to Me: Lower Perception of Heart Disease Risk among Women with Family Histories of Breast Cancer. *Prev Med*. déc 2000;31(6):714-21.
22. Amar J, Benetos A, Blacher J, Bobrie G, Chamontin B, Girerd X, et al. Mesures de la pression artérielle: Recommandations de la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA). *Médecine des maladies Métaboliques*. 2012;6(4):347–349.
23. Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen M-R, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 1 juill 2011;32(14):1769-818.
24. Conroy R. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*. juin 2003;24(11):987-1003.
25. Fédération Française de Cardiologie. Préjugés – Une réalisation signée Maiwenn [Internet]. 2015 [cité 6 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=8gZt0qRurXU>
26. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update. *Circulation*. 22 mars 2011;123(11):1243-62.
27. Mansouri L. Connaissances et perception de la notion de facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
28. Marques-Vidal P, Cambou JP, Ferrières J, Thomas D, Grenier O, Cantet C, et al. Distribution et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires chez des patients coronariens: étude PREVENIR. *Arch Mal Coeur*. 2001;94:673-80.
29. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 | Insee [Internet]. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191>
30. Cazal J. Prévenir la maladie cardiovasculaire : socio-éthnologie du risque et de l'incitation sanitaire [Internet] [phd]. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <http://thesesups.ups-tlse.fr/1727/>
31. Albarran JW, Clarke BA, Crawford J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 1 juill 2007;16(7):1292-301.

32. Brunet A, Robert C, Canévet J-P. Perception du risque cardiovasculaire chez le patient schizophrène: une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des patients. [Thèse d'exercice]. [France] ; Université de Nantes. Faculté de médecine; 2016.
33. Mosca L, Hammond G, Mochari-Greenberger H, Towfighi A, Albert MA. Fifteen-Year Trends in Awareness of Heart Disease in Women. *Circulation*. 19 mars 2013;127(11):1254-63.
34. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care The Framingham Heart Study.
35. Calcul de risque cardio-vasculaire [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: <http://cardiorisk.fr/index.php?p=cardio&tsk=add>
36. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *New England Journal of Medicine*. 4 avr 2013;368(14):1279-90.
37. ameli.fr - Connaissez-vous la lettre-clé « CA » ? [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-loire-atlantique/en-ce-moment/connaissez-vous-la-lettre-cle-ca_loire-atlantique.php
38. Opération Femmes de Coeur « Prévention des maladies cardio-vasculaires, recherche et santé – Fondation Coeur et Artères [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.fondacoecur.com/focus-femmes-de-coeur>
39. Accueil | Fédération Française de Cardiologie [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/>
40. Cambier-Langrand E. Evaluation du risque cardiovasculaire de la femme par les médecins du travail du Nord-Pas-de-Calais: dans le cadre du projet régional « Coeur, artères et femmes » [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
41. Fédération Française de Cardiologie. Un casting pas comme les autres [Internet]. 2016 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=w9Mg7Qbg3kl>
42. Organisez un Parcours du Cœur en2017 [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/prevention-sante-organisez-un-parcours-du-coeur-en-2017>

VII. Tableaux

A. Tableau A : Caractéristiques des participantes et durées d'entretien

Nom	Age	Vie familiale	Lieu de vie	Profession Niveau d'étude	FDRCV et niveau de RCV selon SCORE	Statut hormonal Contraception	Antécédents obstétricaux particuliers	Durée entretien (min)
P2	43	Mariée 2 enfants	Unité urbaine	Assistante familiale BTS	Tabagisme Hérédité coronarienne (mère 57ans) <i>Bas risque (0%)</i>	Non ménopausée Aucune contraception	0	30
P3	51	Mariée 1 enfant	Unité urbaine	Auxiliaire de vie CAP	Tabagisme HTA traitée Dyslipidémie traitée <i>Risque modéré (1%)</i>	Pilule micro-progestative	0	27
P4	38	Mariée 2 enfants	Commune rurale	Secrétaire de direction BTS	HTA traitée <i>Bas risque (0%)</i>	Pilule oestro-progestative	0	19
P5	54	Mariée 3 enfants	Unité urbaine	Opératrice agro-alimentaire CAP	Tabagisme HTA traitée <i>Bas risque (0%)</i>	Ménopausée	0	28
P6	49	Divorcée 3enfants	Commune rurale	Auxiliaire de vie Ancienne chauffeur routier CAP	Diabète type 2 Dyslipidémie traitée <i>Très haut risque</i>	Implant progestatif	0	24
P7	49	Mariée 1 enfant	Unité urbaine	Secrétaire BTS	Tabagisme HTA (bithérapie) <i>Bas risque (0%)</i>	Pilule micro-progestative	Pré-éclampsie	29
P8	53	Mariée 5enfants	Commune rurale	Assistante maternelle Brevet des collègues	Diabète type 2 HTA (bithérapie) Dyslipidémie traitée Hérédité coronarienne (père 40ans) <i>Très haut risque</i>	Ménopausée (hystérectomie/ovariectomie)	Diabète gestationnel	43
P9	51	Mariée 2enfants	Unité urbaine	Recherche d'emploi (monitrice auto-école)	Tabagisme Dyslipidémie traitée <i>Risque modéré (1%)</i>	DIU hormonal	0	26

B. Tableau B : Stratification du RCV féminin selon l'American Heart Association 2011

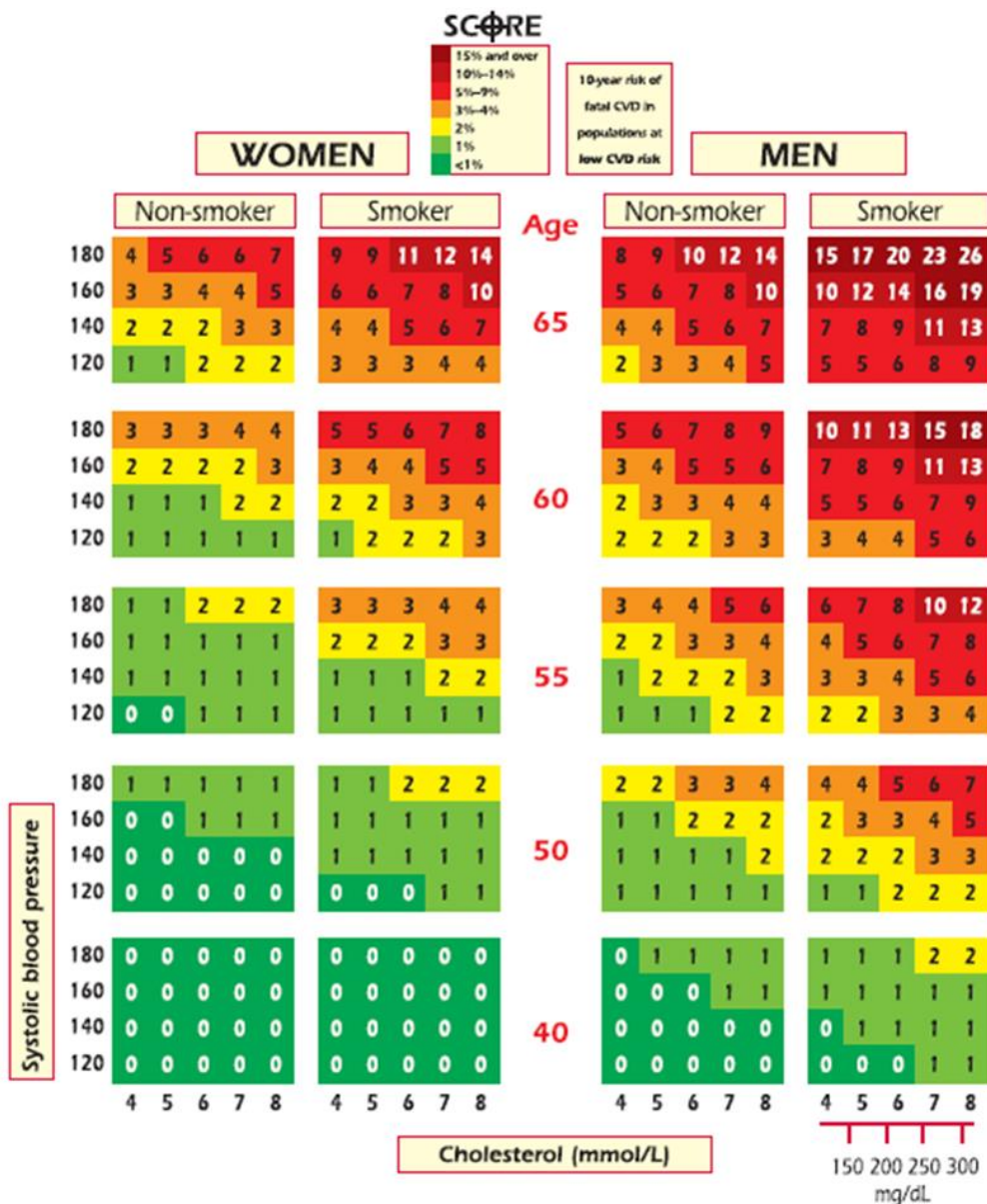
Niveau de risque à 10 ans	Critères cliniques
Risque très élevé (≥ 1 situation clinique à risque)	Maladie cardio-cérébro-vasculaire Insuffisance rénale chronique ou terminale Anévrisme aortique abdominal Diabète Score de risque à 10 ans ≥10% (Framingham)
Risque élevé (≥ 1 FDRCV majeur)	PAS≥120mmHg ; PAD≥80mmHg ou HTA traitée Tabagisme Diététique inappropriée Sédentarité Obésité centrale * Cholestérol total>2g/l ; HDL<0.5g/l ou dyslipidémie traitée Antécédents familiaux au premier degré d'accidents CV précoces : <55ans (H), <65ans (F) Syndrome métabolique Atteinte vasculaire infra-clinique (calcifications coronaires, athérome carotidien, EIM augmentée **) Mauvaise adaptation CV à l'effort et/ou anomalie de récupération de la FC à l'arrêt de l'effort Maladie systémique auto-immune (ex : Lupus, Polyarthrite rhumatoïde) Antécédent de pré-éclampsie, HTA gravidique, diabète gestationnel
Situation optimale de santé cardiovasculaire (tous les critères)	Cholestérol total<2g/l (sans traitement) PA < 120/80mmHg (sans traitement) Glycémie à jeun < 1g/L (sans traitement) Absence de tabagisme Activité physique : > 150min/ semaine d'activité physique modérée ou >75min/semaine d'activité physique intense Alimentation saine

* Taille/tour de hanche (cm) ≥ 0.85 ** Epaisseur intima-média PAS : Pression artérielle systolique ; PAD : Pression artérielle diastolique ; CV : cardio-vasculaire.

D'après Mosca L. et al. Circulation 2011 ; 123(11) :1243-62

VIII. Annexes

A. Annexe A : Estimation du RCV global selon SCORE



Evaluation du risque absolu d'évènement cardio-vasculaire fatal à 10ans : calcul du SCORE pour une population européenne à faible RCV, en prévention primaire, en dehors du diabète ou de l'insuffisance rénale chronique.

SCORE : Sytematic cononary risk estimation

D'après Conroy RM. et al. European Heart Journal 2003; 24(11):987-1003.

Risque relatif : par rapport à un sujet du même âge avec pression artérielle et cholestérol normaux (en bas à gauche de la grille)

Systolic blood pressure (mmHg)	Non-smoker					Smoker				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Cholesterol (mmol/L)

Niveau de risque selon SCORE

Très haut risque	<p>Patients en prévention secondaire</p> <p>Un diabète avec une atteinte des organes cibles tels qu'une protéinurie ou avec un autre FDRCV majeur tel que le tabagisme, une hypercholestérolémie marquée ou une hypertension marquée</p> <p>Une IRC sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m²).</p> <p>Un SCORE calculé > 10%.</p>
Haut risque	<p>Une élévation marquée d'un seul facteur de risque tel qu'une dyslipidémie familiale ou une hypertension sévère</p> <p>Diabète sans autre FDRCV ni atteinte d'organe cible</p> <p>Une IRC modérée (DFG 30-60 mL/min/1,73m²)</p> <p>Un SCORE calculé ≥ 5% et < 10%</p>
Risque modéré	Un SCORE ≥ 1% et 5%
Bas risque	Un SCORE < 1%

D'après Piepoli MF. et al. European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381

B. Annexe B : Guide d'entretien

Introduction à l'entretien

« Bonjour, tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Je m'appelle Tiphaine et, dans le cadre de mon travail de fin d'étude je m'intéresse à la santé des femmes. Bien sûr toutes les données que je vais recueillir seront anonymes. Si vous le permettez j'aimerais enregistrer l'entretien »

Questions

1/ Pouvez-vous me parler de votre santé ?

2/ Pouvez-vous me parler de vos problèmes de santé actuels ?

- Qu'est-ce que ça a changé dans votre quotidien ?
- Quelles conséquences ces problèmes ont sur votre santé ?
- Quelles conséquences ces problèmes pourraient avoir sur votre santé ?

3/ Si je vous dis « *maladies cardio-vasculaires* » qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

- Symptômes, populations touchées, conséquences....

4/ D'après vous, quels changements pourraient vous permettre d'éviter de développer ces maladies ?

5/ Et vous, quels changements avez-vous entrepris ? Quelles difficultés avez-vous pour mettre en œuvre ces changements ?

6/ Que vous dit votre médecin à ce sujet ? Comment, votre médecin pourrait-il vous aider ?

7/ Pour finir je vais vous montrer un clip. Qu'est-ce que cela vous évoque ?

8/ Que voulez-vous ajouter ?

Données démographiques

Age

Lieu d'habitation

Profession et niveau d'étude

Statut marital

Nombre d'enfants et déroulement des grossesses (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel...)

Statut hormonal : ménopause et THS* éventuel

Mode de contraception actuel si non ménopausée

Facteurs de risque cardio-vasculaires et traitements

Merci pour votre participation !

* THS : Traitement Hormonal Substitutif

C. Annexe C : Formulaire de consentement

Je soussignée, née le.....
accepte de participer à une étude pour évaluer la façon dont je perçois ma santé. L'objectif de cette étude m'a bien été expliqué. Je sais que je peux à tout moment et sans donner d'explication ne plus participer à cette étude.

J'accepte l'enregistrement audio de cet entretien et ai été informée que les résultats qui en seront issus resteront anonymes.

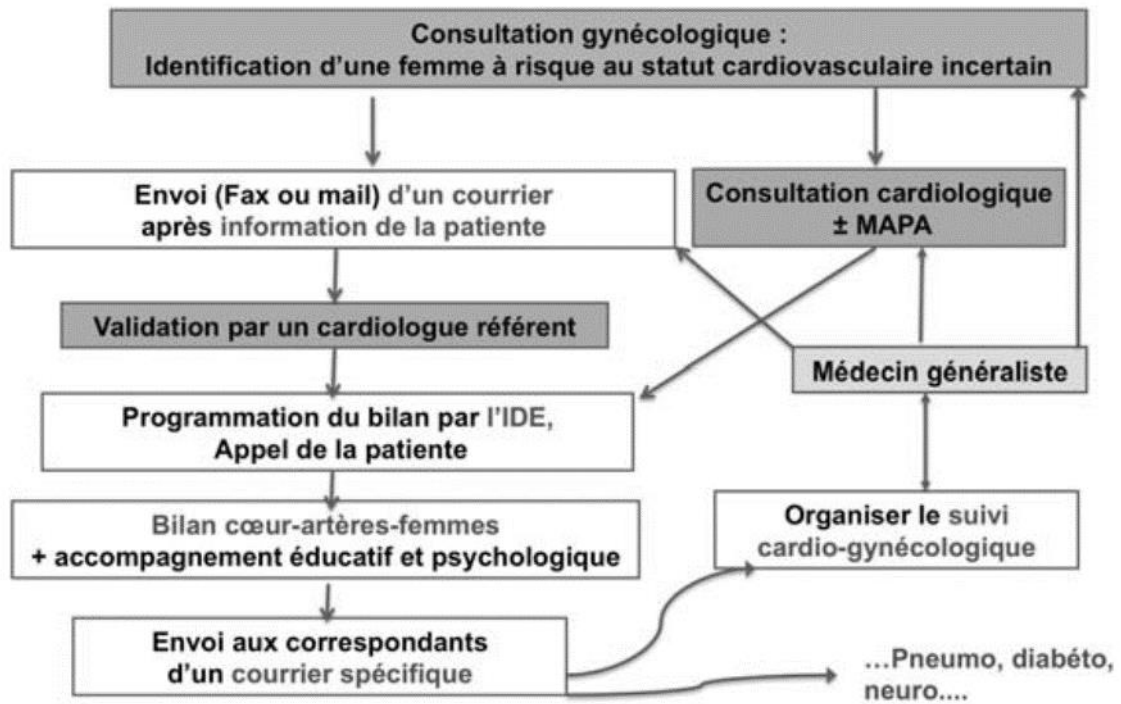
Je déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour donner mon accord.

Dans l'hypothèse où je déciderais de ne plus participer à l'étude, je souhaite que les documents écrits et audio me concernant soient détruits.

- Oui
- Non

Signature

D. Annexe D : Parcours cœur-artères-femmes au CHU de Lille



D'après Mounier-Vehier C, et al. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. juin 2014;63(3):192-6.

IX. Liste des abréviations

AHA : American Heart Association

ALD : Affection longue durée

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AVC : Accident vasculaire cérébral

DFG : Débit de filtration glomérulaire

DIU : Dispositif intra-utérin

FDRCV : Facteur de risque cardio-vasculaire

HDL : High density lipoprotein

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRC : Insuffisance rénale chronique

LDL : Low density lipoprotein

MCV : Maladies cardio-vasculaires

PA : Pression artérielle

RCV : Risque cardio-vasculaire

THS : Traitement hormonal substitutif

FRAISSEIX Tiphaine. Perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire : étude qualitative auprès de femmes du bassin lorientais, en prévention primaire

55 feuilles, 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017 ; N° .

RésuméContexte :

Les femmes, même avant 60 ans, ne sont plus épargnées par les maladies cardio-vasculaires (MCV). Les spécificités du risque cardio-vasculaire (RCV) féminin sont de plus en plus étudiées, mais qu'en pensent les femmes elles-mêmes ? L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions et attitudes des femmes jeunes vis-à-vis du risque cardio-vasculaire.

Méthode :

Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée, de mars à octobre 2016, auprès de femmes de moins de 60ans, à risque cardio-vasculaire, en prévention primaire. Une analyse thématique manuelle avec double codage a été réalisée.

Résultats :

Huit entretiens ont été analysés. Les femmes interrogées éprouvaient des difficultés à s'approprier leurs facteurs de risque cardio-vasculaire (FDRCV), perçus comme, asymptomatiques, chroniques, stabilisés, et peu modifiables. Leurs représentations des MCV étaient pertinentes mais le RCV était relativisé par la plupart des interrogées, invoquant son caractère potentiel et lointain. Elles avaient conscience des mesures préventives à entreprendre pour limiter leur RCV mais de nombreux obstacles empêchaient leur mise en œuvre. Elles ont mis en doute l'efficacité des actions préventives, perçues comme complexes, contraignantes, et peu compatibles avec leur rythme de vie familial et professionnel. L'entourage était une source privilégiée d'information et vecteur de leurs représentations des MCV. Le médecin généraliste était perçu comme coordinateur du suivi. Elles appréciaient son attitude compréhensive et sa capacité à les rassurer. En revanche, il n'était pas une source d'information et elles ne percevaient pas toujours son rôle préventif.

Conclusion :

Ces femmes jeunes, à RCV, ont une vision médicalement cohérente des MCV mais relativisent leur propre risque, retardant ainsi la mise en œuvre des changements préventifs. Nous devons améliorer nos stratégies de communication du RCV vis-à-vis de ces femmes ; réaffirmer l'impact du mode de vie sur leurs FDRCV, leur accorder des temps de prévention dédiés et développer des campagnes d'informations ciblées.

Rubrique de classement :

MEDECINE GENERALE

Mots-clés :

Maladies cardio-vasculaires, facteurs de risque, perception, femmes, prévention primaire, recherche qualitative

Mots-clés anglais MeSH :

Cardiovascular diseases, risk factors, perception, women, primary prevention, qualitative research

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur DECAUX Olivier

Assesseurs :

Monsieur le Docteur TAPIN Gilles [directeur de thèse]
 Madame le Professeur TATTEVIN-FABLET Françoise
 Monsieur le Docteur CAUBET Alain
 Madame le Docteur DOURMAP Caroline