



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNEE 2018 N° 105**

**Perception des facteurs de risque cardio-vasculaire  
chez les femmes ménopausées.  
(Étude qualitative)**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement **le 24 mai 2018**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Clémence Cochet**

**Née le 27 janvier 1987**

**Sous la direction du Dr Fanny Casanova**

**ANNEE 2018 N° 105**

**Perception des facteurs de risque cardio-vasculaire  
chez les femmes ménopausées.  
(Étude qualitative)**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement **le 24 mai 2018**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Clémence Cochet**

**Née le 27 janvier 1987**

**Sous la direction du Dr Fanny Casanova**

## **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<b><u>Secteur Santé</u></b>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<b><u>Secteur Sciences et Technologie</u></b>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière Roy	Olivier Pascal	Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rymlin Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vallée Vanhems Vukusic	Philippe Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Bernard Philippe Sandra	Neurologie Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Anatomie Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader Aubrun Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Cotton Crouzet Dargaud David Di Rocco Dubernard Ducray Dumortier Fanton Fellahi Ferry Fourmeret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Raverot  Ray-Coquard	Florence Frédéric Loïc Alain Roland Barbara Gautier François Sébastien Yesim Jean-Stéphane Federico Gil François Jérôme Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Philippe Antoine Olivier Serge Noël Jean-Christian Gilles Gérald  Isabelle	Maladies infectieuses ; maladies tropicales Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Radiologie et imagerie médicale Urologie Hématologie ; transfusion Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Neurologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale Cancérologie ; radiothérapie
--	---	--

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Lainé	Xavier
-------	--------

### **Professeurs émérites**

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

### Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

# COMPOSITION DU JURY

## Président :

Monsieur le Professeur MOREAU Alain

## Membres :

Monsieur le Professeur GUEYFFIER François

Monsieur le Professeur MICHEL Philippe

Madame le Docteur FIGON Sophie

Madame le Docteur CASANOVA Fanny

# REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

A mon président de jury, monsieur le professeur Alain Moreau :

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Je vous remercie également pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos bons conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

A monsieur le professeur François Gueyffier :

Merci d'avoir accepté de juger mon travail en acceptant de faire partie de mon jury. Merci également pour vos judicieuses remarques lors de notre entrevue. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A monsieur le professeur Philippe Michel :

Merci de faire partie de mon jury et merci pour vos conseils lors de notre entretien qui m'ont permis d'avancer plus dans mes réflexions. Veuillez accepter ma reconnaissance et mon respect.

A madame le docteur Sophie Figon :

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Votre présence me semblait indispensable suite à notre rencontre au cours de mon stage de PFEA. Merci d'avoir apporté un nouveau regard sur la pratique de la médecine générale, à un moment où je n'arrivais plus à voir. Je vous prie d'accepter mon respect et mon estime.

A madame le docteur Fanny Casanova :

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ton écoute et ton soutien. Sans cela, ce travail n'aurait pu aboutir. Alors encore merci et sois assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## **A ma famille :**

### **A mes deux amours, et mes deux boules de poils :**

#### **Lambert**

Même dans mes rêves de petite fille, je n'aurais pu espérer être autant comblée par mon mari. Nous avons commencé notre histoire en tant qu'amis, pour nous rendre compte que nous avions trouvé notre âme sœur... Ami, confident, amant, tu es tous ces rôles à la fois. Merci pour ton soutien, malgré mes sautes d'humeur nombreuses durant ce travail. Je ne suis pas très expressive, mais aujourd'hui je tiens à te dire que tu es mon tout, ma vie, et je suis fière de pouvoir dire que tu es ma famille. Je t'aime.

#### **Hector**

Mon petit miracle... Depuis le moment où j'ai appris ton existence, je t'aime de tout mon être. Je n'aurais pu imaginer pouvoir créer avec ton papa un petit être aussi parfait. Chaque jour à tes côtés n'est que bonheur. Merci d'être mon fils, je t'aime à jamais.

#### **Jum et Angie**

Merci pour vos ronrons, vos câlins au cours de mes heures de rédaction.

## **A mes tellement proches :**

#### **Maman**

Ça y est, on peut vraiment dire que mes études sont terminées ! Merci d'être présente dans les moments où les choses sont difficiles, merci d'être tout simplement ma maman. J'espère te rendre fière chaque jour. Je t'aime.

#### **Papa**

On n'est pas de grands parleurs, mais je profite quand même de ma thèse pour te dire que je t'aime et que je suis fière de t'avoir comme papa.

#### **Caroline**

Ma grande sœur, nos relations n'ont pas toujours été au beau fixe, la cohabitation n'était pas simple ! Cependant il faut noter qu'aujourd'hui nous partageons un lien fort qui me ravit, et j'adore toujours autant rire avec tes joues toutes rouges, en revanche je n'aime toujours pas faire du shopping avec toi !! Et histoire de, comme ça ce sera noté noir sur blanc, fonce, dis merde, et sois fière de toi ! Je t'aime fort ma Caro.

## **Marjorie**

Même si tu n'es pas là en ce jour particulier, sache que tu étais tout de même dans mon cœur. Merci pour tous nos bons moments partagés, même si à cause de toi j'ai fini pas mal de repas dans les toilettes ! On se rappellera nos réunions du soir où j'essayais d'apprendre à faire semblant d'être somnambule pour éviter de se faire engueuler par les parents ! Bref... Je t'aime.

## **Mon beau'f Doudou**

Merci d'être un père et un mari aimant. Ravie de te compter dans ma famille.

## **Mes neveux et nièces**

Martin, Thomas, Constance, Héloïse, Clément. Vous êtes des amours, et je suis fière d'être votre tante. Spéciale dédicace à mon petit Thom-Thom, le roi des cuisiniers et fan incontesté d'Harry Potter !

## **Pépé**

Voilà mon pépé, la fameuse thèse dont on parlait est achevée. Merci d'être un grand père présent, qui m'a fait découvrir les différents recoins de Paris à la fois par tes récits mais aussi par nos ballades.

## **Mamie**

Merci d'avoir été une mamie présente dans mes jeunes années, d'être un fin gourmet avec ton jambon à la crème, et te souhaite de continuer à être forte et insubmersible.

## **Ma marraine Françoise et Pierre :**

Je vous remercie d'être présents tous les deux, et je tenais à vous remercier de tous ces bons moments passés ensemble, Noël, Corse, Plongée. Encore merci Pierre de m'avoir fait découvrir ces fonds marins, et le fameux saumon de Noël. Merci Françoise pour ta présence et ta bonne humeur.

## **A ma belle-famille :**

### **Marie-Pierre et Emilio, Gérald et Hélène**

Merci de votre gentillesse et de votre accueil au sein de votre famille. Chacun à votre façon vous m'apportez beaucoup, et suis toujours ravie de passer des moments à vos côtés.

### **Eva, Gilles, Raphael et Ariane**

Merci de tous ces bons moments passés ensemble. Que ce soit à la mode Suisse, ou bien par la pensée au bout du monde. Vous êtes des supers beau'fs, belle-sœur et belle nièce.

## **Aux disparus :**

Je garde toujours une pensée pour **Mamie Roux, Mamie de Dordogne, Pépé Roux**. Vous resterez toujours à mes côtés.

## **A mes amis :**

### **Du lycée :**

#### **Anne**

C'est au cours de Latin que nous nous sommes rencontrées, voisines au départ, et grandes amies maintenant. Même si la distance ne nous permet pas de nous voir souvent, tu restes une amie fidèle. Merci

### **De l'externat :**

#### **Ombeline et Edouard**

Je me rappelle notre discussion sur un banc où nous disions que plus tard nous aurions notre cabinet et qu'on serait sur un banc, identique, en train de surveiller nos petits loups... Je crois que nous nous approchons à grand pas de ce fameux banc ! Merci d'être mon amie, même si ça gueule, je te kiffe ! Et bisous pour Edouard, toi qui sais toujours mettre le feu sur la piste de danse malgré tes goûts douteux !

#### **Arnaud**

T'es chiant ! et c'est pour ça que je t'adore et que je suis fière que mon fils t'ait pour parrain. Merci pour mon entraînement cardio au fil de nos retours de soirées, je suis grâce à toi et Lambert une marathoniennne prête à gravir des montagnes, ne l'oublions pas je suis une pro ! Tu as toujours été présent dans les moments difficiles. Merci d'être mon ami tout simplement.

#### **Charlotte**

Nous nous sommes rencontrées au cours d'un gala, et depuis nous avons créé une vraie amitié. Toujours aussi contente de te retrouver au cours de nos différents week-end, et espère rapidement pouvoir te rendre visite dans ton chez toi avec Ceti ! Et puis n'oublions pas, au détour de la rivière !!!

#### **Gaspard**

Merci d'être un ami présent, toujours partant pour se voir, organiser des week-ends, malgré le fait que je sois une râleuse ! 10 ans d'amitié il me semble, et partante pour en rajouter, d'autant plus que j'attends toujours la démonstration de Lindy.

#### **JB**

Nous avons fait connaissance sur un apprentissage de rock et depuis il me semble que tu gères très bien les différents pas. Ravie que ta vie s'apaise, et souhaite la bienvenue à la nouvelle recrue Hélène.

## **Marine P**

Notre rencontre s'est faite sur les bancs de la fac, puis s'est enchaîné la place des grands hommes, les envole moi et la fameuse, la vie ne m'apprend rien. Même si nos retrouvailles se font plus rares, sache que j'ai toujours plaisir à les partager.

## **De casino :**

### **Floriane, Cécilia, Sophie**

L'équipe de Casino en force, même si au départ tout avait mal commencé entre des pestes qui râlent à la caisse et font les langues de ..., les voisines qui disent pas bonjour... pour finalement partager des supers moments apéros. Vous êtes au top les filles !

## **De l'internat & co :**

### **Marine L :**

Rencontrée à Annemasse, et depuis toujours aussi ravie de te compter parmi mes amis. Notre année d'internat, puis ensuite nos débuts en tant que jeunes médecins nous a fait partager de grands moments... Drôles, déroutants, sportifs, tristes, émouvants, arrosés, calmes ... Je ne pourrais pas tous les citer mais ils resteront dans ma mémoire pour toujours. Sois toi-même, et j'espère te garder à mes côtés très longtemps, surtout que j'en connais un qui attend son tipi !

### **Cyril :**

Le poissard ! et oui tu as réussi à mettre le feu à l'hôpital, te taper des gardes de ouf, déclencher des TV, muter pou causes d'intox au CO... Heureusement que le pisse-mémé existe pour te remettre de tes émotions ! et surtout, ne saute plus du télésiège !!

### **Mathilde :**

Grâce à Arnaud, je peux te compter parmi mes amis, même si tu trouves que je mets du vernis de pouf !! Continue de faire des bourdes comme tu sais si bien les faire, continue de pas te laisser faire avec ton futur mari, et continue de nous apporter ta bonne humeur.

### **Héloïse :**

Merci pour tous ces bons moments partagés ensemble. Une cuisinière hors paires (le gratin de courgettes et le taboulé sont bien notés dans mon carnet), c'est toujours avec plaisir que nous vous retrouvons chez nous, chez vous (avec les beaux coussins), à Port-Camargue etc, etc...

**David, Caro, Olivier, Armelle, Cédric, Charlotte :**

Vous faites désormais partis de mes amis, grâce à Lambert, même si les débuts ont pu être compliqués, je suis ravie de passer de bons moments avec chacun de vous entre barbecue, parties de cartes (même si ça, ce n'est pas souvent...), et espère en passer encore de nombreux aussi agréables.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	17
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	19
LISTE DES ABREVIATIONS .....	20
INTRODUCTION .....	21
MATERIELS ET METHODES .....	24
1. Recherche bibliographique .....	24
2. Méthode qualitative .....	24
3. Constitution de l'échantillon .....	25
3.1. Choix de l'échantillon .....	25
3.2. Méthodes de recrutement .....	26
4. Recueil de données .....	26
4.1. Guide d'entretien .....	26
4.2. Modalités de recueil et retranscription.....	27
5. Analyse des données .....	27
RESULTATS.....	29
1. Caractéristiques de l'échantillon .....	29
1.1. La population.....	29
1.2. La réalisation des entretiens .....	30
2. Analyse des résultats.....	31
2.1. Représentation de la santé.....	31
2.1.1. Définition de la bonne santé .....	31
2.1.2. Vécu de la maladie .....	32
2.1.3. Santé et vie sociale .....	33
2.1.4. Tableau de synthèse.....	34
2.2. Perception des FRCV et des MCV .....	34
2.2.1. Identification des FRCV.....	34
2.2.2. Perception des conduites à risques.....	36
2.2.3. Perception des MCV .....	37
2.2.4. Rapport et perception de la prévention.....	39
2.2.5. Tableau de synthèse.....	40
2.3. Perception de la ménopause.....	41
2.3.1. Définition .....	41

2.3.2.	Vécu .....	42
2.3.3.	Perception du THM .....	44
2.3.4.	Tableau de synthèse.....	48
2.4.	Perception du lien ménopause-MCV .....	49
2.4.1.	Lien .....	49
2.4.2.	Place du praticien .....	51
2.4.3.	Tableau de synthèse.....	53
2.5.	Rapport à l'information et ses attentes. ....	53
2.5.1.	Supports utilisés. ....	53
2.5.2.	Perceptions et attentes des femmes.....	54
2.5.3.	Tableau de synthèse.....	55
DISCUSSION .....		56
1.	Forces et limites de ce travail.....	56
1.1.	Les forces.....	56
1.1.1.	Méthode qualitative en focus group et entretiens individuels.....	56
1.1.2.	Méthode d'analyse.....	57
1.1.3.	Originalité du travail.....	57
1.2.	Les limites .....	58
2.	Les résultats.....	58
2.1.	La ménopause FRCV à part entière ? .....	58
2.2.	La perception de la prévention et de la promotion de la santé.....	60
2.3.	La perception de l'information.....	62
2.4.	Les THM.....	62
3.	Perspectives.....	64
CONCLUSION .....		65
BIBLIOGRAPHIE.....		67
ANNEXES.....		73
<i>ANNEXE 1 – Equation de risque SCORE .....</i>		<i>73</i>
<i>ANNEXE 2 – Incidence annuelle des maladies CV avant et après la ménopause .....</i>		<i>74</i>
<i>ANNEXE 3 – Mail adressé aux médecins généralistes .....</i>		<i>75</i>
<i>ANNEXE 4 – Document d'information pour les participantes. ....</i>		<i>76</i>
<i>ANNEXE 5 – Guide d'entretien final.....</i>		<i>77</i>
<i>ANNEXE 6 – Document pour accord des participantes. ....</i>		<i>79</i>
<i>ANNEXE 7 – Document remis aux participantes pour résumer les données médicales .....</i>		<i>80</i>
<i>ANNEXE 8 – Tableau de triangulation des chercheurs. ....</i>		<i>81</i>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : Approche centrée patient

AVC : Accidents vasculaires cérébraux

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CV : Cardio-vasculaire

FAYR- GP : French association of young researchers in general practice

FRCV : Facteurs de risque cardio-vasculaire

GDF : Groupe de discussion focalisée

HDL : High density lipoprotein

HERS : Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study

HTA : Hypertension artérielle

IDM : Infarctus du myocarde

LDL : Low density lipoprotein

MCV : Maladies cardio-vasculaires

MG : médecin généraliste

MWS : Million Women Study

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCORE : Systematic COronary Risk Evaluation

THM : Traitements hormonaux de la ménopause

WHI : Women's Health Initiative

# INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde et on estime à 17,5 millions le nombre de décès qui leur est imputable, soit 31% de la mortalité mondiale totale (1). Elles constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins qui ont en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infraclinique (2). On regroupe parmi les MCV les cardiopathies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires et pathologies vasculaires périphériques. Les plus connues et redoutées étant les infarctus du myocarde (IDM) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (3).

La survenue de ces MCV est augmentée par les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) (4). Selon les conclusions de l'étude Interheart (5), on compte neuf facteurs qui permettent d'expliquer la survenue de 90 % des événements cardiovasculaires (CV): les dyslipidémies, l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, le stress, le diabète, l'obésité, la sédentarité, une alimentation pauvre en fruits et légumes, une consommation excessive d'alcool (6). L'identification de ces FRCV a permis d'établir des scores pour évaluer le risque cardiovasculaire global (7), les plus utilisés étant l'échelle de morbi-mortalité de Framingham et l'échelle Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE) (8) (Annexe 1). L'estimation de ce risque CV permet aux professionnels de santé d'assurer les soins de prévention primaire. La prévention primaire étant l'ensemble des mesures visant à éviter la survenue d'un premier épisode de maladie (9)(10). La prévention primaire se réalise par le biais de deux axes, l'un mené avec le praticien lors du colloque singulier et l'autre grâce à la promotion de la santé. Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé est le processus qui confère aux personnes et aux communautés la capacité d'améliorer leur santé et d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé (11).

A l'échelle nationale, les MCV sont désormais la deuxième cause de mortalité, derrière les cancers (12). Mais fait important, elles demeurent toujours la première cause de mortalité pour les femmes (selon le BEH en 2008, 79 820 décès soit 30,1% de la mortalité toutes causes pour les femmes) (13)(14).

Des études tendent à démontrer que la ménopause entraîne une augmentation de l'incidence des MCV chez la femme (15)(16) la plus connue étant l'étude de Framingham (17).

Selon le CNGOF, la ménopause correspond à l'arrêt du fonctionnement hormonal de l'ovaire qui entraîne une aménorrhée d'au moins un an (18). Les conséquences de cette ménopause sont à la fois l'altération de la qualité de vie des femmes, due aux troubles climatériques, mais aussi l'altération de nombreuses fonctions physiologiques, comme l'ostéoporose, les troubles métaboliques ou l'augmentation du risque CV (19). Chez l'homme le développement de l'athérosclérose et l'incidence des MCV augmentent progressivement avec l'âge. A l'inverse, chez la femme, il est noté dès la ménopause une nette accélération de cette incidence, et ceci quel que soit l'âge de la ménopause, même s'il s'agit d'une ménopause précoce (Annexe 2) (20). En effet, il semblerait que la ménopause entraînerait de manière physiologique une élévation du cholestérol LDL (21) et de la pression artérielle systolique, mais aussi des modifications du mode de vie des femmes (22).

Du fait de ces constatations, la question du rôle des traitements hormonaux de la ménopause (THM) dans la prévention CV de la femme s'est posée. L'hypothèse d'un effet cardioprotecteur des œstrogènes a été longtemps entretenue par les résultats d'études d'observations anglo-saxonnes montrant une réduction importante du risque coronarien chez les utilisatrices d'un THM (23). En 1998, l'étude HERS (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*,) a montré que le risque d'IDM était identique sous THM et sous placebo (24). L'étude WHI (*Women's Health Initiative*) en 2002 a ensuite révélé un profil risque-bénéfice défavorable pour le THM, sans réduction du risque coronaire (25). A savoir que ces deux études ont concerné des femmes traitées par oestrogénothérapie orale non associée à

un progestatif et qu'en France, les habitudes de prescription sont différentes, que ce soit par le choix de l'oestroprogestatif, ou que ce soit par le mode d'administration (26) .

Cette augmentation du risque CV liée à la ménopause représente un réel enjeu de santé publique (15). Des études ont eu pour objectif d'une part d'évaluer les pratiques des médecins généralistes (MG) en matière de prise en charge des FRCV (27) et d'autre part, d'analyser les perceptions de la population générale à propos de ces FRCV. L'enquête REACT montrait des différences entre la perception du RCV par les patients et le niveau de connaissance théorique des médecins (28).

C'est dans ce contexte que nous avons supposé que les femmes ménopausées sous-estimaient l'influence de la ménopause sur leur risque CV et que nous nous sommes posés la question : Quelle perception avaient les femmes ménopausées de leur risque CV ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la connaissance et la compréhension du risque CV chez les femmes ménopausées.

# MATERIELS ET METHODES

## 1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est faite pour la plupart sur internet par l'intermédiaire des bases de données Pub Med, CAIRN, BDSP et EM-Premium ; des moteurs de recherche tels que Google, Google Scholar et CISmef ; ainsi que le catalogue des thèses universitaire Sudoc.

L'accès à ces données a été permis par l'intermédiaire de la bibliothèque universitaire Lyon-1.

Les recherches ont été réalisées et répétées d'avril 2016 à février 2018.

Les mots clés utilisés pour les équations de recherche ont été :

- « Perception » OU « représentation » ET « facteurs de risque cardiovasculaires » ET « ménopause » ,
- « Perception » OU « représentation » ET « maladies cardiovasculaires » ET « femme » ,
- « Maladies cardiovasculaires » ET « femme » , « facteurs de risque cardiovasculaires » ET « ménopause » , « maladies cardiovasculaires » ET « ménopause » ,
- « cardiovascular disease » OU « risk factors » ET « postmenopause » .

L'ensemble de la bibliographie a été répertorié sur le logiciel Zotero, puis mis en format Vancouver.

## 2. Méthode qualitative

L'objectif de cette étude étant d'analyser la représentation et la compréhension du risque CV chez les femmes ménopausées, la méthode qualitative a été retenue. En effet,

issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative a pour objet spécifique d'étudier les représentations et comportements des fournisseurs et des consommateurs de soins (29). La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (30).

Pour cette étude, il a été utilisé deux types d'entretiens : l'un collectif dit « focus group », encore appelé groupe de discussion focalisée (GDF) et l'autre individuel semi-structurés.

Le GDF consiste à instaurer le débat entre enquêtés pour recueillir leurs points de vue (31). Cette dynamique nécessite la présence d'un modérateur, en l'occurrence, le Docteur CASANOVA, directrice de thèse ayant participé à une formation pour la méthode qualitative (FAYR-GP) et également observatrice et re-transcriptrice sur un autre travail qualitatif en cours. Et un observateur, la thésarde, ayant également participé à la formation FAYR-GP, pour collecter les données.

Ensuite, l'entretien individuel consiste à questionner directement l'enquêté pour pouvoir aborder des sujets plus intimes, utilisé en second temps il permet de renforcer la validité des résultats (29). Ils ont été menés par la thésarde.

### 3. Constitution de l'échantillon

#### 3.1. Choix de l'échantillon

Afin de garantir la validité externe des résultats, le choix s'est porté sur un échantillon raisonné à variation maximale. C'est une procédure d'échantillonnage qui est non probabiliste mais orientée par la sélection de participants répondant à la question de recherche (32).

Nos critères d'inclusion étaient :

- Etre volontaire
- Etre une femme ménopausée
- Avoir entre 55 et 70 ans

- Vivre dans la région Lyonnaise

- Se trouver dans une situation de prévention primaire ou secondaire, ce choix permettant d'avoir une population « naïve » par rapport aux MCV.

Enfin, pour obtenir un échantillon le plus varié possible, ont été sélectionnées des femmes qui pouvaient avoir des caractéristiques de FRCV les plus différents possibles comme l'HTA, le tabagisme, l'obésité, l'hypercholestérolémie, ou encore le diabète. C'est en partant de cela qu'il a été cherché à avoir dans l'échantillon des femmes sans aucun de ces FRCV (prévention primaire), mais aussi, des femmes avec l'un de ces FRCV, et d'autres avec un cumul de plusieurs de ces FRCV (prévention secondaire).

Il n'existait pas de critères d'exclusion.

### 3.2. Méthodes de recrutement

Pour recruter les participantes, des mails ont été envoyés à plusieurs MG de la région Lyonnaise, depuis le réseau professionnel de la thésarde, et selon la méthode de « la boule de neige », de mai 2017 à novembre 2017, avec des relances jusqu'à obtenir la saturation théorique des données. Ce mail expliquait les critères d'inclusion et comprenait un document explicatif à remettre aux participantes sélectionnées (Annexe 3 et 4). Après avoir obtenu l'accord de la participante, le MG envoyait ses coordonnées à la thésarde.

Les participantes étaient ensuite contactées par téléphone par la thésarde. Selon les souhaits et les disponibilités, les GDF ont été réalisés au domicile du chercheur ; quant aux entretiens, ils ont été réalisés dans un second temps, au domicile de la thésarde ou au cabinet du MG, selon les disponibilités des participantes.

La saturation des données a été atteinte à l'entretien n°3, et confirmé par le n°4.

## 4. Recueil de données

### 4.1. Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien réadapté au fur et à mesure en fonction des entretiens précédents. Ce guide a été réalisé à partir d'une analyse

ciblée de la bibliographie. Celui-ci se construisait en quatre parties, la première partie s'intéressant à la vision de la santé, la deuxième partie aux différentes définitions des termes de MCV et ménopause, la troisième partie aux THM, et la dernière au lien entre les MCV et la ménopause. Au fil des entretiens, une nouvelle partie a été ajoutée, concernant l'information des participantes sur les MCV. En annexe 5, se trouve le guide d'entretien final.

#### 4.2. Modalités de recueil et retranscription

Au début des différents entretiens, une ré-explication de l'objectif de la réunion était faite. Lors des GDF, l'animatrice, le Docteur CASANOVA, se présentait en tant que chercheuse et non pas médecin, afin d'éviter que les participantes n'osent pas répondre aux questions. L'observatrice, se présentait en tant que médecin à l'initiative de cette étude, connaissant la plupart des participantes recrutées au cours de ses remplacements professionnels.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée sur dictaphone, après accord écrit des participantes (Annexe 6), et rendue anonyme. En fin d'entretien, les participantes devaient remplir un formulaire leur demandant leurs antécédents médicaux, leurs traitements et dénombrant leurs différents facteurs de risques (Annexe 7).

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement sous Word®.

### 5. Analyse des données

L'analyse des données s'est basée sur les retranscriptions, les observations (notes non verbales) et les conditions de réalisation des entretiens.

L'analyse s'est faite de manière continue selon une approche inductive. Elle a débuté par une lecture itérative des entretiens afin de se familiariser le plus possible avec le verbatim. Un codage axial a permis de relever des occurrences (idées résumant le verbatim), regroupées en différents thèmes, concepts. L'utilisation du logiciel Nvivo 11® a permis l'identification de ces différents thèmes sous forme de tableau (Annexe 8).

Pour renforcer la validité des résultats, le même travail d'analyse a été réalisé par une autre thésarde pour trianguler ensuite les données.

# RESULTATS

## 1. Caractéristiques de l'échantillon

### 1.1. La population

Les 14 participantes volontaires étaient des femmes recrutées dans différents cabinets de médecine générale de Lyon et sa région. Elles étaient âgées de 56 à 68 ans. Le caractère raisonné et choisi de l'échantillonnage a permis d'obtenir une diversité d'âge, de sexe, de profils socio-économique et culturel.

Le tableau 1 présente les caractéristiques principales de l'échantillon et le tableau 2 les caractéristiques de chacune des 14 participantes. Les personnes interrogées sont identifiées par des lettres allant de A à N, selon l'ordre chronologique de la réalisation des GDF et entretiens. L'indice f indiquant les participantes des GDF et l'indice e, celles des entretiens individuels.

<b>Nombre participantes</b>		14
<b>Age moyen</b>		61.2
<b>Lieu recrutement</b>	Feyzin	2
	Lyon 9	2
	Lyon 5	2
	Villeurbanne	5
	Bron	3
<b>Position socio-économique</b>	Faible	4
	Moyenne	4
	Elevé	6
<b>Activité professionnelle</b>	Active	5
	Chômage	4
	Retraitée	5

Tableau 1-Caractéristiques de l'échantillon

	AGE	NIVEAU ETUDE	AGE MENOPAUSE	FRCV		THM	ACTIVITEE PHYSIQUE
				NBRE	TYPE		
<b>A<sub>f</sub></b>	68	Bac	42	2	HTA, âge	-	> 3 /sem
<b>B<sub>f</sub></b>	67	Licence	50	1	Age	-	2 à 3 / sem
<b>C<sub>f</sub></b>	61	Bac	56	2	Hypercholestérolémie, âge	2 ans	1 / sem
<b>D<sub>f</sub></b>	56	Bac	51	2	Tabagisme arrêté < 3 ans, surpoids	Estreva	2 à 3 / sem
<b>E<sub>f</sub></b>	62	Bac	59	3	Obésité, sédentarité, âge	-	0
<b>F<sub>f</sub></b>	59	Bac + 4	52	0		-	2 à 3 / sem
<b>G<sub>f</sub></b>	63	Bac	45	1	Age	Gel	2 à 3 / sem
<b>H<sub>f</sub></b>	56	Bac + 5	53	0		-	2 à 3 / sem
<b>I<sub>f</sub></b>	57	CAP-BEP	NSP	2	HTA, surpoids	-	2 à 3 / sem
<b>J<sub>f</sub></b>	62	BEP	55	4	HTA, surpoids, sédentarité, âge	-	0
<b>K<sub>e</sub></b>	56	BEPc	52	2	HTA, obésité	-	1 / sem
<b>L<sub>e</sub></b>	59	CAP	50	2	Surpoids, sédentarité	-	0
<b>M<sub>e</sub></b>	67	Bac + 2	47	2	Tabagisme, âge	-	> 3 /sem
<b>N<sub>e</sub></b>	64	Brevet	44	1	Age	16 ans	> 3 /sem

Tableau 2- Caractéristiques des participantes

\* NSP : ne se prononce pas

## 1.2. La réalisation des entretiens

Deux GDF et quatre entretiens individuels ont été réalisés de septembre à novembre 2017. Ils ont été animés respectivement par la directrice de thèse pour les GDF et par la thésarde pour les entretiens.

Les GDF ainsi que les entretiens 3 et 4 ont été réalisés au domicile de la thésarde, les entretiens 1 et 2 ont été réalisés dans le cabinet du MG des participantes en début d'après-midi, pour plus de facilité de déplacements pour ces dernières. Les GDF ont duré en moyenne 68 minutes et les entretiens 34 minutes.

Sur l'ensemble des retranscriptions, 924 verbatims ont été dégagés puis hiérarchisés.

## 2. Analyse des résultats

### 2.1. Représentation de la santé

#### 2.1.1. Définition de la bonne santé

Pour ces femmes, la bonne santé se définissait surtout selon quatre grands axes.

Le premier est l'alimentation et l'activité physique :

- L<sub>e</sub>** Pour moi l'essentiel c'est... l'alimentation, parce que tout vient de là !
- J<sub>f</sub>** C'est la nourriture qui fait (...) qu'on a pas de diabète, cholestérol (...) Quelque chose d'important [acquiescement général]. (...) pour la santé aussi.

Le deuxième consiste à ne pas avoir recours au médical :

- M<sub>e</sub>** Ne pas avoir (...) à prendre de médicaments, donc si on prend pas de médicaments c'est qu'on va bien !
- N<sub>e</sub>** Ne pas avoir recours aux médicaments, hein ! aux docteurs...
- H<sub>f</sub>** C'est pas se retrouver justement à l'hôpital (...) ou malade ou alité
- J<sub>f</sub>** Pour moi si on va pas trop chez le médecin [en rigolant, H sourit].

Le troisième définit la bonne santé comme une santé silencieuse qui ne fait pas souffrir :

- H<sub>f</sub>** Ne pas être malade tout simplement, ne pas avoir une pathologie quelconque ...
- D<sub>f</sub>** C'est ne pas avoir à y penser (...) ça ne se rappelle pas à nous par une douleur
- K<sub>e</sub>** Qu'on vit normalement, (...) essayer de faire notre vie comme (...) on veut.
- E<sub>f</sub>** Ne pas avoir de maux constamment dans le corps.

Enfin, le dernier axe pour la définition de la bonne santé est la sensation d'être en forme, d'avoir une vision positive de soi-même :

- N<sub>e</sub>** Être bien dans sa peau
- K<sub>f</sub>** Mais, si on est bien dans notre peau
- H<sub>f</sub>** C'est plutôt se sentir bien dans son corps

**D<sub>f</sub>** | C'est ça être en bonne santé, (...) avoir la pêche.

### 2.1.2. Vécu de la maladie

Dans la vision de la santé, le vécu de la maladie avait une place importante pour les femmes. Pour elles, la maladie avait plusieurs catégories, plusieurs degrés :

- F<sub>f</sub>** | Alors c'est minime par rapport à d'autres grosses maladies (...) qui sont invalidantes
- I<sub>f</sub>** | Cancer par exemple [G acquiesce] (...) des rhumes bon ba ça va (...) c'est pas une maladie la rhino, la dépression c'est une maladie (...)
- M<sub>e</sub>** | Bon j'ai mal au dos de temps en temps (...) mais voilà, je m'en dépatouille, je veux dire je vais pas consulter pour ça !

De façon globale, les maladies font peur. Pour certaines, il était question de toutes les maladies :

- C<sub>f</sub>** | Mais j'ai autant peur d'un AVC que d'un cancer, que d'un Alzheimer, que de tout ce que vous voulez (...) Toutes les maladies me font peur

Pour d'autres, il était plus question des maladies brutales, ou des « grosses » maladies :

- K<sub>e</sub>** | J'ai toujours peur (...) que ça arrive brutalement
- I<sub>f</sub>** | De grosses maladies c'est ce qui ferait le plus peur quoi
- D<sub>f</sub>** | J'ai plutôt peur d'une défaillance du cerveau, (...) maladie d'Alzheimer, un AVC...

Les maladies étaient surtout décrites par leurs conséquences, en particulier par rapport à la perte d'autonomie de la personne :

- E<sub>f</sub>** | Je peux pas me déplacer toute seule
- G<sub>f</sub>** | Pas avoir de gros pépin de santé (...) qui immobilise
- F<sub>f</sub>** | Le plus difficile (...) lorsque le corps cède
- N<sub>e</sub>** | C'est mener une vie assez correcte, par rapport à des gens qui sont toujours alités

### 2.1.3. Santé et vie sociale

En dernier point, la santé était inextricablement liée à leur environnement socio-professionnel. Cette notion entraînait chez les femmes une adaptation de tous les jours pour conserver une bonne santé :

**A<sub>f</sub>** | Le changement de rythme contribue quand même à perturber l'organisme. [E acquiesce] Donc il faut bien s'y préparer (...) justement par des activités

**K<sub>e</sub>** | Je suis en régime, donc bon je perds un petit peu toutes les semaines, (...) Ba j'essaye de me retenir quoi ! Quand je suis énervée, je peux pas me retenir...

Cet environnement, surtout professionnel, entraînait une banalisation de leur santé :

**F<sub>f</sub>** | Je n'allais pas à mes rendez-vous (...) parce que je faisais passer mon travail avant [D acquiesce]

**K<sub>e</sub>** | Je me dis (...) je travaille, j'ai pas le temps, donc je laisse trainer

Cette vie sociale amenait les femmes à pratiquer la politique de l'autruche, du « pas vu, pas pris » :

**K<sub>e</sub>** | On dit « bon on est fort, ça va pas nous arriver, ça arrive qu'aux autres... »

**C<sub>f</sub>** | Peut-être la politique de l'autruche mais, j'irais pas regarder des émissions médicales quoi, parce que ça fait peur

**H<sub>f</sub>** | Comme je me sens bien, je me dis que j'ai pas besoin de faire de prévention

La santé était aussi reliée à l'âge de la personne. En effet, pour les participantes, l'âge entraînait une modification de sa santé :

**L<sub>e</sub>** | Parce que plus on vieillit, plus on a... des risques ... de santé.

**G<sub>f</sub>** | En vieillissant on est obligé (...) de faire attention, si on veut se maintenir en bonne santé

**C<sub>f</sub>** | Alors en vieillissant bien sûr on a plus de risque [B, D et E acquiescent]

## 2.1.4. Tableau de synthèse

<b>Définition de la bonne santé</b>	Alimentation et Activité physique	L <sub>e</sub> : « avoir une bonne hygiène de vie, (...) commencer par l'alimentation (...), et surtout s'entretenir ! (...) essayer de (...) faire du sport. »
	Ne pas avoir recours au médical	M <sub>e</sub> : « c'est ça être en bonne santé, c'est ne pas avoir recours à un médecin. »
	Une santé qui ne fait pas souffrir	D <sub>f</sub> : « ça ne se rappelle pas à nous par une douleur. »
	Etre en forme, avoir une vision positive de soi	H <sub>f</sub> : « c'est plutôt se sentir bien dans son corps. »
<b>Vécu de la maladie</b>	Plusieurs degrés de maladies	G <sub>f</sub> : « Pas avoir de gros pépin de santé (...) bon effectivement on a toujours des petits maux. »
	Les maladies font peur	C <sub>f</sub> : « Toutes les maladies me font peur. »
	Maladies = Perte d'autonomie	A <sub>f</sub> : « c'est rester un légume. »
<b>Santé et vie sociale</b>	Adaptation quotidienne pour la bonne santé	H <sub>f</sub> : « j'aime bien sortir donc, je bois surtout du vin rouge, (...) mais par contre (...) je fais pas mal de sport et puis j'essaye de surveiller l'alimentation. »
	Vie professionnelle avant tout !	G <sub>f</sub> : « pas avoir de gros pepin (...) qui empêche de faire ce qu'on a envie de faire (...), travailler. »
	L'âge est à risque pour la santé	C <sub>f</sub> : « Alors en vieillissant bien sûr on a plus de risque [B, D et E acquiescent]. »

## 2.2. Perception des FRCV et des MCV

### 2.2.1. Identification des FRCV

Les FRCV étaient assez bien identifiés par les participantes, même si le terme facteur de risque pouvait amener les participantes à quelques incertitudes :

<b>M<sub>e</sub></b>	C'est l'infarctus et l'AVC, voilà c'est tout ce que je sais... (...) c'est plus la maladie.
<b>N<sub>e</sub></b>	Et bien... [mime avec sa bouche l'ignorance]

Lorsque le terme FRCV était explicité, le premier FRCV identifié par les femmes était l'alimentation :

<b>M<sub>e</sub></b>	Voilà ce que je sais, alors un FRCV ba je pense que c'est l'alimentation.
<b>N<sub>e</sub></b>	Trop d'alimentation (...) des abus de nourriture, (...) charcuterie, chocolat

**L<sub>e</sub>** | Ce que je sais c'est que... en mangeant trop gras... trop sucré aussi... on risque d'avoir (...) des problèmes de cœur ! ...

**H<sub>f</sub>** | Au niveau alimentaire, si on se surveille pas (...) ça entraîne beaucoup de risque [en soupirant, l'acquiesce]

Le second, le tabac :

**N<sub>e</sub>** | Oui, ba fumer par exemple hein! la cigarette

**B<sub>f</sub>** | Je pense que fumer ...

**G<sub>f</sub>** | La cigarette

Le troisième était le stress, le surmenage :

**A<sub>f</sub>** | D'autant que le stress est un facteur de risque. [Tout le monde acquiesce]

**I<sub>f</sub>** | Mais je sais que c'est un facteur (...) déclenchant, le stress

Venait ensuite le facteur génétique :

**C<sub>f</sub>, B<sub>f</sub>** | C : facteur génétique.

B : facteur génétique parce qu'ils font partie des risques...

**M<sub>e</sub>** | Doit y avoir des terrains (...) il y a une dimension génétique...

Puis le surpoids, l'obésité :

**L<sub>e</sub>** | Le poids, (...) surveiller son poids...

**A<sub>f</sub>** | L'obésité.

**G<sub>f</sub>, I<sub>f</sub>** | Le poids...

La sédentarité :

**M<sub>e</sub>** | Peu d'exercice physique (...) essentiellement ça.

**B<sub>f</sub>** | Pas d'activité physique...

**G<sub>f</sub>** | D'être statique [acquiescement franc de chacune] de pas bouger

Enfin, l'hypercholestérolémie et le diabète étaient cités, même si finalement ils étaient déjà évoqués dans l'alimentation avec les termes « trop sucré » et « trop gras » :

**G<sub>f</sub>** Et tout ce qui est au niveau des graisses, enfin cholestérol tout ça

**I<sub>f</sub>** Elle avait diabète et cholestérol mais après je me dis que c'est la nourriture

**H<sub>f</sub>** C'est la nourriture qui fait (...) qu'on a pas de diabète, cholestérol. [G et J acquiescent]

**L<sub>e</sub>** Ne pas manger trop salé, trop sucré, trop gras...

### 2.2.2. Perception des conduites à risques

Les FRCV étaient bien identifiés par les femmes, et chacune reconnaissait avoir quelques-uns de ces facteurs ou bien reconnaissait avoir des attitudes à risque pour leur santé :

**C<sub>f</sub>** J'ai de l'hypertension, (...) je sais que j'ai des facteurs à risque

**I<sub>f</sub>** Oui. Humpf... oui des fois je prends un peu des risques, [rigole accompagnée de G]

**M<sub>e</sub>** Moi ? quelles attitudes à risques ? a ba c'est très simple je fume.

Pourtant malgré cette constatation, les participantes ne modifiaient pas leurs habitudes, se sentant finalement peu concernées par les maladies possiblement en cause :

**H<sub>f</sub>** J'vais pas spécialement chez le médecin en me disant, ma mamie a fait ça euh (...) Ça m'incite pas plus à y aller.

Cette banalisation était souvent due à un sentiment de jeunesse, de corps invincible :

**H<sub>f</sub>** Mais je suis encore un peu jeune, même si j'ai plus de 50 ans [rigole], non je me dis que ça arrivera peut-être plus tard mais pour l'instant [l'acquiesce d'un air cool]...

**K<sub>e</sub>** C'est vrai (...) qu'on s'attend pas à (...) on se dit bon on est costaud, on est fort

### 2.2.3. Perception des MCV

En première réponse, les participantes estimaient connaître très peu de choses sur les MCV :

- K<sub>e</sub>*** ... Très peu de choses...
- D<sub>f</sub>*** Ça m'évoque très peu de choses
- C<sub>f</sub>*** Moi je dirais, j'y connais pas grand-chose

Alors que finalement, ces maladies étaient plutôt courantes dans leur entourage :

- N<sub>e</sub>*** À part le cœur, là comme mon père a eu, l'infarctus et tout euh, pas grand-chose
- K<sub>e</sub>*** J'ai ma maman qui était malade du cœur, ma fille qui est décédée ... un problème de cœur aussi... (...)
- G<sub>f</sub>*** J'ai mon frère qui en a fait un l'année dernière, à qui on a mis un stent.

Pour les femmes, le terme MCV étaient parfois mal compris. En effet pour certaines d'entre elles, la représentation de ces maladies était plutôt perçue en termes d'organes :

- K<sub>e</sub>*** Ba le cœur ! (...) Je pense plus euh... ba aux organes finalement (...) Le cerveau, aussi !
- A<sub>f</sub>*** Le cerveau enfin, le cerveau m'effraye plus que le cœur

Ou bien, les maladies énoncées n'étaient pas forcément des MCV :

- N<sub>e</sub>*** Alors le vasculaire, peut-être les jambes là, les varices tout ça, ça fait partie non ?
- L<sub>e</sub>*** Quand on est obèse ? non ? C'est pas une maladie, être obèse ?
- H<sub>f</sub>*** Les ruptures d'anévrismes c'est comme euh... comme les AVC ? non ?
- G<sub>f</sub>*** Au niveau de la circulation, les phlébites ? peut-être ça

Finalement, la physiopathologie des MCV était bien connue, et pour les participantes, seules deux maladies étaient identifiées, l'IDM en premier, et l'AVC en second :

- M<sub>e</sub>*** C'est l'infarctus et l'AVC, voilà c'est tout ce que je sais

**N<sub>e</sub>** | L'infarctus  
**J<sub>f</sub>** | Oui moi c'est ça aussi, la crise cardiaque.  
**G<sub>f</sub>** | Les AVC...

Les MCV étaient surtout considérées comme des maladies brutales, et face auxquelles les femmes se sentaient impuissantes :

**D<sub>f</sub>** | Les maladies CV ça reste quand même synonyme d'une maladie brutale (...) Tout semble aller bien et d'un seul coup paf infarctus [C, E et F acquiescent]  
**K<sub>e</sub>** | C'est brutal, comme ma fille, c'est brutal  
**F<sub>f</sub>** | Oui quand je vois la brutalité, le choc la rupture, ouais...

Toutefois, pour quelques-unes, l'avancée des moyens thérapeutiques entraînait une banalisation de ces maladies :

**A<sub>f</sub>** | Je me dis c'est de la tuyauterie, souvent ils arrivent à rafistoler la tuyauterie  
**B<sub>f</sub>** | Bien soigné comme dit A, les problèmes de tuyauteries ...  
**B<sub>f</sub>, E<sub>f</sub>** | B : Un cerveau on en a qu'un (...)  
 E : un cœur aussi  
 B : un cœur aussi, mais bon y'a des remplacements hein ! [D sourit]

Pour finir, les femmes se sentaient en général peu concernées par les MCV, malgré le fait qu'elles avaient des FRCV ou bien des proches touchés par ces MCV :

**M<sub>e</sub>** | Je sais pas (...) Peut-être parce que je fume et encore (...) voilà non franchement...  
**N<sub>e</sub>** | Peut-être que ça va me concerner je sais pas hein, mais bon, actuellement...  
**B<sub>f</sub>** | Effectivement j'ai peut-être un facteur de risque supplémentaire par rapport à d'autres personnes. Mais ça, pff ça ne me perturbe pas plus que ça  
**D<sub>f</sub>** | Pour mon compte personnel [sourire] ce n'est pas une chose à laquelle je pense...

#### 2.2.4. Rapport et perception de la prévention

Pour les femmes, la prévention est plus perçue comme la préservation de leur bonne santé. Pour cela, les femmes adaptaient leurs habitudes alimentaires et physiques :

<b>N<sub>e</sub></b>	J'essaye de connaître mon corps et puis de faire selon... voilà !
<b>H<sub>f</sub></b>	Pour m'entretenir (...) je fais pas mal de sport et puis j'essaye de surveiller l'alimentation
<b>L<sub>e</sub></b>	S'entretenir... c'est-à-dire essayer ... avec l'âge, on essaye... de pas grossir... de faire du sport, marcher beaucoup et surtout ... entretenir son corps.
<b>C<sub>f</sub></b>	Je fais aussi attention à mon alimentation (...) c'est manger de tout un peu, si un jour j'ai fait un excès je vais faire attention le lendemain, ou dans la semaine [F acquiesce]

Identifiant réellement dans certaines situations, des mesures de prévention par rapport à des maladies connues :

<b>I<sub>f</sub></b>	C'est la nourriture qui fait qu'on a pas de diabète, cholestérol. [G et J acquiescent] Donc faut essayer de faire attention (...) pour la ligne (...) mais pour la santé aussi.
<b>F<sub>f</sub></b>	Si on me dit prend pas de sucre, prend plus de sucre ajouté tu vas avoir du diabète je vais m'y tenir ça c'est sûr

Par rapport à la prévention proposée avec les dépistages et les campagnes de promotion de la santé, les femmes avaient une attitude assez négative à leur rencontre :

<b>B<sub>f</sub></b>	J'ai pas de comportements à risque, j'essaye de faire attention à ma santé, et en mangeant et en bougeant [F acquiesce] alors c'est pas 5 fruits de légumes machin
<b>C<sub>f</sub></b>	Le dictat des 5 fruits euh légumes, j'y crois pas forcément [sourire de toutes]
<b>J<sub>f</sub></b>	Je fais pas de mammographies, je, je ne me fais pas suivre régulièrement
<b>H<sub>f</sub></b>	Je suis pas non plus une grande fan des (...) mammographies, (...) j'ai reçu un truc Ademas, mais souvent ça va sous la pile [semblent toutes concernées excepté G], puis après sous la pile, (...) et puis j'ai reçu, (...) Le colon (...) alors ça j'ai jamais fait par contre hein, ça c'est passé directement à la trappe

## 2.2.5. Tableau de synthèse

<b>Identification des FRCV</b>	Méconnaissances du terme FRCV		M <sub>e</sub> : « Les risques, euh, les... le nom des, (...) non »
	FRCV les plus identifiés	Alimentation	M <sub>e</sub> : « Voilà ce que je sais, alors un FRCV ba je pense que c'est l'alimentation. »
		Tabac	K <sub>e</sub> : « le tabac qui me vient en première »
		Stress, surmenage	E <sub>f</sub> : « le stress ça joue beaucoup sur le cœur »
		Facteurs génétiques	B <sub>f</sub> : « surement aussi des facteurs génétiques, ça je crois qu'on est pas tous égaux »
<b>Perception des conduites à risque</b>	Reconnaissent avoir des attitudes à risque		E <sub>f</sub> : « je prends des risques oui. »
	Pas de volonté de modifier leurs habitudes pour se protéger		N <sub>e</sub> : « ba non... j'ai fait beaucoup moins de sport, alors que (...) il faut faire du sport »
	Banaliser car corps invincible		K <sub>e</sub> : « on se dit bon on est costaud, on est fort »
<b>Perception des MCV</b>	Peu de connaissances, malgré des MCV dans l'entourage		B <sub>f</sub> : « c'est à la fois une maladie proche et dont je sais peu de choses... »
	2 maladies identifiées = IDM et AVC		M <sub>e</sub> : « c'est l'infarctus et l'AVC »
	Même si FRCV, pas concernées		M <sub>e</sub> : « je me sens pas forcément à risque... »
<b>Perception de la prévention</b>	Préservation du capital santé par l'alimentation et l'activité physique		H <sub>f</sub> : « Pour m'entretenir entre guillemets je fais pas mal de sport et puis j'essaye de surveiller l'alimentation »
	Quelques mesures réalisées pour des maladies connues		I <sub>f</sub> : « c'est la nourriture qui fait (...) qu'on a pas de diabète, cholestérol. Donc faut essayer de faire attention... »
	Vision négative des dépistages/ des campagnes de prévention		C <sub>f</sub> : « se mettre le dictat voilà de 5 fruits légumes et de sport... »

## 2.3. Perception de la ménopause

### 2.3.1. Définition

La définition de la ménopause était relativement bien connue des femmes, par l'arrêt des règles. La durée d'un an n'était connue que par l'une d'entre elles :

***M<sub>e</sub>*** C'est l'arrêt des règles voilà, tout simplement oui...

***L<sub>e</sub>*** Quand j'ai plus mes règles !

***G<sub>f</sub>*** C'est l'arrêt des règles pendant un an ...

Il existait en revanche une incertitude à être ménopausée, entraînant les participantes à attendre un bilan hormonal pour porter le diagnostic de ménopause :

***N<sub>e</sub>*** J'avais plus mes règles, donc on a fait les examens et... terminé [frappe dans ses mains]. (...) Pour voir si on est ménopausée à 100% (...) une analyse de sang...

***H<sub>f</sub>*** I : Je pense que je suis ménopausée, mais j'ai jamais fait de test euh (...)

***I<sub>f</sub>*** H : Ah parce qu'il faut faire un test pour savoir si on est ménopausée ? (...)

***J<sub>f</sub>*** I : oh ba y a un test hein je pense qu'y a un test (...)

J : le dosage hormonal ? ...

I : ouais je pense.

L'identification des différents troubles climatériques était assez limitée par les participantes, que ce soit de leur propre expérience, ou bien de celles de leurs amies. De plus, le terme climatérique n'était connu d'aucune :

***C<sub>f</sub>*** C : Je connaissais pas ce mot.

***D<sub>f</sub>*** D : Non, non plus. [Non général]

***E<sub>f</sub>*** E : Jamais entendu

Lorsque le terme climatérique était explicité, le premier symptôme identifié par les femmes était la prise de poids :

***J<sub>f</sub>*** Et par contre j'ai pris du poids à ce moment-là...

**G<sub>f</sub>** Puis la prise de poids  
**E<sub>f</sub>** Prise de poids...  
**L<sub>e</sub>** La prise de poids ! Par contre moi je l'ai eu ça...

Le second, les bouffées de chaleur :

**K<sub>e</sub>** Bouffées de chaleur !  
**H<sub>f</sub>** Donc des bouffées de chaleur, principalement voilà des bouffées de chaleur  
**N<sub>e</sub>** Alors moi j'ai eu des collègues qui étaient [fait mine d'étouffer, de se rafraichir avec les mains en faisant du vent, et souffle beaucoup] en chaleur ! [Rigole]

Passé ces deux symptômes, les troubles de l'humeur ou de la libido étaient évoqués :

**E<sub>f</sub>** Caractère irritable euh  
**L<sub>e</sub>** À cause de la ménopause (...) elle avait du mal à avoir des rapports normaux  
**H<sub>f</sub>** Mais y a des personnes qui ont des sautes d'humeur, avec la ménopause qui sont plus irritables

### 2.3.2. Vécu

La ménopause était très bien accueillie par les femmes, sauf pour une des participantes :

**N<sub>e</sub>** J'ai dit alors plus de tampons, plus de trucs et puis voilà ! (...) Ba j'ai dit [frappe dans ses mains, d'un air soulagé]. (...) Ah libérateur... libérateur oui, complètement !  
**A<sub>f</sub>** E : moi je suis contente d'être ménopausée (...)  
**B<sub>f</sub>** B : ah oui moi aussi, bien d'accord. (...)  
**C<sub>f</sub>** C : voilà même chose (...)  
**D<sub>f</sub>** D : Moi je suis contente aussi d'être ménopausée, (...) la disparition des règles c'est quelque chose de [en souriant] ...C'est un soulagement ! (...)  
**E<sub>f</sub>**  
**F<sub>f</sub>** F : oui  
 A : un confort (...)  
 C : oh que oui !! [Accord général appuyé de tout le monde]  
**K<sub>e</sub>** Ça m'a pas plu du tout [rigole] ça m'a pas plu du tout quoi

Elles identifiaient tout de même que l'arrivée de la ménopause n'était pas toujours bien acceptée par une partie de la population :

- L<sub>e</sub>** J'ai pas eu beaucoup de problèmes comme, d'autres copines m'en parlaient...
- E<sub>f</sub>** Y en a qui prene mal, j'ai une copine elle a fait une dépression (...) elle me dit « mais c'est affreux c'est épouvantable » je lui dis « (...) pourquoi tu te plains, (...) tu devrais être contente ! »
- G<sub>f</sub>** Alors autant y a des femmes des fois qui aiment pas

La ménopause étant souvent synonyme de vieillesse :

- L<sub>e</sub>** On se voit vieillir quoi ! parce que le mot ménopause c'est tout ce qui a... tilté dans ma tête
- K<sub>e</sub>** J'ai vu que je commençais à vieillir (...) dans ma tête je commençais... à vieillir quoi
- C<sub>f</sub>** Pour beaucoup ménopause ça veut dire vieille. [Dis avec dédain]

La ménopause était ressentie avec des variabilités d'une femme à l'autre :

- L<sub>e</sub>** J'ai pas eu beaucoup de problèmes comme, d'autres copines m'en parlaient...
- H<sub>f</sub>** Des bouffées de chaleur, je crois que j'avais eu qu'ça quasiment, je sais plus ce qu'il y a comme autres symptômes, fin moi c'est ce que j'ai senti
- N<sub>e</sub>** Alors il y a beaucoup de gens qui disent grossir (...) moi, j'ai pas grossi mais...

Même si de manière assez unanime, la ménopause était bien vécue par les participantes, les bouffées de chaleur entraînaient un réel inconfort dans leur vie quotidienne :

- N<sub>e</sub>** J'ai eu la nuit, j'étais carrément trempée, à me lever et... prendre une douche et à me changer hein !  
J'ai des collègues qui ont enfin, assez souffert parce que ça devait être pénible (...) toujours des bouffées de chaleur, des bouffées de chaleur, sans cesse ...

- L<sub>e</sub>** | J'ai une amie, quand elle a les bouffées de chaleur... oui, je la plains, et surtout à tout moment... elle devient toute rouge (...) elle a des sueurs pas possible... ça c'est vraiment gênant.
- D<sub>f</sub>** | Moi j'avais vraiment des bouffées de chaleur très invalidantes la journée, la nuit, avec beaucoup de sueurs et puis la nuit réveillée donc le lendemain on est fatigué (...) c'était quand même un peu difficile...
- C<sub>f</sub>** | Les bouffées de chaleur me réveillaient la nuit donc c'était plus possible j'étais vraiment crevée ... pour aller au travail
- I<sub>f</sub>** | Moi dans le bureau c'est les bouffées de chaleur, hoo... elles sont fatigantes avec ça parce qu'elles ont chaud, elles transpirent, (...) elles ouvrent les fenêtres et nous on est là et on a froid quoi !

Lorsque l'on demandait aux femmes si l'arrivée de la ménopause avait entraîné des changements d'habitudes de vie ou de qualité de vie, la réponse était non :

- L<sub>e</sub>** | Pas trop, non j'ai pas eu de changements... non, non.
- G<sub>f</sub>** | Mais sinon ça, moi personnellement ça a rien modifié.
- G<sub>f</sub>, H<sub>f</sub>, I<sub>f</sub>, J<sub>f</sub>** | [Réponse par la négative de toutes G<sub>f</sub>, H<sub>f</sub>, I<sub>f</sub>, J<sub>f</sub>]

Mais lorsque l'on regardait de plus près, chacune des participantes avaient de manière indirecte modifié quelques habitudes, comme l'activité physique :

- K<sub>e</sub>** | Non. (...) Pratiquement. Essayé de faire un peu plus de sport...
- L<sub>e</sub>** | Oui ! pour perdre du poids ... ça c'est vrai... j'ai essayé.

### 2.3.3. Perception du THM

Les femmes ne savaient pas grand-chose sur les THM, que ce soit de leurs propres expériences ou que ce soit par leurs amies :

- M<sub>e</sub>** | J'en sais rien... Puisque moi comme moi j'en ai pas pris...

- Rapport aux médicaments

Lors du questionnement sur les THM, les femmes avaient mis en avant le rapport qu'elles avaient avec les médicaments. Pour certaines le médicament était bien accepté, s'il leur assurait une bonne santé :

- C<sub>f</sub>** Je sais pas, admettons un cachet à avaler et puis voilà...
- B<sub>f</sub>** Même si il faut prendre un cachet tous les jours ça me gênerait pas du tout voyez, pour moi la bonne santé ça peut être lié aussi à éventuellement une prise de médicament quotidienne.
- I<sub>f</sub>** Quand je vois que j'ai de la tension et ba tant pis je prends

Pour d'autres, à l'inverse, la prise du médicament signifiait une mauvaise santé :

- F<sub>f</sub>** Pas avoir recours à des traitements
- E<sub>f</sub>** Par contre j'aime pas trop les médicaments [C acquiesce]

A cela, se rajoutait la perception d'une balance bénéfique/risque délétère pour le corps :

- L<sub>e</sub>** Tout médicament a un effet (...) sur le corps, ça c'est sûr
- B<sub>f</sub>** Tout médicament qui soigne à un impact négatif quelque part à côté [C et F acquiescent]

Enfin, les participantes pratiquaient une sorte d'automédication, que ce soit par les plantes ou par l'acupuncture :

- L<sub>e</sub>** D'abord me soigner avec des plantes
- E<sub>f</sub>** J'essaye de me soigner un peu par les plantes
- I<sub>f</sub>** Faire l'acupuncture, essayer d'autres choses plus naturelles ouais.

- Croyances sur les THM

Lors des différents entretiens, il ressortait qu'il existait des croyances sur les effets des THM, comme un traitement miracle contre le vieillissement :

- Me** Quand on prend ce traitement je pense qu'au niveau de la peau, au niveau d'un certains nombres de choses ça doit améliorer, voilà !
- Gf** Pour avoir une belle peau, (...) p't'être des meilleurs os (...) si je l'avais pris, p't'être que je serais plus jeune, [rire général] j'aurais rajeuni ! soi-disant c'était miraculeux.
- Jf** Je pensais que, ça faisait moins vieillir (...), peut-être la peau moins sèche.

Certaines de ces croyances entraînaient des confusions, des ressentis négatifs à l'encontre de ces traitements, comme avec le cancer du sein :

- Df** Je sais qu'il m'en a parlé, mais moi j'étais fixée sur le cancer du sein.
- Jf** Quand on prenait des traitements hormonaux, il y avait un risque d'avoir un cancer du sein
- Ef** J'ai toujours peur du cancer au sein parce que ma cousine elle a pris un traitement (...) elle a eu le cancer au sein et ils lui ont dit que ça venait du traitement hormonal.

Ce qui menait à terme au refus de ces traitements, ou bien à leur arrêt définitif :

- Df** J'avais peur de ... l'incidence sur le cancer du sein, donc je l'ai arrêté
- If** J'aurais refusé (...) j'aurais pas pris de traitement comme ça [on sent la peur de chacune du traitement par rapport au cancer du sein].

- Acceptation du traitement selon l'importance du syndrome climatérique

Finalement, la prise de ces THM était liée directement à l'importance du ressenti du syndrome climatérique :

- Le** Non, aucun (...) Elle a voulu me prescrire mais bon... elle le sait bien (...) j'ai pas eu ces symptômes (...) je sentais pas l'utilité.
- Ff** Quelques bouffées de chaleurs, j'ai pas pris de traitement mais pas bien gênantes.

**B<sub>f</sub>** Plus de problème là, donc moi j'ai jamais rien pris. Ça s'est passé sans soucis donc...

**M<sub>e</sub>** C'était pas utile, mais peut-être aussi parce que c'était peut-être simple pour moi !  
peut-être que si j'en souffrais beaucoup...

**C<sub>f</sub>** Personnellement au niveau de la ménopause j'ai pris pendant deux ans un traitement hormonal substitutif parce que les bouffées de chaleur me réveillaient la nuit donc c'était plus possible j'étais vraiment crevée ... pour aller au travail .

- Acceptation du traitement selon son praticien

Il était noté également que la prise de ces THM était étroitement liée à la perception de son praticien :

**D<sub>f</sub>** Mon MG n'est pas vraiment pour (...) même un peu contre [sourire] (...) puis finalement ma gynécologue m'a proposé un traitement hormonal substitutif.

**J<sub>f</sub>** Mais le médecin chez qui j'allais, non il voulait pas le donner (...) il disait qu'on donnait plus de traitements hormonaux...

**C<sub>f</sub>** Comme quoi la confiance en son médecin joue, on va le croire ou pas croire, prendre le médicament ou à moitié, lui dire qu'on l'a pris qu'on l'a pas pris, voilà

**G<sub>f</sub>** Alors que moi mon gynéco me l'avait proposé... et j'ai pas voulu le prendre, (...) j'ai pas voulu m'engager... Parce que c'était à vie ! il m'a dit « Si vous le prenez c'est à vie. »

Pour certaines, le THM était la réponse aux questionnements des participantes sur leur ménopause :

**L<sub>e</sub>** Au gynécologue (...) elle m'a dit « ça viendra, (...) je vous marque tout ce qui faut ». Mais en fait j'en ai pas eu l'utilité...

Pour une seule des participantes, un praticien avait mis en valeur le fait qu'ils avaient un effet cardioprotecteur :

**D<sub>f</sub>** Je crois qu'il m'a dit que c'était plutôt favorable (...) que ça empêchait les maladies CV [pas de réaction de l'assistance].

### 2.3.4. Tableau de synthèse

<b>Définition</b>	Connue		G <sub>f</sub> : « c'est l'arrêt des règles pendant un an »
	Mais incertitudes d'être ménopausée		I <sub>f</sub> : « je suppose que je suis ménopausée depuis le temps »
	Syndrome climatérique	Poids	E <sub>f</sub> : « du fait de la ménopause ; la prise de poids »
		Bouffées de chaleur	H <sub>f</sub> : « principalement voilà des bouffées de chaleur »
<b>Vécu</b>	Bien accueillie		I <sub>f</sub> : « Ah ba je dis ba bonne nouvelle »
	Reconnaissance de différentes perceptions		G <sub>f</sub> : « autant y a des femmes des fois qui aiment pas »
	Ménopause = vieillesse		C <sub>f</sub> : « pour beaucoup ménopause ça veut dire vieille. »
	Bouffées de chaleur, réel inconfort		N <sub>e</sub> : « la nuit, j'étais carrément trempée, à me lever et... prendre une douche. »
	Modification des habitudes de manières indirectes		L <sub>e</sub> : « oui ! pour perdre du poids, c'est vrai (...). Mais ma vie, c'est-à-dire mes habitudes n'ont pas changé. »
<b>Perception des THM</b>	Rapport aux médicaments	Ok s'il assure une bonne santé	I <sub>f</sub> : « j'ai de la tension, (...) j'ai un cachet à prendre, ba je les prends »
		Perception négative	E <sub>f</sub> : « par contre j'aime pas trop les médicaments »
		Balance bénéfique/risque	L <sub>e</sub> : « tout médicament à un effet, (...) on peut guérir quelque chose, et réveiller autre chose... »
	Croyances	Contre le vieillissement	G <sub>f</sub> : « si je l'avais pris, p't-être que je serais plus jeune, j'aurais rajeuni ! soi-disant c'était miraculeux »
		= cancer du sein	D <sub>f</sub> : « j'avais peur de l'incidence sur le cancer du sein [E et F acquiescent] »
	Acceptation selon l'importance du THM		M <sub>e</sub> : « pour moi c'était pas utile mais peut-être aussi parce que c'était peut-être simple pour moi ! peut-être que si j'en souffrais beaucoup... »
	Acceptation selon le praticien		J <sub>f</sub> : « j'aurais bien aimé, mais le médecin chez qui j'allais, il disait qu'on donnait plus de traitements hormonaux... »

## 2.4. Perception du lien ménopause-MCV

### 2.4.1. Lien

Tout d'abord, la plupart des participantes n'avaient jamais eu la notion que la ménopause pouvait augmenter le RCV, excepté pour deux d'entre elles :

***M<sub>e</sub>*** Que la ménopause, à partir du moment où on est ménopausée les risques CV sont plus importants ?? Ah non je savais pas du tout...

**Focus 2** [Les participantes montrent toutes un questionnement, s'interrogent du regard]

***J<sub>f</sub>*** Je pense qu'on est plus protégée aussi au niveau des maladies CV, une fois qu'on est ménopausée, on a plus de risque aussi.

Ensuite, lorsque l'on citait la phrase expliquant le lien entre les MCV et la ménopause, la réaction était pour la majorité qu'elles semblaient dubitatives face à cette information :

***G<sub>f</sub>*** Alors au niveau des MCV je sais pas [H et I semblent partager la réflexion de G et non celle de J qui pense ne plus être protégée des MCV avec la ménopause] ...

***G<sub>f</sub>, H<sub>f</sub>, I<sub>f</sub>*** [G, H et I semblent vraiment dubitatives]

***A<sub>f</sub>*** Moi c'est 50/50 (...) Je me dis que y a certainement, oui, mais c'est pas l'essentiel du sujet la ménopause là-dedans.

***K<sub>e</sub>*** Ah bon ! (...) Ba je suis étonnée [rigole] je pourrais pas dire plus, je suis étonnée.

Passé cet étonnement, pour certaines femmes, la citation impliquait un questionnement réel de leur part, et finalement adhéraient à cette nouvelle information :

***L<sub>e</sub>*** Je pense que oui !... (...) C'est un changement hormonal, y a tout un changement euh qui se passe... et oui, ça peut...

***E<sub>f</sub>*** Y a un risque hormonal je pense, (...) je pense que le problème hormonal du fait qu'on a eu un changement d'hormone (...) puisqu'on est ménopausée, donc ça peut avoir une incidence (...) sur les problèmes CV

***D<sub>f</sub>*** Il me semble, avoir lu que les hommes étaient plus sujets aux maladies CV que les femmes, donc si cela est vrai, (...) à partir du moment où les femmes (...) n'ont plus ces hormones-là, peut-être qu'elles rattrapent les hommes en quelques sorte dans

les risques CV [E acquiesce].

**J<sub>f</sub>** Une fois qu'elles sont ménopausées (...) à cause des hormones ! (...) on est plus protégé comme avant.

Pour d'autres, cette affirmation était due à une modification générale du corps, mais le lien direct n'était pas juste :

**A<sub>f</sub>, C<sub>f</sub>** A : Ça perturbe l'organisme de façon quand même importante et général.

C : Moi je suis d'accord je suis pas sûre qu'il y ait plus de risque.

**B<sub>f</sub>** Ou alors comme elles sont stressées à ce moment-là elles se mettent à fumer à boire

**A<sub>f</sub>, F<sub>f</sub>** A : (...) hypertension, des facteurs annexes, je crois pas que ce soit la ménopause !

F : les conséquences oui...

Finalement, à la suite de cette information, qu'elles y croient ou pas, très peu se sentaient concernées par ce risque :

**N<sub>e</sub>** Ba écoutez, moi je me sens pas concernée...

**M<sub>e</sub>** Comme n'importe quelles autres maladies, en fait, pas plus, pas moins, à mon avis

**H<sub>f</sub>** C'est pas parce que je suis ménopausée que j'ai plus de risque.

Il est à noter que pour les participantes qui avaient déjà cette notion, l'effet de groupe impliquait qu'elles doutaient de leurs propres informations, jusqu'à les remettre elles-mêmes en cause :

**J<sub>f</sub>** Moi c'est ce que j'ai toujours entendu dire mais bon après c'est peut-être faux je sais pas (...) il me semblait hein mais c'est p't'être une erreur [sourit, gênée] ...

### 2.4.2. Place du praticien

#### - Attente des femmes :

Suite à l'énoncé évoquant le lien entre les MCV et la ménopause, les femmes expliquaient qu'aucun médecin ne leur avait avancé cette information, sauf pour D<sub>f</sub> :

<i>N<sub>e</sub></i>	Du tout, jamais, jamais, non.
<i>K<sub>e</sub></i>	Ah non. Ah non, non...
<i>G<sub>f</sub></i>	J'ai 63 ans, on m'en a jamais parlé que ce soit le gynéco ou le généraliste de problèmes CV pour la ménopause [H et I font « non » de la tête]

Quelques femmes insistaient sur le fait que cette information, si elle était avérée, devait être abordée et évoquée par leur MG :

<i>H<sub>f</sub></i>	Si en effet on a plus de risques (...) ça serait à notre MG de nous en parler...
----------------------	--

Sachant que pour les participantes (excepté L<sub>e</sub> qui ne l'a pas vraiment évoqué), la parole du médecin était crue et suivie :

<i>K<sub>e</sub></i>	En général, mon médecin j'ai confiance en lui, donc (...) si il m'avance ... il connaît plus de choses que moi...
<i>H<sub>f</sub></i>	Si c'est un médecin qui me le dit je veux bien le croire
<i>I<sub>f</sub></i>	Mais si y a un médecin qui nous le dit ba on le croit [G sourit et H acquiesce]!
<i>B<sub>f</sub></i>	Je suis ce qu'on me dit en général, je vais pas contre les avis

#### - Perception du rôle du MG dans le soin :

Au cours des différentes entrevues, l'importance de la confiance des participantes envers leurs MG était mise en avant, ce qui permettait d'obtenir une bonne adhésion aux soins :

<i>C<sub>f</sub></i>	La confiance en son médecin joue, on va le croire ou pas croire, prendre le médicament ou à moitié
<i>B<sub>f</sub></i>	Bon j'ai des tests d'efforts (...) qui n'ont rien décelé donc je fais confiance

Pour certaines, le MG était acteur d'une prévention silencieuse, que même s'il ne parlait pas, il vérifiait au cours de son examen s'il y avait présence de risques, et qu'il ne se mettait en action que s'il y avait une nécessité :

- Jf* | Même si ils nous en parlent pas, c'est des gestes qu'ils font automatiquement (...) mais, si on a pas de diabète, pas de cholestérol je pense que y a pas de soucis, voilà
- If* | Ouais c'est le Docteur M qui m'a conseillée d'aller voir le cardiologue... Alors est ce que c'est parce que (...) j'ai de la tension, que j'ai de mon côté beaucoup d'AVC (...) c'est le tout qui fait qu'elle m'a conseillée, pas conseillée : obligée ! [Rire]

Enfin, il était mis en avant que lorsqu'il y avait une bonne approche centrée patient (ACP), la patiente acceptait les différentes « consignes du médecin », et que si elle n'existait pas, l'inverse se produisait :

- Df* | Puis j'étais fixée aussi sur le fait aussi que j'ai eu un rapport difficile avec cet endocrinologue qui est un peu sec raide etc. donc du coup je me braque
- If* | Elle est sympa Docteur M elle me dit « vu que vous faites du sport, moi je veux absolument que vous alliez voir le cardiologue », donc c'est vrai que je suis allée voir le cardiologue

### 2.4.3. Tableau de synthèse

<b>Lien Ménopause - MCV</b>	Pas de notions		M <sub>e</sub> : « ah non je savais pas du tout... »
	Réaction dubitative		K <sub>e</sub> : « peut être... mais sans plus. »
	Entraîne un questionnement personnel		D <sub>f</sub> : « à partir du moment où elles n'ont plus ces hormones-là, peut-être qu'elles rattrapent les hommes en quelque sorte »
	Mais ne se sentent pas concernées		H <sub>f</sub> : « c'est pas parce que je suis ménopausée que j'ai plus de risque. »
<b>Place du praticien</b>	Attente des femmes	Demande l'information par leur MG	H <sub>f</sub> : « si en effet on a plus de risques, ça serait à notre MG de nous en parler »
		Parole du docteur incontestable !	I <sub>f</sub> : « je l'ai cru (...) c'est lui le spécialiste ! »
	Perception du rôle du MG dans le soin	Confiance = Bonne adhésion aux soins	C <sub>f</sub> : « la confiance en son médecin joue, on va le croire ou pas croire, prendre le médicament ou à moitié »
		Prévention silencieuse	J <sub>f</sub> : « il doit bien voir si y'a quelque chose (...), même si ils nous en parlent pas, c'est des gestes qu'ils font automatiquement »
		ACP capital	I <sub>f</sub> : « Elle est sympa Docteur M (...) donc (...) je suis allée voir le cardiologue »

## 2.5. Rapport à l'information et ses attentes.

### 2.5.1. Supports utilisés.

D'après les participantes, elles prenaient leurs informations, par ordre décroissant :

- Des médias, qui incluaient les spots publicitaires, campagnes d'informations, radio, ou encore article de revue :

M<sub>e</sub> Quand on écoute la radio, quand je lis la presse, il y a un moment dans le monde tout un truc sur les AVC, (...) à la radio aussi, c'était les signes d'un AVC, qu'est ce qui fallait faire voilà...

N<sub>e</sub> Je regarde des émissions quelquefois

G<sub>f</sub> Maintenant on nous informe beaucoup en nous disant (...) mangez pas, pas trop de ci, pas trop là

- Du praticien, essentiellement par les plaquettes informatives dans les salles d'attente pour  $N_e$  :

$M_e$  Plutôt le médecin, je pose des questions

$N_e$  Quand je vais chez le docteur, y a tous des supports (...) si je suis concernée (...) je demande l'avis au docteur

- Et de la culture commune qui inclut les rumeurs, les on-dit, les connaissances culturelles :

$M_e$  C'est des lieux communs en fait, ce qui se dit

$N_e$  C'est ce qu'on entend le plus souvent d'ailleurs, enfin... en ma connaissance  
J'entends de partout, qu'il faut faire du sport, 30-45 min par jour de marche

Pour ce qui était d'internet, son utilisation était peu mise à contribution, inspirant plutôt de la peur

$M_e$  parce que internet non, c'est... il n'en est pas question, je trouve qu'on est pas, on a pas ce qui faut pour comprendre...

$E_f$  ce qui fait peur c'est internet [B et D acquiescent].

### 2.5.2. Perceptions et attentes des femmes

Les participantes étaient, comme on l'a vu dans les verbatims précédents, plutôt demandeuses d'obtenir des informations :

$K_e$  Les causes réelles j'aimerais bien les savoir

$H_f$  Ça serait à notre MG de nous en parler...

$A_f$  Vous me répondrez quand même si je suis dans le vrai hein ?  
Y a pas assez d'information là-dessus. Faut vraiment se pencher sur le problème pour aller chercher des informations.

$B_f$  Donc prévention, information.

Cependant, lorsque l'on allait plus loin dans le questionnement, les participantes ne montraient pas de demande directe auprès de leur MG :

**H<sub>f</sub>** J'veais pas spécialement chez le médecin en me disant, ma mamie a fait ça (...) je risque d'en avoir un aussi voilà [I acquiesce]. Ça m'incite pas plus à y aller.

Elles ne montraient pas non plus de réels questionnements personnels que ce soit sur les MCV, les FRCV ou bien la ménopause :

**N<sub>e</sub>** non, parce que ça c'est bien passé, donc euh... point hein !

**M<sub>e</sub>** Par rapport à la ménopause non.

### 2.5.3. Tableau de synthèse

<b>Supports utilisés</b>	médias	Campagnes de prévention	M <sub>e</sub> : « quand on écoute la radio, quand je lis la presse »
		Radio	
		Articles de revues	
	Praticien		M <sub>e</sub> : « Plutôt le médecin »
	Culture commune	Rumeurs	N <sub>e</sub> : « c'est ce qu'on entend le plus souvent d'ailleurs, enfin... en ma connaissance »
		Les on-dits	
Connaissances culturelles			
Peur d'internet		E <sub>f</sub> : « ce qui fait peur c'est internet. »	
<b>Perception et attente des femmes sur l'information</b>	Demande d'informations		Af : « y a pas assez d'information là-dessus. Faut vraiment se pencher sur le problème pour aller chercher des informations. »
	Pas de demande directe formulée aux MG		Après que l'animatrice ai demandé à J <sub>f</sub> si elle posait les questions à son MG J <sub>f</sub> : « non parce que, les médecins généralistes (...) ils voient bien si on a de la tension (...) il doit bien voir si y'a quelque chose »
	Pas de questionnements personnels sur les MCV, les FRCV ou la ménopause		D <sub>f</sub> : « sinon une maladie cardiovasculaire, pour mon compte personnel, ce n'est pas une chose à laquelle je pense... »

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de ce travail

### 1.1. Les forces

#### 1.1.1. Méthode qualitative en focus group et entretiens individuels

L'intérêt principal de la méthode des « entrevues de groupe » (33) est l'interaction entre les participants et la réflexivité collective (34). Cette dynamique permet en un temps restreint d'explorer et de stimuler les nombreuses représentations possibles sur un sujet (33)(31).

La réalisation des entretiens individuels a permis d'explorer certaines représentations plus intimes, et d'accroître la diversité des données recueillies en diminuant l'effet boule de neige. Comme l'explique Geoffrion, « les participants changent parfois d'opinion en entendant les propos tenus par d'autres participants » (35). Ainsi, les participants s'influencent mutuellement entraînant une forme de conformité d'opinions (30)(33). Ces entretiens ont favorisé également, la participation des participantes réticentes ou se sentant en difficulté à l'idée de s'exprimer au sein d'un groupe.

L'échantillon des personnes ayant participé aux différents groupes s'apparente à un échantillon dit théorique et non statistique (29). La description des caractéristiques de nos participantes confère à nos données une possible transférabilité. Cependant la population étudiée n'a pas été constituée dans un but de représentativité de la population source (31).

La réalisation successive de ces GDF a permis de recentrer et affiner le guide d'entretien pour la suite des entrevues (Annexe 5). Ainsi, il nous a semblé intéressant d'ajouter une question quant aux modes d'information qu'utilisent les participantes quand il s'agit de s'informer sur la santé.

La majorité des participantes n'avait jamais expérimenté les GDF. Ainsi lors du recrutement via la fiche d'information (Annexe 4) et au début de chaque séance, un rappel sur le déroulement ainsi que les objectifs de ce type de recherche ont été réalisés. Cela a

permis de clarifier, pour chacun, les modalités d'une telle rencontre (34), de les informer de la « convention d'écoute réciproque et de non-critique » de la part des chercheurs et des autres participants (36). Le but était de favoriser leur liberté d'expression (34).

Afin de limiter au maximum les biais d'analyse, les données audios recueillies ont été retranscrites le plus fidèlement possible, mot à mot, après leurs enregistrements. Pour ce qui est des données non verbales, la prise de notes de l'observateur a été intégrée sous forme de commentaires à la retranscription.

### 1.1.2. Méthode d'analyse

L'analyse des données est un processus continu depuis leur collecte et tout au long de la recherche (30). Elle débute par des étapes communes aux différentes formes d'analyse qualitative : lecture, découpage en unité de sens, thématisation puis catégorisation (37). L'étude des verbatims a été conduite selon une approche inductive, selon les principes de la théorisation ancrée.

La théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives ». La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation (38).

Le but de cette analyse ainsi que des autres méthodes d'analyse qualitative (analyse thématique, analyse phénoméno-structurale, analyse phénoméno-pragmatique) est la compréhension holistique d'un phénomène humain vécu en situation (32)(37).

La validité interne de cette étude est renforcée par la triangulation des chercheurs. La mise en relation des différents codage et thématiques a permis de vérifier la crédibilité de l'analyse.

### 1.1.3. Originalité du travail

De nombreuses recherches d'analyse de la morbi-mortalité sont réalisées par rapport aux FRCV et aux méthodes de préventions primaires et secondaires.

La recherche bibliographique a permis de constater qu'il existait peu de données sur la perception que les femmes ménopausées ont de leur risque CV ainsi que de ce qui constitue des facteurs de risque. Les MCV étant la première cause de mortalité chez les femmes, cette question fait partie d'un enjeu de santé publique de premier ordre.

Il nous a paru intéressant d'évaluer les représentations des participantes sur ce sujet afin de mieux assurer leur prise en charge, en médecine générale.

## 1.2. Les limites

Malgré un rappel téléphonique ou par mail, il y a eu un taux élevé d'absentéisme et d'annulation dans les 24h précédant la réunion au cours des GDF : 3/9 dans le premier et 5/9 dans le deuxième, soit 44%. Ce taux d'absentéisme pourrait s'expliquer par les réticences que pouvaient éprouver les femmes à l'encontre des réunions de groupe ou bien par un sentiment de frein socio-économique (sachant que l'essentiel de l'absentéisme portait sur des femmes d'un niveau socio-économique très faible).

La réalisation des entretiens individuels a été faite dans le but de favoriser leur participation et ils ont permis d'accroître la diversité des données recueillies.

Par ailleurs, les deux GDF ont été animés par la directrice de thèse qui s'était présentée comme une chercheuse et non comme faisant partie du corps médical, ce qui n'a pas été le cas pour les entretiens individuels. Cette différence de position a pu influencer certaines réponses des participantes des entretiens individuels.

Il n'y a pas eu de validation de nos résultats par les répondantes. Cependant une synthèse des idées principales a été effectuée à la fin de chaque interview, avec les participantes, afin de ne pas méconnaître une information ou son interprétation.

## 2. Les résultats

### 2.1. La ménopause FRCV à part entière ?

Les résultats de cette enquête montrent que les femmes restent dubitatives quant à la place de la ménopause en tant que FRCV.

Quelques-unes d'entre elles estimaient que la ménopause était responsable d'un dérèglement général de l'organisme, mais qu'elle n'était en aucun cas la cause de troubles CV. A l'inverse, deux des participantes expliquaient que la ménopause, du fait de la carence en œstrogènes, pouvaient être effectivement responsable de complications CV. Cette question divise aussi la population médicale.

En effet, il est difficile de différencier le risque induit par la ménopause, ou bien le risque induit par l'âge (39), ou encore le risque induit par le sexe. Dans l'étude EUROASPIRE II, passé 65 ans, il est montré que les femmes développent certains FRCV de manière plus importante que les hommes (figure 1, (20), (40)).

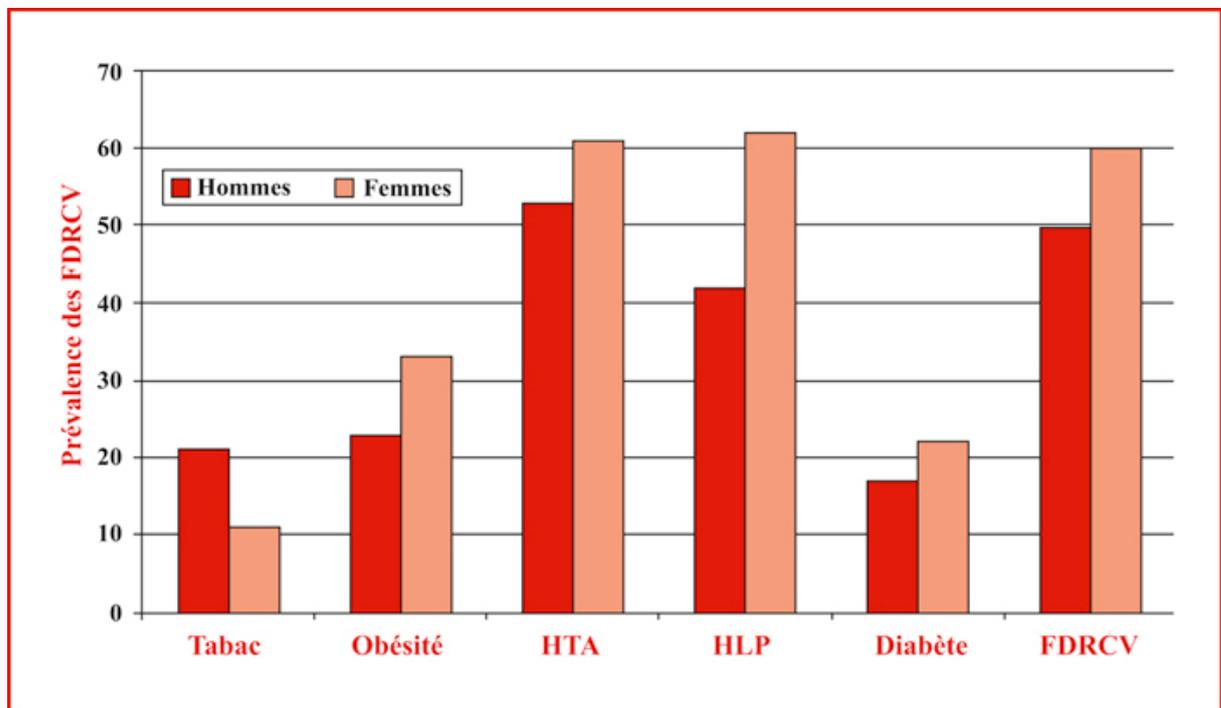


Figure 1-Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire selon le sexe à âge égal. HPL : hyperlipidémie, FRCV : facteur de risque cardiovasculaire.

Or des FRCV comme le diabète entraînent un risque accru d'IDM et de mortalité hospitalière chez les femmes (20)(41). De même, l'association de certains FRCV chez la femme entraînerait une augmentation du risque CV global (20). En effet, selon une étude publiée en 2007, le risque relatif de mortalité cardiovasculaire est de 4.57 chez la femme présentant une HTA associée à un diabète contre 1.89, pour les femmes ayant une HTA isolée (42).

Cependant, les données épidémiologiques de l'étude Framingham en 1976 ont rapporté une incidence des MCV plus élevée chez les femmes ménopausées par rapport à celles non ménopausées au même âge (Annexe 2, (17)).

De plus, les modifications physiologiques qu'entraîne la ménopause induisent une augmentation du risque CV.

En premier lieu, au cours de la ménopause, le métabolisme lipidique est modifié, avec une augmentation conjointe du LDL et des triglycérides, ainsi qu'une diminution du HDL. Ce qui contribue à une élévation du risque CV chez les femmes au décours de la ménopause (43).

Ensuite, l'incidence de l'HTA augmente rapidement après la ménopause (15), suite à la diminution des œstrogènes, ce qui épaissit les artères en les rendant plus rigides (44). De plus, il semblerait que les bouffées de chaleur entraînent une augmentation de la pression artérielle (45).

Enfin, la carence oestrogénique entraîne une modification de la répartition des graisses (46) et l'installation d'une insulino-résistance (15), ce qui augmente l'incidence du syndrome métabolique, mais aussi celle du diabète de type 2 au cours de la ménopause (47)(48).

Devant ces constatations, la ménopause est donc une véritable « plaque tournante » du point de vue CV chez la femme (20).

## 2.2. La perception de la prévention et de la promotion de la santé

Au cours des différents entretiens, la place de la prévention et de la promotion de la santé a été mise en avant par les participantes, surtout dans le cadre de leur « capital santé ».

L'OMS définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (49). Le capital santé, introduit par le sociologue Gilles Lipovetsky, peut être défini comme l'état de santé que nous possédons à la naissance, et relève d'une responsabilité à la fois collective et individuelle (50).

La plupart, voire l'ensemble des participantes, s'estimait en bonne santé, et ce malgré l'identification d'un ou plusieurs FRCV. De plus, certaines participantes constataient avoir

des attitudes à risques, alors que d'autres semblaient ne pas les prendre en considération. Cette tendance est relativement retrouvée dans les différents travaux portant sur la prévention et la perception du risque CV (51), (52), (53).

Une campagne de sensibilisation a été organisée par la ligue Cardiologique Belge dans ce contexte de sous-estimation du risque CV par les patients (54), en utilisant l'âge CV calculé par l'équation de l'étude canadienne CHECK-UP (55). Cette campagne a révélé que 65 % des personnes ayant un profil à risque élevé sous estimaient leur risque CV (54).

Les différents entretiens, et particulièrement le deuxième GDF, ont mis en avant la vision négative qu'ont les participantes sur les dépistages et sur les campagnes d'information et de prévention.

Par rapport aux campagnes de prévention mises en place par le Plan National Nutrition Santé (56), les femmes en ont une image très critique : « le dictat des 5 fruits et légumes »... Des études socio-anthropologiques ont mis en avant que ces campagnes informatives étaient peu efficaces pour amener le patient à opérer des modifications d'habitudes alimentaires (57)(58). En effet, cette difficulté s'explique par la différence d'approche entre celle rationnelle de la promotion de la santé et celle réelle (contexte de « vraie vie ») des patients (59). Pour l'anthropologue Laplantine, les patients sont ancrés dans leur vie familiale, personnelle et dans leurs représentations anthropologiques de la santé et de la maladie (60). Ce qui reprend l'importance de l'ACP dans la prise en charge globale du patient (59).

Pour ce qui est de la crainte du dépistage évoquée par les femmes, et en particulier les campagnes de dépistages des cancers du sein et colorectal, on retrouve dans des ouvrages anthropologiques des hypothèses pouvant expliquer cette non volonté de participer à ces programmes. Pour l'humain, le cancer est une maladie invisible qui fragilise la frontière entre la représentation de la bonne santé et de la maladie (61). Selon la psychologue Durif, et comme l'ont évoqué certaines participantes, la santé est perçue comme un « silence d'organe » (62). Cette représentation implique une peur associée au cancer qui peut frapper n'importe où, n'importe qui et n'importe quand (63). Or, la peur en communication peut entraîner des réactions négatives comme des attitudes d'évitement, la minimisation de la menace, voire la dévalorisation de la menace ainsi que le déni de l'implication personnelle (64)(65).

Par rapport aux chiffres, selon l'Institut national du cancer, en 2016 le taux de participation pour le dépistage du cancer du sein était de 50.7% (en baisse par rapport à l'année précédente) (66). Pour ce qui est du dépistage du cancer colorectal, sur l'année 2016 le site de Santé publique France annonçait un taux de participation de 33.5% (en hausse par rapport à l'année précédente) (67).

### 2.3. La perception de l'information

Au cours des réunions, les participantes se sont montrées très demandeuses d'informations, estimant ne pas en recevoir de leurs praticiens. Cette notion est peu retrouvée dans les thèses et études actuelles, où les patients ont plutôt tendance à se sentir bien informés. Comme dans cette thèse où à la question « vous sentez-vous suffisamment informé sur le risque cardio-vasculaire ? », 78.9 % des personnes interrogées estiment l'être (51).

Même si les participantes sont demandeuses d'informations, elles ne la réclament pas. Dans une thèse qualitative de 2001, on retrouve que les personnes âgées étaient moins demandeuses d'explications car elles font confiance au médecin "qui doit savoir" (68).

Cette notion de confiance est d'ailleurs bien mise en avant par les participantes, et retrouvée dans différents travaux (52). En 2010 un sondage montrait que 85% des français se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur MG (69).

### 2.4. Les THM

Par rapport aux THM, certaines participantes avaient des croyances sur les effets miracles de ces traitements sur le vieillissement. Cette notion est instaurée dans les années 60, avec le développement du marché des THM (70), (71). Le docteur Robert Wilson publie un ouvrage vantant les effets des THM qui répond aux préoccupations des femmes souhaitant ne pas vieillir et « se libérer des contraintes de la nature » (72). A la fin des années 80, le THM était perçu par l'ensemble de la population (patients, médias et médecins) comme une fontaine de jouvence (73).

S'est ensuite posée la question du cancer du sein, qui entraînait une réelle peur des participantes, et faisait que pour certaines, elles ne prenaient pas ou arrêtaient le traitement. Dans l'histoire du THM, deux grands essais ont été menés en 2002 puis 2003 sur

ce risque, intitulés respectivement la WHI, puis la Million Women Study (MWS) (24)(74). Ces deux essais ont amené le centre international de recherche sur le cancer à classer les THM en 2005 en traitement cancérigène pour l'humain (75)(76)(77). Il a été vu par la suite que le risque du cancer du sein était lié au type de progestatif combiné aux œstrogènes et à la durée de prescription (78)(79). Il est à noter que les THM à base de progestérone micronisée ou de dydrogestérone prescrit moins de 5 ans ne semblent pas augmenter le risque du cancer du sein. En 2004, une enquête effectuée par la SOFRES a montré que 28.7% des femmes qui prenaient un THM l'avaient arrêté temporairement ou définitivement et la peur du cancer en était l'une des raisons principales (80).

Les femmes ont aussi mis en avant dans les discussions, que la prise du THM était acceptée en fonction de son praticien. Cette notion se retrouve dans quelques études comme en 2013, où les médecins installés après la publication de l'étude WHI avaient tendance à moins prescrire de THM que les médecins installés avant cette publication (81). De même en 2015, il a été montré que les jeunes médecins avaient des réticences à l'encontre des THM, et qu'ils avaient tendance à seulement renouveler les THM et non pas les instaurer (82).

La question de l'effet protecteur du THM a été mis en avant par l'une des participantes. Jusqu'aux essais sortis avec la WHI, et la MWS, les THM étaient considérés comme protecteurs CV (71). Mais depuis, les différents articles et études mettent en avant les risques cardiovasculaires qui y sont associés (83)(84). Cependant, la question de la fenêtre thérapeutique se pose quant à l'utilisation des THM (85). L'étude ELITE en 2016 a comparé deux groupes de femmes : un groupe avec des participantes âgées en moyenne de 55,4 ans dont l'ancienneté de la ménopause était de 3,5 ans (groupe 1), et un autre dans lequel les femmes étaient âgées de 63,5 ans en moyenne avec une ménopause qui remontait à 14 ans (groupe 2). Il ressort de cette étude que l'augmentation de l'épaisseur intima-média est apparue significativement plus faible chez les femmes traitées du groupe 1 par rapport à celles ayant reçu le placebo, alors qu'aucune différence en termes de progression de l'athérosclérose n'a été notée dans le groupe 2 entre les femmes traitées et celles ayant reçu le placebo (86)(87). Ces données avaient ainsi conduit à développer le concept de « fenêtre d'opportunité thérapeutique » du THM pour les femmes entre 50 et 60 ans et aux recommandations de ne pas débiter un THM au-delà des 10 premières années de la phase post-ménopausique (88).

### 3. Perspectives

Pour améliorer l'adhérence des patientes aux actions de prévention individuelles et collectives, il serait intéressant d'organiser un programme portant sur l'aspect positif de la santé. Comme on le voit dans les entretiens, les participantes sont prêtes à modifier leurs habitudes de vie pour préserver leur bonne santé, mais sont plutôt récalcitrantes lorsqu'il s'agit de prévenir des maladies. Ayant même des attitudes d'évitement sur les campagnes de dépistages de cancers.

D'un point de vue collectif, il pourrait être envisagé des plaquettes expliquant les bénéfices d'une alimentation saine qui pourrait améliorer l'HTA, le cholestérol, le diabète ou encore le surpoids.

Dans le cadre de la prévention individuelle, les MG ont toute leur importance en abordant cette notion par l'ACP. Avoir les connaissances scientifiques ne suffit pas pour convaincre le patient de modifier ses habitudes. Pour aboutir aux objectifs, il faudrait utiliser des démarches éducationnelles centrées sur le patient, ses besoins, ses désirs, et ses capacités à changer (59). On pourrait envisager une consultation dédiée, après 50 ans, pour discuter des MCV et ses risques, puis axer sur les bonnes attitudes à adopter pour préserver sa bonne santé.

# CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et perceptions qu'ont les femmes ménopausées du risque cardiovasculaire.

Les réponses récoltées au cours des différents entretiens et GDF ont permis de montrer que les femmes sous estimaient ce risque.

Tout d'abord, ces femmes définissaient la bonne santé selon quatre grands axes qui sont l'alimentation, l'activité physique, l'absence de recours au corps médical et une absence de souffrance permettant de se sentir bien dans sa peau. Le rapport à la maladie était variable selon le degré d'atteinte, la brutalité d'entrée dans la maladie et la perte d'autonomie. Il en ressortait souvent un déni et une banalisation de ces maladies en pratiquant la « politique de l'autruche ».

Malgré une bonne identification des facteurs de risque CV, les femmes se sentaient peu concernées par les MCV, même si ces maladies étaient courantes dans leur entourage et même si elles reconnaissaient avoir des attitudes à risque. Un phénomène de banalisation ressortait des discussions du fait d'une confiance importante dans les nouvelles techniques médicales « de réparation de la tuyauterie ». Le rapport à la prévention était double. En premier, les participantes considéraient la prévention comme la préservation de leur capital santé en adaptant leurs habitudes alimentaires et leurs activités physiques. En second lieu, les femmes avaient une vision négative de la prévention de masse, en qualifiant ces campagnes comme « des dictats ».

Pour ce qui est de la ménopause, les femmes étaient pour la plupart ravies, malgré les inconforts du climatère, mais reconnaissaient que la vision générale de la ménopause était négative et significative de vieillesse. Peu de participantes avaient recours aux THM, à la fois en lien avec la perception négative des effets des médicaments, mais aussi en lien avec la peur du cancer. Finalement, les femmes ménopausées ne considéraient pas la ménopause comme un évènement entraînant des conséquences CV.

Devant ces résultats, révélant la méconnaissance des femmes du lien entre ménopause et majoration du risque CV mais également au manque de certitudes concernant les MCV, le médecin traitant aura un rôle d'information et de vigile auprès des patientes dans cette période à risque pour leur santé. Dans une ACP, il devra renforcer la tendance à une action pour la santé et non contre la maladie. Pour ce faire il sera attentif aux attentes non formulées sur l'information des risques CV et le lien avec la préservation du capital santé.

# BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Maladies cardiovasculaires [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
2. ANAES. MÉTHODES D'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL. 2004.
3. Notre soupe aux cailloux RQASF. Les maladies cardiovasculaires. Au cœur de la santé des femmes. 2012.
4. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754387/fr/evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardio-vasculaire)
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study. *Lancet Lond Engl.* 11 sept 2004 ;364(9438) :937-52.
6. Houehanou Sonou YCN. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire en population tropicale - cas du Bénin. [France] : Université de Limoges ; 2015.
7. Rudaz A, Rima A, Humair J-P. Scores de risque cardiovasculaire : pourquoi, comment et quand les utiliser ? 2010;(6) :1809-15.
8. le risque vital cardio-vasculaire [Internet]. 2012. Disponible sur : [http://www.esculape.com/cardiologie/score\\_riskcardiovasc.html](http://www.esculape.com/cardiologie/score_riskcardiovasc.html)
9. Bongard V, Ferrieres J. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. 2006;(1) :79-87.
10. michel galinier, philippe francois. Risque cardiovasculaire en prévention primaire. oct 2011;tome 25(867):34.
11. Ottawa\_Charter\_F.pdf [Internet]. Disponible sur : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
12. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 18 septembre 2007/n°35-36.
13. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 7 juin 2011/n°22
14. Gabet A. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. :9.
15. Dessapt A-L, Gourdy P. Ménopause et risque cardiovasculaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2012;41(7):F13-9.
16. Peters HW, Westendorp IC, Hak AE, Grobbee DE, Stehouwer CD, Hofman A, et al. Menopausal status and risk factors for cardiovascular disease. *J Intern Med.* déc 1999;246(6):521-8.

17. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease : the Framingham study. *Ann Intern Med.* oct 1976;85(4):447-52.
18. Qu'est-ce que la ménopause ? [Internet]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/menopause/326-qu-est-ce-que-la-menopause>
19. Ménopause et risque cardiovasculaire. (G. André).
20. Berdah J, Amah G. Spécificités des facteurs de risque cardiovasculaire chez la femme. *Sang Thromb Vaiss.* 1 oct 2011 ;23(7) :338-47.
21. Bonithon-Kopp C, Scarabin P-Y, Darne B, Malmejac A, Guize L. Menopause-Related Changes in Lipoproteins and Some Other Cardiovascular Risk Factors. *Int J Epidemiol.* 1 mars 1990 ;19(1):42-8.
22. hanon o, mourad j, girerd x. Les JTA [Internet]. 2002. Disponible sur : [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=238](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=238)
23. SCARABIN PY, PLU-BUREAU G. THM et risque cardiovasculaire. *Dropbox.* 8 mars 2010 ;204-5.
24. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized Trial of Estrogen Plus Progestin for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women. *JAMA.* 19 août 1998 ; 280 (7) :605-13.
25. Investigators WG for the WHI. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women : Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 17 juill 2002 ;288(3) : 321-33.
26. « Hormonothérapie substitutive de la ménopause : des risques cardiovasculaires » *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (235) : 27-33.
27. Carnelle B, Le Mauff P. Les MG connaissent-ils la notion de risque cardiovasculaire absolu ? *Exercer* 2006 ;78 :99-102.
28. NGUYEN G., KRIVITZKY A. Evaluation des pratiques médicales et de la perception des patients concernant la prise en charge des maladies cardio-vasculaires REACT : Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment. *La Lettre du Cardiologue*, septembre 2000, n°334-335, p.13-17.
29. Paul Frappé. *Initiation à la recherche.* 2011<sup>e</sup> éd. La revue du praticien ; 216 p.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. *Introduction à la recherche qualitative.* 19 :4.
31. MOREAU A, DEDIANNE M-C, LETRILLIART L. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen.* 15 mars 2004 ;18(645):382-4.
32. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative première partie. *Exercer, la revue française de médecine générale.* 2009 ;20(87):74 - 9.
33. Baribeau C. L'entretien de groupe : considération théoriques et méthodologiques. *Rech Qual.* 2010 ;29 :28-49.

34. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group Auteurs : Marty L, Vorilhon P, Vaillant Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. *exercer* 2011 ;98 :129-35.
35. Gauthier B. *Recherche Sociale : De la Problématique à la Collecte des Données*. PUQ ; 2009. 784p.
36. Duchesne S, Haegel F. *L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs*. :134.
37. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2013;(105) :4 à 11.
38. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
39. BLACHER J. Ménopause et prise en charge du risque cardio-vasculaire [Internet]. Disponible sur : <http://www.gemvi.org/congres-session-30.php>
40. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries ; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J*. avr 2001 ;22(7) :554-72.
41. Dotevall A, Hasdai D, Wallentin L, Battler A, Rosengren A. Diabetes mellitus : clinical presentation and outcome in men and women with acute coronary syndromes. Data from the Euro Heart Survey ACS. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. nov 2005;22(11):1542-50.
42. Rosano GMC, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric J Int Menopause Soc*. févr 2007;10 Suppl 1:19-24.
43. Seed M, Knopp RH. Estrogens, lipoproteins, and cardiovascular risk factors : an update following the randomized placebo-controlled trials of hormone-replacement therapy. *Curr Opin Lipidol*. Août 2004 ; 15 (4) : 459-67.
44. FEDECARDIO | Hypertension : situations à risque chez la femme [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/hypertension-situations-a-risque-chez-la-femme>
45. Gerber LM, Sievert LL, Warren K, Pickering TG, Schwartz JE. Hot flashes are associated with increased ambulatory systolic blood pressure. *Menopause N Y N*. avr 2007 ; 14 (2) : 308-15.
46. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Benussi C, De Simone L, Genazzani AR. Climacteric modifications in body weight and fat tissue distribution. *Climacteric J Int Menopause Soc*. Mars 1999 ; 2 (1) : 37-44.
47. BERDAH J. Berdah J (2010). La femme et le syndrome métabolique. *Réalités en Nutrition et en Diabétologie*. 27 :23 - 27.
48. Lamisse F. Ménopause et syndrome métabolique. *Option/Bio*. 1 mars 2009 ;20(415):12-3.
49. OMS | Constitution de l'OMS : ses principes [Internet]. WHO. Disponible sur : <http://www.who.int/about/mission/fr/>

50. Blanchard S. Le double visage du « capital santé », par Sandrine Blanchard. Le Monde.fr [Internet]. 12 déc 2006
51. ROYER N, Université de Bourgogne. Dijon. FRA / com. Connaissances, perception, comportements et information des patients concernant le risque cardiovasculaire en prévention primaire et en médecine générale. 2006.
52. MANSOURI L. Connaissances et perception de la notion de facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients en médecine générale. Paris 7 ; 2012.
53. van Steenkiste B, van der Weijden T, Timmermans D, Vaes J, Stoffers J, Grol R. Patients' ideas, fears and expectations of their coronary risk : barriers for primary prevention. Patient Educ Couns. nov 2004;55(2):301-7.
54. COTTIN Y, GUDJONCIK A, CARVALHO AD, PERNET-GALLAY C, SICARD P. Répartition dans la population générale des différents niveaux de risque cardiovasculaire. :5.
55. Grover SA, Lowensteyn I, Joseph L, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, et al. Patient knowledge of coronary risk profile improves the effectiveness of dyslipidemia therapy : the CHECK-UP study : a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 26 nov 2007 ; 167 (21) : 2296-303.
56. Accueil | Manger Bouger [Internet]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/>
57. Corbeau J-P. Pour une approche plurielle de notre alimentation. Sci Aliments. 28 déc 2007 ; 27 (6) : 371-9.
58. Fournier T. Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Sci Soc Santé. 15 nov 2012 ; 30 (2) : 35-60.
59. Mode de vie et risque cardiovasculaire. CASTAIGNE A, POUCHAIN D. 2005 ; 55 (16) : 1795-804, Art.
60. ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine - François Laplantine
61. Sarradon A. Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. In : Soussan PB, éditeur. Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte. ERES ; 2004 p. 31-45.
62. Durif C. Corps interne et physiologie profane. Ethnol Fr. 1992 ;22(1) :71-8.
63. Aiach P. Peur et images de la maladie : l'opposition cancer/maladies cardiaques. Bull Cancer (Paris). 1980 ; 67 (2) :183-90.
64. Block LG, Keller PA. When to Accentuate the Negative : The Effects of Perceived Efficacy and Message Framing on Intentions to Perform a Health-Related Behavior. J Mark Res. 1 mai 1995 ;32 :192-203.
65. Le Meur Papier : Perception du risque.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://serveur-web.iae.univ-lille1.fr/SitesCongres/JIMS2012/images/atelier/l%20Le%20Meur%20Papier%20%20perception%20du%20risque.pdf>

66. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
67. Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal [Internet]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>
68. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. :129.
69. Le patient et son généraliste "médecin traitant" [Internet]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/609/fichier\\_lepatient\\_medtrait\\_vf0af76.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf)
70. McCrea FB. The Politics of Menopause : The « Discovery » of a Deficiency Disease. Soc Probl. 1983 ; 31 (1) : 111-23.
71. Histoire(s). La médicalisation de la ménopause Rev Prescrire 2012 ; 32 (344) : 469.
72. Houck JA. « What do these women want ? » : Feminist responses to Feminine Forever, 1963-1980. Bull Hist Med. 2003 ;77(1) :103-32.
73. Young J. Ménopause. Un défi différent pour chaque femme. Rev Prat. 28 févr 2005 ;4 :361-2.
74. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet Lond Engl. 9 août 2003 ;362(9382) :419-27.
75. Cogliano V, Grosse Y, Baan R, Straif K, Secretan B, Ghissassi FE, et al. Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment. Lancet Oncol. Août 2005 ; 6 (8) : 552-3.
76. Volume 91 Combined Estrogen–Progestogen Contraceptives and Combined Estrogen–Progestogen Menopausal Therapy 2007 ; 528 pages
77. Lasserre A, Fournier A. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juill 2016 ; 44 (7) : 424-7.
78. Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault M-C, Clavel-Chapelon F. Estrogen-progestagen menopausal hormone therapy and breast cancer : does delay from menopause onset to treatment initiation influence risks ? J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 nov 2009 ; 27 (31) : 5138-43.
79. Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Desreux J, Gompel A, Boutron-Ruault M-C, et al. Oral progestagens before menopause and breast cancer risk. Br J Cancer. 12 mars 2007 ; 96 (5) : 841-4.
80. Chanson P. Historique du traitement hormonal substitutif de la ménopause. Rev Prat. 28 févr 2005 ; 4 : 369-75.

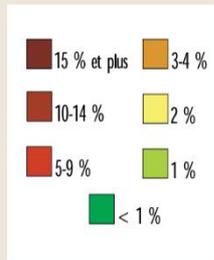
81. Le Glatin C, Primault J-M, Université de Rennes 1, Université européenne de Bretagne. Enquête autour de la ménopause et du traitement hormonal de la ménopause chez les médecins généralistes des Côtes-d'Armor en 2013. [S.l.] : [s.n.] ; 2014.
82. Nalet P. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) chez les jeunes médecins généralistes de Gironde : connaissances, attitudes et pratiques. 12 mars 2015 ; 142.
83. Prescrire Rédaction "Hormonothérapie substitutive de la ménopause (suite)" Rev Prescrire 2004 ; 24 (246) : 25-28.
84. Fugh-Berman A, Scialli AR. Gynecologists and estrogen : an affair of the heart. *Perspect Biol Med.* 2006 ; 49 (1) : 115-30.
85. Hodis HN, Mack WJ. Postmenopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Disease in Perspective. *Clin Obstet Gynecol.* Sept 2008 ; 51 (3) : 564-80.
86. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, Shoupe D, Budoff MJ, Hwang-Levine J, et al. Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *N Engl J Med.* 31 mars 2016 ; 374 (13) : 1221-31.
87. WOZNIAK L. Traitement hormonal de la ménopause : retour à la case départ [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2017
88. Pavlidou E, Pirtea P, Streuli I. Traitement hormonal de la ménopause en 2016. 2016 ; 2 (536) : 1805-10.

# ANNEXES

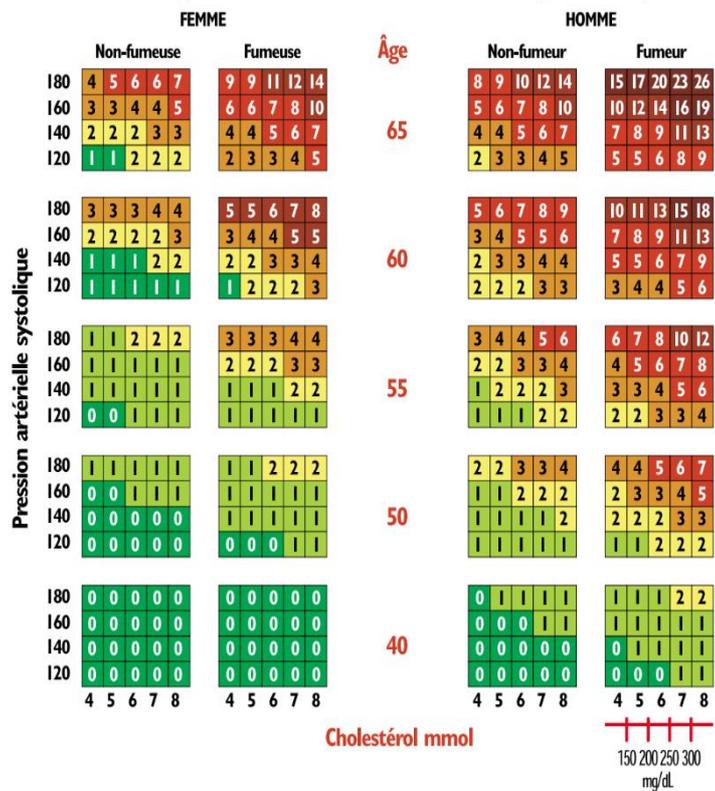
## ANNEXE 1 – Equation de risque SCORE

L'équation de Framingham évalue le risque de coronaropathie à 10 ans en fonction de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol total (ou cholestérol-LDL) et de cholestérol-HDL, des pressions artérielles systoliques et diastoliques et de la présence d'un diabète et d'un tabagisme. Un risque supérieur à 20 % est considéré comme élevé et requiert une prise en charge identique à celle d'un sujet en prévention secondaire.

L'équation de risque SCORE évalue le risque de décès cardiovasculaire à 10 ans en fonction des facteurs de risque. Un risque supérieur à 5 % est considéré comme élevé et requiert une prise en charge identique à celle d'un sujet en prévention secondaire.



Estimation du risque de décès cardiovasculaire à 10 ans selon l'équation de risque SCORE



ANNEXE 2 – Incidence annuelle des maladies CV avant et après la ménopause

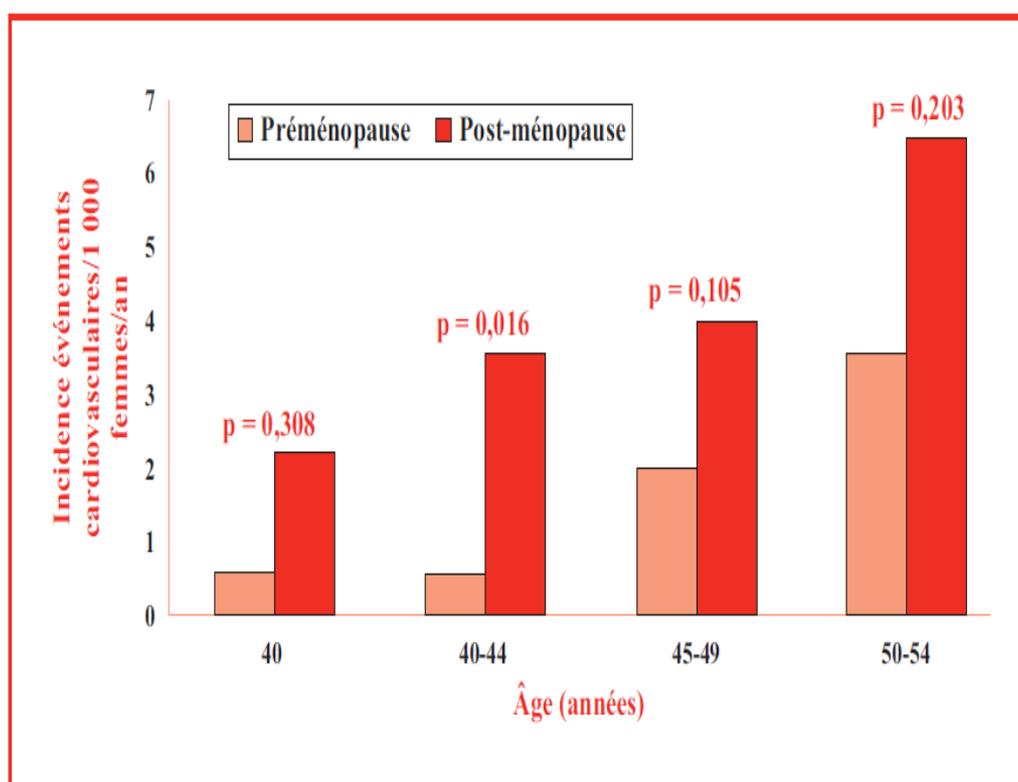


Figure 2-Incidence annuelle des maladies CV avant et après la ménopause.

*ANNEXE 3 – Mail adressé aux médecins généralistes*

Bonjour,

Je suis une médecin remplaçante qui réalise une thèse qualitative parlant des maladies cardiovasculaires chez les femmes. Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins.

Pour ce travail, j'ai besoin d'organiser des groupes de discussion avec plusieurs participantes, pour discuter ensemble de ces maladies.

La discussion durera approximativement une heure trente à deux heures et sera enregistrée pour analyse ultérieure.

Sachez que toutes ces données seront anonymes et analysées uniquement par ma directrice de thèse et moi-même.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, votre médecin généraliste me communiquera votre numéro de téléphone pour que je puisse vous contacter et organiser le groupe de discussion.

Cordialement,

Cochet Clémence

Bonjour,

Je suis une médecin remplaçante qui réalise une thèse qualitative **parlant des maladies cardiovasculaires chez les femmes**. Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins.

Pour ce travail, j'ai besoin d'organiser **des groupes de discussion avec plusieurs participantes**, pour discuter ensemble de ces maladies.

Je ne cherche aucunement à évaluer vos connaissances ou votre état de santé sur ce thème. Le but de cette discussion est simplement d'évoquer ensemble vos idées et vos opinions autour de certains points.

La discussion durera approximativement **une heure trente à deux heures**, qui aura lieu dans un lieu calme et facile d'accès à toutes. La discussion sera enregistrée pour analyse ultérieure.

Sachez que **toutes ces données seront anonymes** et analysées uniquement par ma directrice de thèse et moi-même.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, votre médecin généraliste me communiquera votre numéro de téléphone pour que je puisse vous contacter et organiser le groupe de discussion.

**La date et le lieu de réunion seront convenus en accord avec vos disponibilités.**

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me lire et j'espère sincèrement votre participation future qui me sera très précieuse,

Cordialement,

Cochet Clémence

## I. Introduction

Bonjour,

Nous sommes réunies ici pour discuter ensemble des maladies cardiovasculaires, dans le cadre d’une étude médicale. Les maladies cardiovasculaires regroupent l’ensemble des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins.

La discussion durera approximativement 1 heure et sera enregistrée pour l’analyse ultérieure. Chacune de vos interventions est importante pour permettre un recueil le plus exhaustif possible, le but de cette étude étant de mettre en avant vos représentations sur les maladies cardiovasculaires. Sachez qu’il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, n’hésitez pas à donner votre avis. Vos commentaires permettront d’améliorer les soins en médecine de ville.

Les informations que vous fournirez serviront strictement aux fins de la recherche et seuls les membres de l’équipe de recherche auront accès à ces données. La confidentialité de vos réponses sera préservée et nous vous assurons l’anonymat.

Recueillir l’approbation de la participante.

Avant de commencer, avez-vous des questions concernant cet entretien ou votre participation ?

## II. Santé

. Selon vous que signifie être en bonne santé ?

- Quelles attitudes à risque pour votre santé pensez-vous avoir ?

## III. Définition

. Que savez-vous/connaissez-vous des risques CV ?

Ou alors : si on vous dit « risque cardiovasculaire », à quoi pensez-vous ?

Qu’est qu’un facteur de risque CV pour vous ? Quels exemples avez-vous en tête ?

. Que savez-vous des maladies cardiovasculaires ? Par exemple ?

En quoi ces maladies, que nous avons énuméré à l’instant, pourraient –elles vous concerner ?

. Que savez-vous de la ménopause ?

. Si on vous dit « troubles climatiques », à quoi pensez-vous ?

. La ménopause entraîne-t-elle des modifications sur la qualité de vie ? sur la santé ?

. Quels exemples personnels pouvez-vous nous donner ?

. Qu’avez-vous modifié dans vos habitudes suite à ces changements ?

- Pourquoi ?

#### IV. Traitement

- . Que savez-vous des traitements proposés lors de la ménopause ?
- . Selon vous, à quoi servent ces traitements ?
  - Quels effets peuvent-ils avoir sur votre santé ?

#### V. Lien FRCV et ménopause

- . Lorsque l'on vous dit :

« La ménopause est non seulement responsable de la survenue précoce de troubles climatériques, mais expose également à un risque accru (...) de complications cardiovasculaires. » (15)

- Qu'en pensez-vous ?
- Vous sentez vous concernées par cela ?

#### VI. Information

- . Par quel support prenez-vous les informations concernant votre santé ?

- Médias, internet, médecins... ?

- . Votre médecin vous a-t-il parlé des FRCV ? et de la ménopause ?

- . Y a-t-il des questions que vous vous êtes déjà posées sur l'un de ces sujets (FRCV, ménopause) ?

- Lesquelles ?
- En avez-vous parlé, à qui ?
- Si non, pourquoi ?

#### VII. Synthèse

Faire un résumé rapide de ce qui a été dit :

. Ce qu'est le risque cardiovasculaire, et quel lien on a trouvé entre maladies cardiovasculaires et ménopause. Si rien n'a été mis en avant dans le lien, le faire apparaître dans notre synthèse.

. Reparler des THS, et des bénéfices et risques qu'ils entraînent selon les participantes, et ce qu'ils pourraient apporter dans le lien RCV et ménopause (s'il a été mis en avant).

- Avant de terminer l'entrevue, aimeriez-vous rajouter autre chose ?

*ANNEXE 6 – Document pour accord des participantes.*

Madame,

Dans le cadre de mon travail de recherche, toutes les données acquises au cours de l'entretien seront retranscrites pour analyse ultérieure et ce de manière anonyme.

Par ce document, je vous laisse attester que vous consentez à ce que ces données soient utilisées dans le cadre de notre recherche.

Je soussignée ..... accepte participer à l'étude de Mlle COCHET Clémence et accepte également que les données retranscrites après anonymisation soient utilisées pour cette présente étude.

Le .....

A.....

Signature

ANNEXE 7 – Document remis aux participantes pour résumer les données médicales

**Questionnaire :**

Prénom : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_  
Lettre du groupe : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
Age : \_\_\_\_\_ Niveau d'étude : \_\_\_\_\_

|

1) Quels problèmes de santé avez-vous ?

.....  
.....  
.....  
.....

2) Avez-vous du :

Diabète OUI  NON

Cholestérol OUI  NON

Hypertension OUI  NON

3) Prenez-vous des médicaments, si oui, lesquels ?

.....  
.....  
.....  
.....

4) Fumez-vous ? OUI  NON

Si oui, combien par jours ? 0-10  11 à 20  plus de 20/j

Si non, avez-vous arrêté depuis ces 3 dernières années ? OUI  NON

5) Pratiquez-vous une activité physique ? OUI  NON

Si oui, combien de fois par semaine ? une fois  deux à trois fois  plus de trois fois

6) Depuis combien d'année êtes-vous ménopausée ?

.....  
.....

7) Prenez-vous actuellement, ou avez-vous déjà pris un traitement hormonal substitutif ? Si oui lequel ?

.....  
.....

ANNEXE 8 – Tableau de triangulation des chercheurs.

Représentation de la santé	Alimentation Et Activité physique	Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Alimentation et surpoids</li> <li>. Réconfort dans l'alimentation</li> <li>. Habitudes alimentaires</li> <li>. Alimentation gage de bonne santé</li> </ul>
		Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Bénéfice espérance de vie par activité physique</li> <li>. Activité physique salvatrice pour le corps</li> <li>. Différence activité physique selon environnement</li> </ul>
	Ne pas avoir recours au médical		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evitement environnement médical</li> <li>. Craintes de l'environnement médical</li> <li>. Perception négative de la consultation médicale</li> </ul>
	Une santé qui ne fait pas souffrir		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Douleur</li> <li>. Norme de santé</li> <li>. Absence de maladies</li> <li>. Vie quotidienne maintenue</li> <li>. Inconscience / conscience</li> <li>. Autonomie / indépendance</li> </ul>
Définition de La bonne santé	Etre en forme avoir une vision positive de soi		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Vision positive de soi</li> <li>. Profiter</li> <li>. Envie</li> <li>. Être en paix</li> <li>. Vitalité</li> <li>. Ne veut pas dire absence de soucis</li> </ul>

Vécu De la maladie	Plusieurs degrés de maladies	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Catégorisation des maladies</li> <li>. Différences des symptômes selon les personnes</li> </ul>
	Les maladies font peurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Impuissance face aux maladies brutales</li> <li>. Peur de toutes les maladies</li> <li>. Peur du cerveau</li> <li>. Peur des grosses maladies</li> </ul>
	Maladies perçues selon leurs conséquences	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Perte d'autonomie</li> <li>. Physique déficient</li> <li>. Souffrance perte d'autonomie</li> <li>. Maladie qui laisse des traces sur soi</li> <li>. L'après maladie</li> <li>. Regret état antérieur</li> </ul>
Santé Et Vie sociale	Adaptation quotidienne pour la bonne santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Adaptation</li> <li>- alimentation</li> <li>- rupture retraite</li> <li>- jeune/âgé</li> <li>. Bon élève du médecin</li> </ul>
	Banalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Principe du pas vu pas pris</li> <li>. Banalisation pour activité professionnelle</li> <li>. Meilleure implication bonne santé pour ses proches</li> <li>. Banalisation de ses problèmes de santé</li> <li>. Notion négative si respect des normes de bonne santé</li> </ul>
	L'âge est à risque pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faire plus attention à sa santé</li> <li>. Modification avec le temps</li> <li>. Porte ouverte aux maladies</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Perception négative, dégénérescence</li> <li>. Difficulté de voir le temps qui passe sur son environnement</li> <li>. Représentation sociale</li> <li>. Alzheimer</li> </ul>
<b>Perception des FRCV et des MCV</b>	Identification des FRCV	Méconnaissance du terme FRCV	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Incertitudes</li> <li>. Terme embrouillés entre FRCV et MCV</li> <li>. Inclusion des troubles veineux dans les FRCV</li> </ul>
		Les FRCV identifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Alimentation</li> <li>. Tabac</li> <li>. Stress</li> <li>. Poids</li> <li>. Sédentarité</li> <li>. Diabète</li> <li>. Facteurs génétiques</li> <li>. Excès sur différents domaines</li> <li>. HTA</li> <li>. Cholestérol</li> </ul>
	Perception des conduites à risque	Conscience attitudes à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Attitude à risque – OH</li> <li>. Notion risque pour la santé</li> <li>. Faire des excès</li> <li>. Attitude à risque diabète</li> <li>. Conduite à risque quand on est jeune</li> <li>. Prise de risque par manque de confiance en soi</li> </ul>
Pas de modification habitudes de vie pour se protéger		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Conscience attitudes à risque mais ne change rien</li> <li>. Même si FRCV, n'incite pas à se surveiller</li> </ul>	
Banalisation		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Je suis trop jeune !</li> <li>. Corps invincible</li> </ul>	

Perception des MCV	Définition et représentation	Brutales	. Brutales . Peur / pas peur . Démunies
		Ignorance	. Connaissances embrouillées
		Maladies d'organes	. Cerveau, plus important que le cœur . Cœur, organe noble . Cœur = tuyauterie, croyance en la thérapeutique
		Connaissances physiopathologiques	. Artères qui se bouchent
		2 maladies	. IDM . AVC . AVC et IDM
	Vécu indirect		. Proche de soi mais ignorance . Maladies courantes dans l'entourage . Proche de soi, environnement proche . Implication des proches . Prévention familiale . Risques familiaux
Concernées ou pas...	Concernées	. Concernée car FRCV . Concernée surtout avec l'âge . Concernée FRCV ou pas	
	Pas concernées	. Banalisation pour soi même . Malgré présence dans la famille pas concernée	
Perception de la prévention	Préservation du capital santé par l'alimentation et l'activité physique		. Démarche personnelle des patientes . Activité physique . Lien entre moral et prévention
	Mesures de prévention identifiées		. Adaptation pour

		pour certaines maladies	éviter les maladies connues . Ok pour médication	
		Vision négative des dépistages et campagnes de prévention	. Banalisation des examens médicaux pour la santé . Nombreuses campagnes, trop présentes . Multiplicité des campagnes, confusion . Non croyance dans les campagnes pour alimentation . Sensation obligation . Dictat . Évitement des examens de dépistage . Banalisation 5 fruits et légumes	
<b>Perception de la ménopause</b>	Définition	Connue	. Diagnostic . Aménorrhée un an . Différentes causes, hystérectomie . Différents âges . Rupture	
		Incertitudes d'être ménopausée	. Doute sur diagnostic . Bilan hormonaux	
		Syndrome climatérique	Terme méconnu Différents selon les personnes Symptômes	. Méconnaissances . Troubles climat ! . Prise de poids . Bouffées de chaleur . Conséquences os . Troubles humeur . HTA . Troubles libido
	Vécu	Différence de perception	Bien accueillie	. Soulagement . Libérateur
			Mal accueillie	. Regard des autres . Dépression . Fin de cycle
			Vision population générale	. Synonyme vieille

		Bouffées de chaleur réel inconfort	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Impact vie quotidienne</li> <li>. Peinée</li> <li>. Bouffées de chaleur &lt; cycle menstruel</li> </ul>
		Modifications habitudes de vie indirectes	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Passage</li> <li>. Pas de modification qualité de vie</li> <li>. Pas de modification habitudes car acceptation</li> <li>. Ne se rendent pas compte des modifications</li> </ul>
Perception des THM	Rapport aux médicaments	Ok s'il assure une bonne santé	
		Perception négative	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Bon ou mauvais</li> <li>. N'aime pas</li> <li>. Volonté absence de traitement</li> <li>. Inobservance</li> </ul>
		Balance bénéfique / risque	
	Croyances du THM	Confusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Cancers du sein</li> <li>. Peur</li> <li>. Confusion sur ses effets</li> <li>. Effets rebond à l'arrêt</li> </ul>
		Miracle	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Action sur le vieillissement</li> <li>. Effet miracle</li> <li>. Volonté traitement car effets sur vieillissement</li> <li>. Liste importante de ses bons effets sur le corps</li> </ul>
	Connaissances		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Bonne efficacité</li> <li>. Gel</li> <li>. Remplace hormones perdues</li> </ul>
Ok ou pas pour le traitement	Selon importance trouble climatère	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pas besoin</li> <li>. Selon symptômes ménopause</li> <li>. Volonté traitement</li> </ul>	

				car prise de poids
			Selon praticien	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Différence de ressenti selon les praticiens</li> <li>. Réponses aux questions des patientes</li> <li>. Notion prévention MCV</li> </ul>
Lien ménopause - MCV	Inconnu			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Jamais entendu parler</li> <li>. Pas de notion</li> <li>. Info sur os, peau, mais pas MCV</li> </ul>
	Réaction dubitative			<ul style="list-style-type: none"> <li>. 50/50</li> <li>. Dubitatives</li> <li>. Aurait entendu...</li> <li>. Remise en cause de son savoir</li> </ul>
	Questionnement induit			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Implique perturbation sur organisme, mais dans quelle mesure ?</li> </ul>
	Perception			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Remise en cause de son savoir</li> <li>. Lien indirect</li> <li>. Pas la ménopause en cause</li> <li>. Logique que ce lien existe</li> <li>. Pas concernées</li> <li>. Pas concernées car pas de symptômes</li> </ul>
Place du praticien	Attente des femmes	Demande d'information par leur MG		<ul style="list-style-type: none"> <li>. MG qui doit dire</li> </ul>
		Parole du docteur incontestable !		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Lien établit par le MG, on croit</li> <li>. MG n'a pas dit, donc c'est pas vrai</li> <li>. Remet en cause le savoir</li> </ul>
	Perception du rôle du MG dans le soin	Confiance		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Confiance du docteur</li> <li>. Importance des rumeurs</li> </ul>

			ACP capitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Relation médecin-patient entraîne conséquence sur santé</li> <li>. Conséquence observance</li> <li>. Vécu difficile différentes pratiques</li> </ul>
			Prévention silencieuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>. MG qui aiguille</li> <li>. Veille en silence</li> </ul>
<b>Rapport à l'information et ses attentes</b>	Supports utilisés	Médias	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Médias</li> <li>. Médias mais ne retient pas</li> <li>. Publicité labo THM</li> </ul>	
		Praticiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Acteur information</li> <li>. Info plaquettes</li> <li>. Pas d'info sur FRCV</li> </ul>	
		Cultures communes	<ul style="list-style-type: none"> <li>. On-dit</li> <li>. Rumeurs</li> <li>. Connaissances culturelles</li> </ul>	
		Peur internet	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Peur</li> <li>. Trop d'info qu'on ne comprend pas</li> </ul>	
	Informations meilleures qu'avant			
	Perception et attentes des femmes sur l'information	Demande d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Manque d'information</li> <li>. Différents symptômes hommes/femmes</li> </ul>	
		Pas de demande directe	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ne pose pas la question</li> <li>. Pas de recherche d'info car pas concernée</li> </ul>	
Absence de questionnements personnels		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Pas concernée</li> </ul>		



Nom, prénom du candidat : COCHET Clémence

## CONCLUSIONS

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes. Des études semblent démontrer que la ménopause entraîne une augmentation de l'incidence de ces maladies. L'objectif était d'évaluer les perceptions du risque cardiovasculaire chez les femmes ménopausées.

Pour ce faire, une étude qualitative a été réalisée de mai à novembre 2017 à partir de 2 focus group et 4 entretiens individuels incluant au total un échantillon de 14 femmes ménopausées en prévention primaire dont leurs facteurs de risque cardiovasculaires étaient nuls ou pluriels. L'étude des verbatims a été conduite selon une approche inductive dans le cadre de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo 11 ®. Une triangulation des chercheurs a été réalisée.

Au niveau des résultats, la représentation des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque était limitée à l'expérience vécue par leurs proches et aux différentes campagnes d'informations. Les patientes semblaient ne pas se sentir concernées par les maladies cardiovasculaires. Les mesures préventives évoquées étaient identifiées comme des mesures pour la préservation de leur bonne santé et non des mesures de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Il y avait d'ailleurs très peu de questionnement personnel sur les maladies cardiovasculaires et sur la ménopause. Celle-ci était pour la plupart très bien accueillie par les patientes, et certaines de ces conséquences ont pu être identifiées. Cependant le lien entre la ménopause et les maladies cardiovasculaires n'était connu d'aucune participante. Concernant le THM peu de patiente y avait eu recours, la relation aux médicaments étant perçue de manière plutôt péjorative.

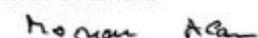
ACCOMPAGNER  
CRIER  
PARTAGER



Malgré une bonne identification des facteurs de risque cardiovasculaire, les femmes ménopausées ne considéraient pas la ménopause comme un événement entraînant des conséquences cardiovasculaires. Le rôle du médecin traitant, dans une approche centrée patient, devra renforcer la tendance à une action pour la santé et non contre la maladie. Pour ce faire il devra être attentif aux attentes non formulées sur l'information des risques cardiovasculaires et le lien avec la préservation du capital santé.

**Le Président de la thèse,**

*Nom et Prénom du Président*

*Signature* 



Vu :  
**Pour Le Président de l'Université  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**  
  
  
  
**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 23 AVR. 2018

ACCOMPAGNER  
CRIER  
PARTAGER

---

**COCHET Clémence - Perception des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les femmes ménopausées**

---

**RESUME**

**Objectif :** Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes. Des études semblent démontrer que la ménopause entraîne une augmentation de l'incidence de ces maladies. L'objectif était d'évaluer la connaissance et la compréhension du risque cardiovasculaire chez les femmes ménopausées.

**Matériels et Méthode :** Etude qualitative réalisée de mai à novembre 2017 sous la forme de 2 focus group et 4 entretiens individuels incluant 14 femmes ménopausées en prévention primaire et secondaire (de 0 à 4 facteurs de risque cardiovasculaires). L'étude des verbatims a été conduite selon une approche inductive dans le cadre de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo 11<sup>®</sup>. Une triangulation des chercheurs a été réalisée.

**Résultats :** La représentation des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque était limitée à une connaissance commune de par l'expérience indirecte des proches et des campagnes d'informations. Les participantes semblaient ne pas se sentir concernées par les maladies cardiovasculaires. Les mesures préventives évoquées étaient identifiées comme des mesures de préservation de leur bonne santé et non des mesures de protection cardiovasculaire. Il y avait d'ailleurs très peu de questionnement personnel, que ce soit sur le thème de la ménopause ou bien celui des maladies cardiovasculaires. Quant à la ménopause, celle-ci était pour la plupart très bien accueillie par les patientes, et certaines de ses conséquences ont pu être identifiées. Cependant le lien entre la ménopause et les maladies cardiovasculaires n'était connu d'aucune participante. Concernant le THM peu de patientes y avait eu recours, la relation aux médicaments étant perçue de manière plutôt péjorative.

**Conclusion :** Malgré une bonne identification des facteurs de risque cardiovasculaire, les femmes ménopausées ne considéraient pas la ménopause comme un événement entraînant des conséquences cardiovasculaires. Le rôle du médecin traitant dans la délivrance de cette information serait à envisager.

---

**MOTS CLES :** Femme, Ménopause, Maladie cardio-vasculaire, Facteur de risque cardio-vasculaire, Santé, Prévention

---

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur MOREAU Alain  
Membres : Monsieur le Professeur François GUEYFFIER  
Monsieur le Professeur Philippe MICHEL  
Madame le Docteur Sophie FIGON  
Madame le Docteur Fanny CASANOVA

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 24/05/2018

---

**ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR :** 105 cours Gambetta 69003 LYON  
**MAIL :** cochet\_clemence@hotmail.fr

---

