



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prévalence et connaissance des facteurs de risque
cardiovasculaires chez les femmes consultant en médecine
générale**

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Roxanne MAGHBOULEH**

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Eduard-Matei PRETORIAN

Madame le Docteur Dana BUCUR

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prévalence et connaissance des facteurs de risque
cardiovasculaires chez les femmes consultant en médecine
générale**

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Roxanne MAGHBOULEH**

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Eduard-Matei PRETORIAN

Madame le Docteur Dana BUCUR

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

I.	Introduction	12
II.	Matériels et méthode	14
	1. Design de l'étude.....	14
	2. Population étudiée.....	14
	3. Questionnaire.....	14
	4. Collecte de données	15
	5. Analyse statistique	15
	6. Autorisation.....	15
III.	Résultats	16
	1. Caractéristiques de la population étudiée	16
	2. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires.....	16
	3. Facteurs de risque fréquents.....	18
	3.1. Stress	18
	3.2. Sédentarité	18
	3.3. IMC > 25 (surpoids et obésité).....	18
	3.4. Tabagisme.....	19
	4. Facteurs de risque spécifiques connus par les femmes.....	20
	4.1. Contraception œstroprogestative	20
	4.2. Grossesse	20
	4.3. Ménopause.....	21
	5. Facteurs de risque liés à l'alimentation	22
	5.1. Consommation de sel.....	22
	5.2. Cholestérol LDL > 1,6 g/L.....	22
	5.3. Cholestérol HDL < 0,4 g/L	22
	6. Lien entre le stress et les comportements à risque	23
	7. Connaissance des risques et comportements observés.....	24
	7.1. Tabagisme.....	24
	7.2. Surpoids, sédentarité et activité physique	24
IV.	Discussion	25
	1. Les jeunes femmes et les risques cardiovasculaires	25
	2. Le stress comme facteur de risque prédominant et modifiable	26
	3. Connaissance des facteurs de risque : un besoin d'éducation ciblée	27
	4. Forces et limites de l'étude.....	29
V.	Conclusion.....	31
VI.	Références	32
VII.	Annexes	37

I. Introduction

Avec 75 000 décès par an en France, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes, surpassant le cancer. En Europe, elles sont responsables de 49% des décès féminins contre 40% chez les hommes, mettant en évidence une disproportion longtemps négligée. (1)

L'idée fautive selon laquelle les femmes seraient moins touchées par les maladies cardiovasculaires, notamment avant la ménopause, persiste encore dans l'imaginaire collectif. En France, la ménopause concerne les femmes à partir de 51 ans en moyenne, (entre 45 et 55 ans) (2) mais l'attention portée à leur santé cardiovasculaire avant cette transition est souvent insuffisante. Pourtant, les femmes sont exposées à des risques tout au long de leur vie hormonale, que ce soit pendant l'utilisation de la contraception, durant la grossesse ou pendant l'accouchement. (3)

Les changements dans les habitudes de vie des femmes tels que l'augmentation du tabagisme et du stress ont contribué à atténuer la « protection de genre » traditionnellement attribuée à l'imprégnation oestrogénique (4). L'étude Interheart a montré que le risque d'infarctus lié à des facteurs comme le tabac, l'hypertension artérielle, le diabète ou le stress est plus élevé chez la femme que chez l'homme. (5)

Malgré ces faits, les facteurs de risque cardiovasculaires des femmes restent souvent moins bien dépistés que ceux des hommes. Les principaux outils de prédiction du risque cardiovasculaire sont le score SCORE-2 (6) et le score de Framingham (7)(8). Bien qu'ils distinguent les deux sexes, ils ne prennent pas en compte certains facteurs de risque spécifiques aux femmes tels que la contraception oestrogénique, la grossesse et ses éventuelles complications (pré-éclampsie, diabète gestationnel...) ou la ménopause. Ces

scores ne prennent pas systématiquement en compte les patients plus jeunes : 40-69 ans pour le SCORE-2 (6), 30-74 ans pour le score de Framingham (8). Même le score de Reynolds, spécifique aux femmes, évalue leur risque cardiovasculaire qu'à partir de 45 ans. (9)

Pour pallier cette inégalité de genre en France, la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) a proposé en 2019 une stratification du risque cardiovasculaire chez les femmes, pour accompagner les professionnels de santé dans leur prise en charge. (5)

Hormis la prévention et le dépistage, le diagnostic des maladies cardiovasculaires chez les femmes est souvent retardé. Les trois raisons principales de ce retard sont :

1. Un manque d'information sur les facteurs de risque cardiovasculaire (dont une grande majorité est modifiable) ou sur les symptômes d'un événement cardiovasculaire aigu. (10)
2. Des symptômes atypiques, notamment lors d'un événement coronarien aigu, pouvant induire en erreur les professionnels de santé comme une douleur dorsale, plus précisément inter-scapulaire, une douleur épigastrique, une douleur dans la mâchoire... (11) (12).
3. La tendance des femmes à minimiser leurs symptômes et à prioriser la santé de leur entourage avant la leur. (10)

À la lumière de ces informations, il semble indispensable de dépister et de diagnostiquer les femmes tout au long de leur vie. Une meilleure connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires par les femmes elles-mêmes est cruciale pour améliorer la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des maladies cardiovasculaires.

Le but de cette étude était d'évaluer la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires parmi les femmes consultant en médecine générale dans la région Nord, et d'identifier des facteurs de risque cardiovasculaires chez les femmes, même avant 50 ans.

II. Matériels et méthode

1. Design de l'étude

Une étude quantitative descriptive a été menée dans 10 cabinets de médecine générale dans le Nord. Un questionnaire anonyme et standardisé a été proposé aux femmes de façon numérique, accessible via un QR-Code.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient : femmes d'âge supérieur ou égal à 18 ans, résidant dans le Nord, et ayant consulté un médecin généraliste participant à l'étude.

3. Questionnaire

Le questionnaire utilisé dans cette étude était composé de 17 questions représentant les principaux facteurs de risque cardiovasculaires. Il a été conçu à partir des recommandations en matière de prévention cardiovasculaire, en particulier celles ciblant la population féminine.

(13)(14)

Les facteurs de risque pris en compte étaient : L'âge, l'hérédité, la ménopause, la grossesse, la contraception, l'hypertension artérielle, le diabète, un taux de LDL > 1,6 g/L, un taux de HDL < 0,4 g/L, le surpoids, le tour de taille > 88 cm, le manque d'activité physique, la sédentarité, le stress, la consommation importante de sel (> 6g/jour), le tabagisme et la consommation d'alcool.

Chaque question appelait une réponse binaire (Oui ou Non) avec la possibilité de répondre « Je ne sais pas » pour 3 questions spécifiques (hérédité et résultats de bilan biologique). À la fin du questionnaire, une évaluation de la connaissance de ces facteurs de risque a été effectuée. Les femmes devaient indiquer si elles connaissaient ou non chacun des facteurs de risque cardiovasculaires. Cette partie a permis l'évaluation des connaissances.

4. Collecte de données

Le questionnaire (à travers un QR code) a été diffusé auprès de 10 cabinets comprenant un total de 24 médecins généralistes, installés dans la région Nord, entre le mois d'octobre 2023 et le mois de juin 2024. Les patientes pouvaient répondre au questionnaire soit en salle d'attente soit au cours d'une consultation. Les réponses ont été recueillies de façon anonyme. Le médecin était autorisé à aider au remplissage du questionnaire si besoin.

5. Analyse statistique

Les 308 participantes ont été réparties en deux groupes, le premier de 18 à 50 ans ensuite subdivisé en tranches d'âge (18 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans, 35 à 39 ans, 40 à 44 ans et 45 à 50 ans) et le second de 50 ans et plus, en raison de l'augmentation significative du risque cardiovasculaire après cet âge comme le suggèrent les recommandations et les données de la littérature.

Les données ont ensuite été analysées par tranches d'âge (de 5 ans entre 18 et 50 ans, et femmes de plus de 50 ans). Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée a été réalisée pour caractériser la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires et leur connaissance pour chaque groupe. Les résultats ont été exprimés en fréquences absolues et en pourcentages. Afin d'évaluer une association statistiquement significative, un test du Chi2 a été réalisé selon la tranche d'âge, pour chaque variable, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

6. Autorisation

Dans le cadre de la protection des données et de la liberté individuelle, le questionnaire a été validé par le service de protection des données. Les réponses étaient recueillies et traitées de façon anonyme. Le questionnaire a été exonéré de déclaration auprès de la CNIL.

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

L'étude a inclus un total de 308 femmes âgées de 18 ans et plus. Le tableau 1 suivant présente la répartition des femmes selon leur tranche d'âge. Cette distribution permet une analyse des facteurs de risque à travers les différentes phases de la vie hormonale et reproductive notamment la période de contraception, la grossesse et la ménopause.

Tranche d'âge	Quantité (n=308)	Proportion (%)
18-24 ans	26	8%
25-29 ans	103	33%
30-34 ans	46	15%
35-39 ans	24	8%
40-44 ans	24	8%
45-50 ans	17	6%
>50 ans	68	22%

Tableau 1 – Répartition des participantes par tranche d'âge

2. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires

La grande majorité des femmes de l'échantillon présente au moins deux facteurs de risque cardiovasculaires (92%), et 75% en présentent trois ou plus. Cette accumulation de facteurs de risque est particulièrement élevée chez les femmes de plus de 50 ans, où 97% d'entre elles ont au moins deux facteurs de risque et 85% en ont au moins trois.

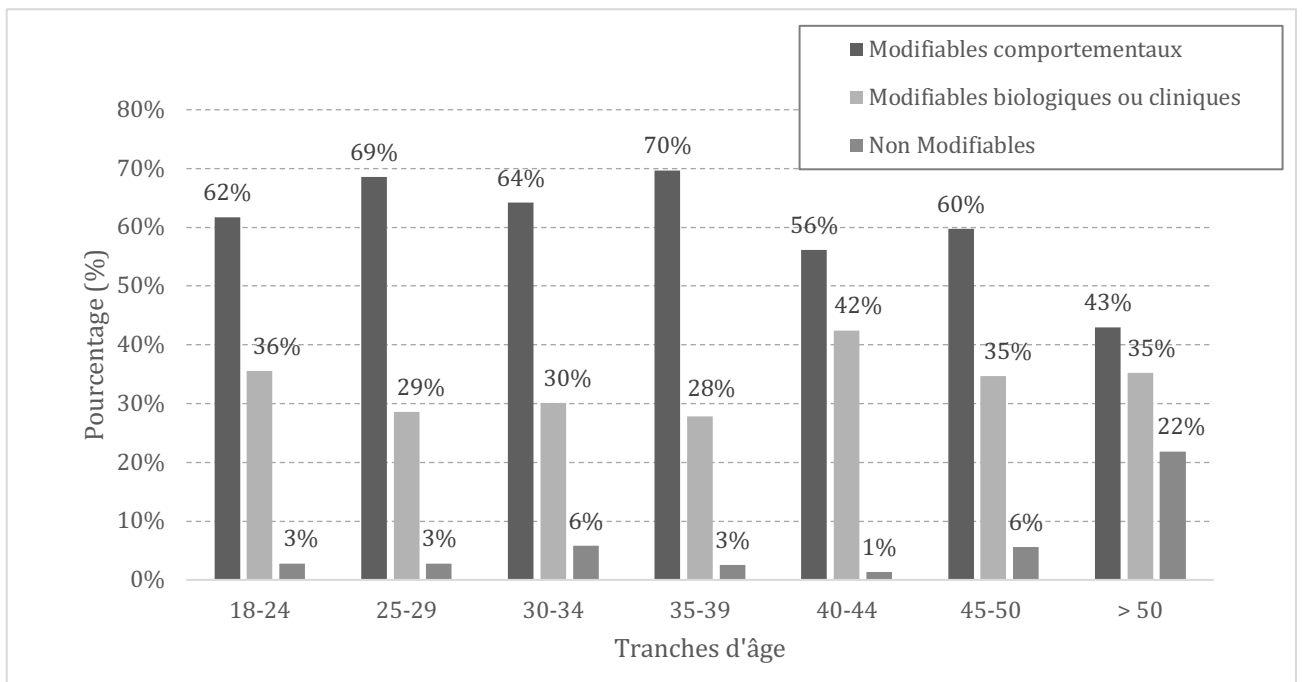
Age	Au moins 2 facteurs de risque	Au moins 3 facteurs de risque
18-24 ans	85%	73%
25-29 ans	92%	74%
30-34 ans	93%	74%
35-39 ans	92%	71%
40-44 ans	75%	63%
45-50 ans	94%	71%
>50 ans	97%	85%
TOTAL	92%	75%

Tableau 2 – prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires par tranche d'âge

Ces facteurs de risque peuvent être répartis en 3 catégories :

- 1- Non modifiables : L'hérédité, la ménopause, la grossesse
- 2- Modifiables cliniques ou biologiques : Contraception oestroprogestative, Hypertension artérielle, Diabète, LDL > 1,6 g/L, HDL < 0,4 g/L, IMC > 25, tour de taille > 88 cm
- 3- Modifiables comportementaux : absence d'activité physique, sédentarité, stress, consommation excessive de sel, tabac, alcool.

La grande majorité des facteurs de risque retrouvés dans cette étude sont des facteurs de risque comportementaux modifiables, les facteurs de risque non modifiables étant très peu présents.



Graphique 1 – Analyse catégorielle des facteurs de risque cardiovasculaires par tranche d'âge

3. Facteurs de risque fréquents

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaires étudiés, plusieurs se révèlent particulièrement fréquents dans l'échantillon, notamment le stress, la sédentarité, et l'IMC élevé.

3.1. Stress

Le stress est le facteur de risque le plus répandu dans cet échantillon, affectant 69% des participantes (n = 213). Il est significativement plus élevé chez les femmes âgées de 45-50 ans (94%), tandis que les plus jeunes ne font pas exception, avec 85% d'entre elles se déclarant stressées.

3.2. Sédentarité

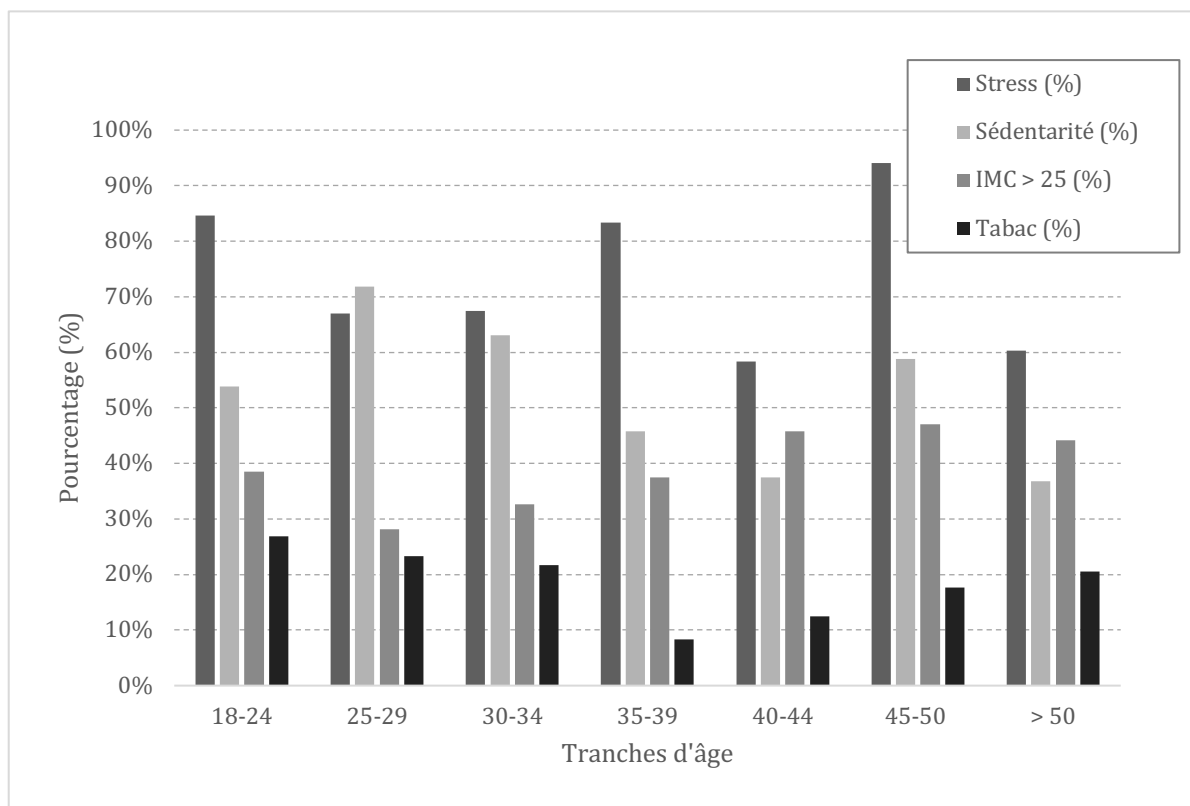
Plus de la moitié des femmes sont sédentaires (56%, n = 172), avec une prévalence particulièrement élevée chez les 25-29 ans (72%), de façon significative. Cette tendance persiste même dans les tranches d'âge plus avancées, notamment chez les femmes de 45-50 ans (59%). Parmi ces femmes sédentaires, près de la moitié ne pratique pas d'activité physique de façon régulière.

3.3. IMC > 25 (surpoids et obésité)

Cent douze femmes de l'échantillon (36%) présentent un IMC > 25. La majorité d'entre elles (71%) cumule ce facteur de risque avec une obésité abdominale (tour de taille > 88 cm) augmentant ainsi considérablement leur risque cardiovasculaire. Cette obésité abdominale est plus fréquente chez les femmes en période pré ménopausique, entre 45 et 50 ans (p < 0,05).

3.4. Tabagisme

Le tabagisme, bien qu'il ne soit pas le facteur de risque le plus prévalent de l'échantillon (n = 63, 20%) est davantage retrouvé chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans (27%) et chez celles de 25 à 29 ans (23%). Ce taux, bien que légèrement inférieur chez les femmes plus âgées, reste notable même après 50 ans (21%).



Graphique 2- prévalence des facteurs de risque fréquents par tranche d'âge

4. Facteurs de risque spécifiques connus par les femmes

Certains facteurs de risque, liés à des événements ou conditions spécifiques comme la contraception, la grossesse ou la ménopause sont plus ou moins bien connus selon les tranches d'âge. Leur prévalence dans l'échantillon varie également selon l'âge et les comportements.

4.1. Contraception œstroprogestative

L'utilisation de la contraception œstroprogestative est plus courante chez les jeunes femmes avec 58% des 18-24 ans concernées ($p < 0,05$). Parmi les 91 femmes de l'échantillon qui utilisent une contraception œstroprogestative, 63% ($n = 57$) savent que cela constitue un facteur de risque cardiovasculaire.

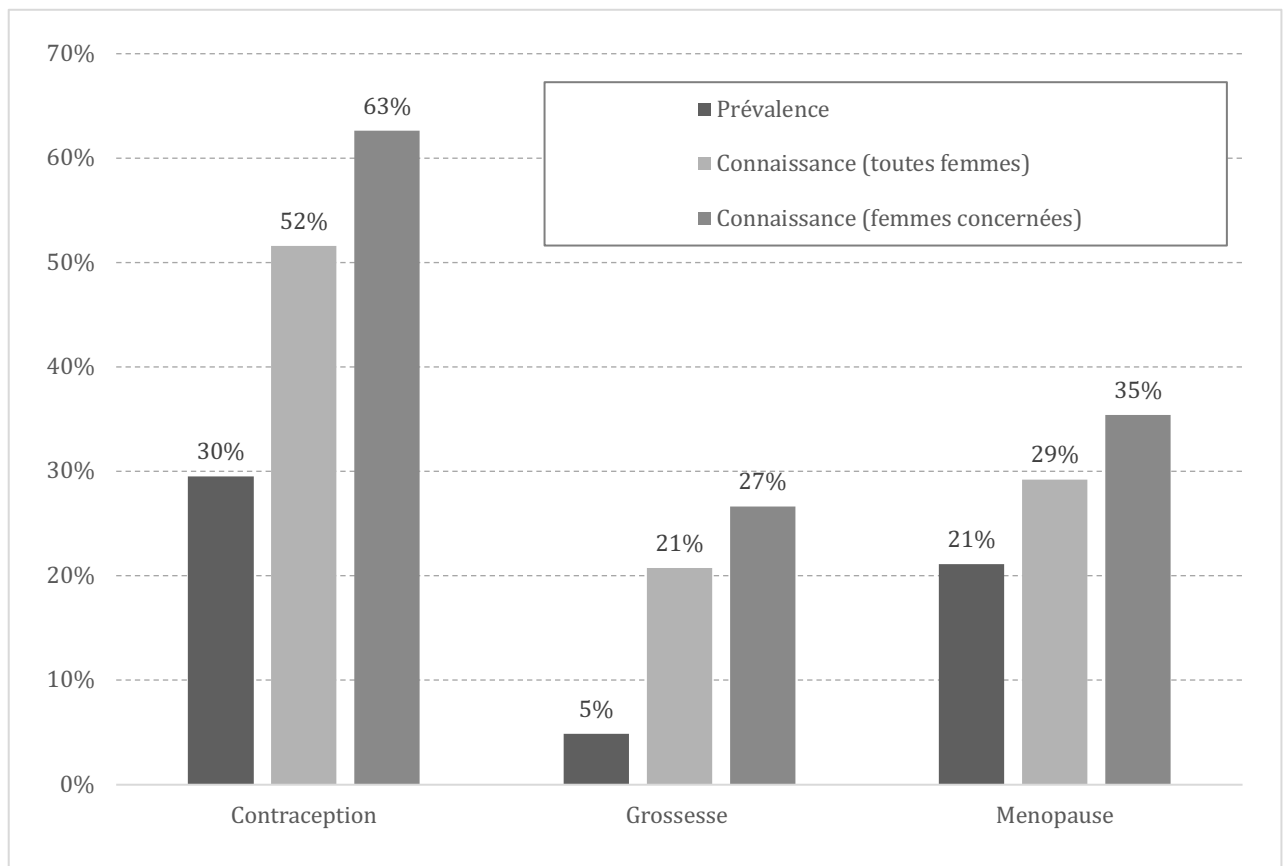
Près d'une femme sur cinq prenant une contraception œstroprogestative est également fumeuse. Parmi celles-ci ($n = 18$), 44% ignore que la contraception contenant des œstrogènes représente un risque.

4.2. Grossesse

La grossesse, mais notamment ses complications éventuelles (pré-éclampsie ou diabète gestationnel par exemple) est un facteur de risque cardiovasculaire souvent méconnu. Dans cet échantillon, 79% des femmes ignore que la grossesse représente un risque. Cela en fait le facteur de risque cardiovasculaire le plus méconnu de l'étude. Les femmes les plus informées de ce facteur de risque dans l'échantillon sont les femmes de 25 à 29 ans (30%) ($p < 0,05$).

4.3. Ménopause

La ménopause, marquant une augmentation du risque cardiovasculaire des femmes en raison de la diminution du taux d'œstrogènes, est également sous-estimée. Seulement 29% des femmes interrogées reconnaissent la ménopause comme un facteur de risque, et ce chiffre n'atteint que 37% chez les femmes de plus de 50 ans, pourtant directement concernées par ce phénomène.



Graphique 3 – Prévalence et connaissance des facteurs de risque spécifiques

5. Facteurs de risque liés à l'alimentation

Les habitudes alimentaires, en particulier la consommation de sel et les taux cholestérol, jouent un rôle clé dans le risque cardiovasculaire. Les résultats montrent des écarts entre comportements alimentaires et connaissance des facteurs de risque.

5.1. Consommation de sel

37% des femmes de l'échantillon (n = 115) consomment une quantité de sel supérieure aux recommandations. Cependant, 71% d'entre elles, ainsi que 73% de l'échantillon total, sont conscientes des effets néfastes d'une consommation excessive de sel pour la santé cardiovasculaire.

5.2. Cholestérol LDL > 1,6 g/L

Un taux de cholestérol LDL supérieur à 1,6 g/L a été rapporté par 11% (n = 33) des participantes avec une prévalence significativement plus élevée chez les plus de 50 ans (35%, $p < 0,05$). Toutefois, 66 femmes (21%) ont indiqué ne pas connaître leur propre taux de LDL. Par ailleurs, la moitié des femmes de l'échantillon reconnaît qu'un taux élevé de LDL cholestérol représente un facteur de risque cardiovasculaire.

5.3. Cholestérol HDL < 0,4 g/L

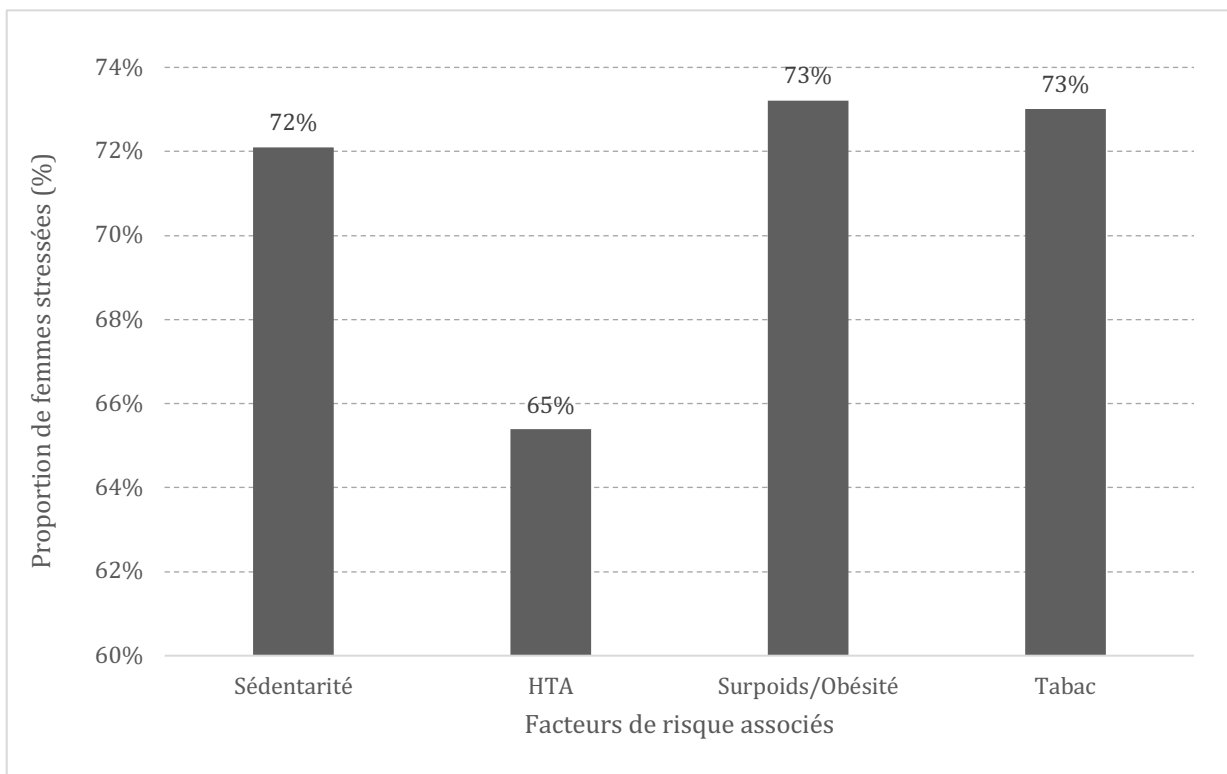
Concernant le cholestérol HDL, seulement 4,9% des femmes rapportent avoir un taux inférieur à 0,4 g/L, mais une proportion importante des participantes (45%, n = 139) ne connaît pas son taux de HDL. De plus, seulement 29% des participantes (n = 90) identifie qu'un faible taux de HDL cholestérol constitue un facteur de risque cardiovasculaire.

6. Lien entre le stress et les comportements à risque

L'analyse des résultats montre des associations intéressantes entre le stress et d'autres comportements à risque, sans pouvoir conclure d'un lien de causalité devant la prévalence importante de femmes qui déclarent être stressées.

Parmi les 172 femmes sédentaires, 72% (n = 124) rapportent également être stressées. De même, 65% des femmes hypertendues se déclarent stressées.

Concernant le surpoids ou l'obésité, 73% des femmes concernées (n = 82) mentionnent être stressées. Enfin, parmi les 63 femmes fumeuses, 73% (n = 46) rapportent également un état de stress, le tabac étant parfois utilisé pour y pallier.



Graphique 4 – Association du stress a quatre facteurs de risque

7. Connaissance des risques et comportements observés

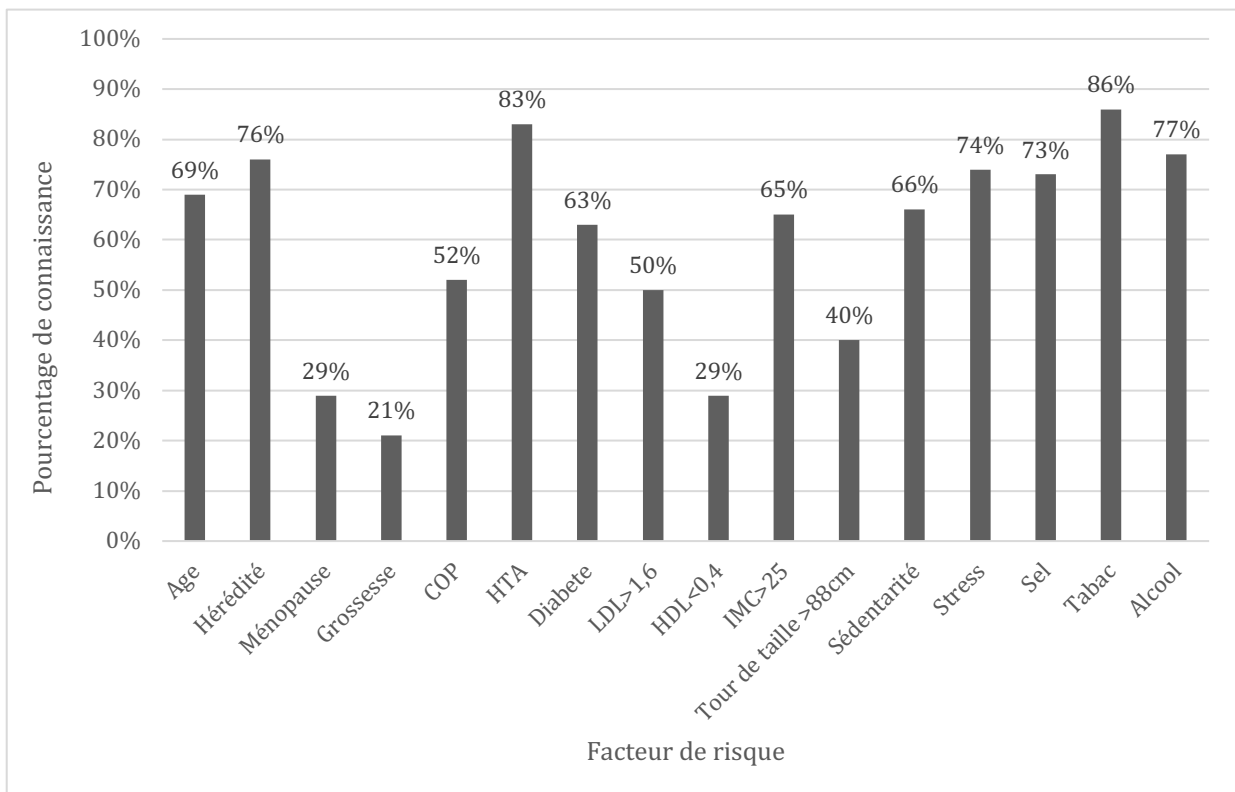
7.1. Tabagisme

Bien que 86% des patientes reconnaissent le tabac comme un facteur de risque cardiovasculaire, 89% des femmes qui fument semblent poursuivre cette consommation.

7.2. Surpoids, sédentarité et activité physique

Le lien entre la sédentarité et le surpoids est notable : 55% des femmes ayant un IMC supérieur à 25 sont également sédentaires, et 47% ne pratiquent pas d'activité physique régulière.

Bien que 61% des femmes en surpoids sachent que cela constitue un facteur de risque cardiovasculaire, la sédentarité et le manque d'activité physique demeurent un problème persistant.



Graphique 5 – Connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires dans l'échantillon

IV. Discussion

1. Les jeunes femmes et les risques cardiovasculaires

Les résultats de cette étude montrent que les jeunes femmes sont également concernées par les facteurs de risque cardiovasculaires, remettant en question l'idée d'une protection hormonale avant la ménopause. Même chez les patientes plus jeunes, la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires est préoccupante. En effet, 85% des femmes de 18 à 24 ans en présentent au moins deux. La présence de deux ou davantage de facteurs de risque chez les femmes jeunes est associée à une mortalité coronarienne et cardiovasculaire significativement plus élevée. (15)

La répartition par tranche d'âge observée pour la prévalence de la contraception oestroprogestative, l'hypertension artérielle, le diabète, le taux de LDL > 1,6 g/L, le taux de HDL < 0,4 g/L, le tour de taille, la sédentarité, et le stress est statistiquement significative.

Les femmes de 18 à 35 ans sont exposées au stress, à la sédentarité et à l'usage de la pilule contraceptive. Dans le groupe des 35 à 50 ans se rajoutent au stress et à la sédentarité le surpoids, prédominant dans cette population. Enfin, chez les femmes de plus de 50 ans, la combinaison du stress, du surpoids et de la ménopause constitue un profil à haut risque. Ces observations indiquent que, quel que soit le statut hormonal, certains facteurs de risque modifiables concernent toutes les femmes, y compris les plus jeunes.

Dans l'étude réalisée, une proportion importante de femmes de l'échantillon se déclare sédentaire, un facteur de risque cardiovasculaire distinct du manque d'activité physique. Bien que les deux soient souvent confondus, ils doivent être considérés séparément. La sédentarité représente des périodes prolongées d'inactivité, tandis que l'activité physique inclut les efforts modérés ou intenses, bénéfiques pour la santé. Ainsi, on peut être physiquement actif tout en étant sédentaire. Ces deux comportements, lorsqu'ils s'associent, s'additionnent et aggravent

le risque cardiovasculaire en contribuant à l'élévation de la pression artérielle, au surpoids, aux dyslipidémies, à un état inflammatoire chronique et à la résistance à l'insuline (16). De plus, il a été mis en avant par une étude que le manque d'activité physique régulière pourrait être responsable d'environ 12,2% des infarctus du myocarde, (17) justifiant des efforts pour promouvoir la réduction de la sédentarité et encourager l'activité physique.

Le surpoids s'impose comme un facteur de risque particulièrement préoccupant pour les femmes, y compris les plus jeunes. En effet sa présence chez la femme jeune augmente significativement le risque d'infarctus du myocarde, de maladie coronarienne ou d'AVC, avec des évènements pouvant survenir avant 50 ans. Le risque est d'autant plus marqué que l'indice de masse corporelle est élevé. (18)

2. Le stress comme facteur de risque prédominant et modifiable

Le stress émerge comme le facteur de risque cardiovasculaire modifiable le plus prédominant dans cette étude, touchant transversalement les femmes de tous âges. Cela souligne la nécessité d'aborder cette question de manière globale dans les stratégies de prévention cardiovasculaire.

L'étude Interstroke a révélé le lien entre différents types de stress (financier, domestique, lié au travail) et l'augmentation du risque d'AVC qu'il soit ischémique ou hémorragique. (19) Ce risque est particulièrement préoccupant chez les femmes non seulement en raison de leur exposition plus fréquente à des sources de stress, mais aussi parce que le stress a un impact cardiovasculaire plus marqué chez elles. (20) Ces facteurs de stress incluent les inégalités socioéconomiques, les évènements traumatisants vécus pendant l'enfance, les violences conjugales, le stress conjugal, ainsi que le stress lié aux responsabilités d'aidant, sachant que 80% des aidants dans le monde sont des femmes. (20)

Dans cette étude, une tendance a été observée entre le stress et d'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle ou le surpoids. Sur le plan physiopathologique, le stress chronique entraîne une sécrétion prolongée de cortisol, qui contribue à une augmentation de l'adiposité, de l'hypertension, et de la résistance à l'insuline. L'activation du système nerveux sympathique provoque quant à elle une vasoconstriction et une élévation de la pression artérielle. Le stress chronique majore également l'athérosclérose et entraîne des dysfonctions endothéliales. (21)

En plus de ces effets physiologiques, le stress est souvent associé à des comportements à risque pouvant aggraver le risque cardiovasculaire. En effet, les femmes peuvent réagir au stress en surconsommant des aliments riches en sucre ou hautement caloriques, augmentant ainsi le risque de surpoids et d'obésité. D'autres, exposées à un stress chronique, augmentent leur consommation de tabac ou adoptent un comportement sédentaire. (20)(22)

Pour finir, les effets du stress sur la santé cardiovasculaire ne se limitent pas au stress chronique. Le stress aigu peut également avoir des conséquences graves, comme en témoigne le syndrome de Tako-Tsubo, déclenché par un événement émotionnel intense et plus fréquent chez la femme. (23)

3. Connaissance des facteurs de risque : un besoin d'éducation ciblée

L'étude révèle que les femmes ont une connaissance inégale des facteurs de risque cardiovasculaires. Des facteurs de risque comme l'âge, l'hérédité, la consommation de tabac ou d'alcool, l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids ou le stress sont majoritairement connus. Ces connaissances peuvent être attribuées à des campagnes de prévention en place depuis plusieurs années ou à des actions plus ciblées comme la Loi Evin de 1991.

Les facteurs de risque liés à l'alimentation et plus particulièrement la consommation excessive de sel et le LDL cholestérol élevé sont également connus mais, de façon individuelle, les profils lipidiques le sont moins et ceci met en avant un besoin d'amélioration dans la communication des résultats médicaux aux patients. Le taux bas de cholestérol HDL était lui peu connu. A noter que l'étude n'incluait pas la valeur des triglycérides, bien que sa place soit importante notamment dans le risque de formation de plaque athéromateuse. En effet, un rapport triglycérides/HDL augmenté majore le risque cardiovasculaire. (24)

Il est intéressant de souligner qu'une proportion importante (> 50%) de femmes poursuivent des comportements qu'elles savent pourtant à risque pour leur santé. Cela peut être influencé par des facteurs comme le stress, la dépendance, le travail sédentaire, le manque de temps ou le mode de vie numérique.

Il existe en revanche un manque de sensibilisation aux facteurs de risque spécifiques aux femmes comme la ménopause ou la grossesse et ses complications. En plus des facteurs de risque étudiés dans notre étude, il existe des facteurs de risque supplémentaires spécifiques aux femmes, qui semblent intéressants de mettre en avant. Ces facteurs de risque comprennent : les menstruations précoces, le syndrome des ovaires polykystiques, l'infertilité, d'autres évènements liés à la grossesse ou à l'accouchement (accouchement prématuré, petit ou gros poids de naissance...) ou la ménopause précoce. Des maladies auto immunes comme le lupus ou la polyarthrite rhumatoïde augmentent également le risque cardiovasculaire par l'inflammation chronique dont elles sont responsables. (25)(26) Enfin, certains traitements comme la radiothérapie pour le cancer du sein (notamment du sein gauche (27)) et les traitements par anthracyclines ou trastuzumab, majorent le risque cardiovasculaire. (14) Inversement, certains facteurs protecteurs comme l'allaitement commencent à être reconnus pour leurs bienfaits sur la santé cardiovasculaire. (14)(28)

Deux études réalisées aux États Unis ont révélé que même si les femmes connaissent les facteurs de risque cardiovasculaires de façon générale, elles ont souvent des difficultés à reconnaître leurs propres facteurs de risque. (29)(30)

4. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts. En se concentrant spécifiquement sur les femmes, et notamment les jeunes femmes, elle répond à un besoin de données différenciées par sexe dans la recherche cardiovasculaire, un domaine où les spécificités féminines sont souvent sous estimées. Cette approche permet de révéler des risques potentiellement négligés chez une population vulnérable, et de montrer que les jeunes femmes ne bénéficient pas forcément de la « protection hormonale » associée à leur âge.

L'inclusion de facteurs de risque spécifiques aux femmes, tels que la grossesse, la ménopause et la contraception hormonale, constitue également une force de cette étude. En abordant ces spécificités, souvent absentes des scores de risque cardiovasculaires classiques, l'étude contribue à une meilleure compréhension des besoins de prévention cardiovasculaire chez les femmes. En évaluant à la fois la connaissance des facteurs de risque et les comportements de santé, l'étude adopte une approche préventive. Cela permet d'identifier des lacunes dans la sensibilisation et souligne la nécessité de campagnes éducatives ciblées pour la prévention cardiovasculaire.

Néanmoins, certaines limites doivent être prises en compte. La répartition de l'échantillon par tranche d'âge est inégale avec une surreprésentation des jeunes femmes (en particulier la tranche d'âge de 25-29 ans qui représente un tiers de l'échantillon). Le recrutement des participantes en cabinet de médecine générale pourrait également introduire un biais de sélection, car les femmes consultant régulièrement un médecin sont potentiellement plus sensibilisées à leur santé que la population générale. Un autre biais de

sélection est associé au recrutement des patientes dans la région Nord de France, qui connaît une population plus précaire, avec une prévalence de facteurs de risque et de maladies cardiovasculaires plus fréquente que dans les autres régions de France. (31) (32) La nature auto-déclarative des données peut introduire un biais de désirabilité sociale où les patientes surestiment ou sous-estiment leurs connaissances. L'évaluation du stress, en particulier, pourrait comporter un biais car elle repose sur un ressenti subjectif difficile à quantifier objectivement (une échelle d'évaluation du stress comme la Perceived Stress Scale n'a pas été utilisée dans cette étude). Certaines patientes ayant répondu au questionnaire de manière autonome sans accompagnement du médecin, ont pu sous-estimer certains facteurs de risque, notamment en lien avec des paramètres biologiques. De plus, il manquait dans l'étude l'évaluation de la connaissance du manque d'activité physique, bien que la connaissance de la sédentarité comme risque cardiovasculaire ait été évaluée. Pour finir, les tests du Chi² ont été effectués pour chacune des variables. Cela a pu entraîner un biais d'inflation du risque alpha, en raison de la multiplicité des comparaisons.

V. Conclusion

Ces résultats mettent en évidence plusieurs points essentiels. La prévalence de multiples facteurs de risque cardiovasculaires, même chez les femmes les plus jeunes, souligne l'importance d'une prévention précoce, dès le début de l'âge adulte. Si des facteurs comme le tabagisme ou l'hypertension artérielle sont bien connus, d'autres comme la ménopause, la grossesse ou un bon cholestérol trop bas sont sous-estimés. Enfin, certaines femmes poursuivent des comportements à risques dont elles sont pourtant conscientes. Ceci montre qu'en plus d'une sensibilisation, un accompagnement doit être réalisé pour aider les femmes à adopter un mode de vie plus protecteur, à travers toutes les étapes de leur vie.

En conclusion, cette étude met en lumière l'importance d'une prévention cardiovasculaire plus inclusive et personnalisée pour les femmes, en tenant compte de leurs spécificités hormonales, de leurs responsabilités psychosociales et de leurs connaissances limitées des risques spécifiques. Elle souligne également la nécessité de renforcer la prévention dès le jeune âge et de mieux sensibiliser les femmes aux risques cardiovasculaires, en particulier ceux qui leur sont propres, tels que les complications de grossesse et les troubles hormonaux.

Intégrer ces risques spécifiques dans les outils de dépistage permettrait une prise en charge plus complète et adaptée aux besoins féminins. La sensibilisation, combinée à des programmes de gestion du stress et de promotion de l'activité physique, pourrait jouer un rôle essentiel dans la prévention des maladies cardiovasculaires chez les femmes. Ces résultats ouvrent également la voie à des recherches futures, afin d'évaluer l'impact de programmes de prévention davantage adaptés aux besoins des femmes, contribuant ainsi à leur bien-être cardiovasculaire durablement.

VI. Références

1. Des chiffres inquiétants [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur:
<http://www.fondation-recherche-cardio-vasculaire.org/coeur-de-femmes/coeur-de-femmes/les-chiffres-cles/>
2. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 2 janv 2025]. La ménopause : s'informer et en parler. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/sante-des-femmes/article/la-menopause-s-informer-et-en-parler>
3. Mehta PP, Khan SS, Lloyd-Jones DM, Stone NJ. The Role of Sex-Specific Risk Factors in the Risk Assessment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease for Primary Prevention in Women. *Curr Atheroscler Rep* [Internet]. 16 juill 2020 [cité 11 déc 2023];22(9):46. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7889439/>
4. Chrysohoou C, Aggeli C, Avgeropoulou C, Aroni M, Bonou M, Boutsikou M, et al. Cardiovascular disease in women: Executive summary of the expert panel statement of women in cardiology of the hellenic cardiological society. *Hellenic J Cardiol* [Internet]. 9 oct 2020 [cité 11 déc 2023]; Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546688/>
5. Mounier-Vehier C, Nasserline P, Madika AL. Stratification du risque cardiovasculaire de la femme : optimiser les prises en charge. *Presse Médicale* [Internet]. nov 2019 [cité 11 déc 2023];48(11):1249-56. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498219304555>
6. SCORE2 and SCORE2-OP calculators [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur:
<https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>

7. Cardiovascular Disease (10-year risk) | Framingham Heart Study [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-10-year-risk/>
8. 2018 Prevention Guidelines Tool CV Risk Calculator [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://static.heart.org/riskcalc/app/index.html#!/baseline-risk>
9. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and Validation of Improved Algorithms for the Assessment of Global Cardiovascular Risk in Women The Reynolds Risk Score. *JAMA*. 14 févr 2007;297(6):611-9.
10. McSweeney JC, Rosenfeld AG, Abel WM, Braun LT, Burke LE, Daugherty SL, et al. Preventing and Experiencing Ischemic Heart Disease as a Woman: State of the Science. *Circulation* [Internet]. 29 mars 2016 [cité 7 déc 2023];133(13):1302-31. Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000381>
11. Jiménez-Quevedo P, Alonso-Martin C, Ruiz RC, Guzmán-Martinez G, Perez MP, Sambola A. Cardiovascular disease in women: Do we need new diagnostic and therapeutic strategies? *Kardiologia Pol Pol Heart J* [Internet]. 2023 [cité 7 déc 2023];81(4):338-49. Disponible sur: https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/KP.a2023.0051
12. Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. avr 2019 [cité 16 déc 2022];16(7):1165. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6479531/>
13. Les femmes plus exposées aux facteurs de risque - Agir pour le coeur des femmes [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/anticiper/facteurs-de-risque/Les-femmes-plus-exposees-aux-facteurs-de-risque>

14. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. *Circulation*. 17 févr 2020;141(7):592.
15. Daviglius ML, Stamler J, Pirzada A, Yan LL, Garside DB, Liu K, et al. Favorable cardiovascular risk profile in young women and long-term risk of cardiovascular and all-cause mortality. *JAMA*. 6 oct 2004;292(13):1588-92.
16. Melo EAS de, Ferreira LE de S, Cavalcanti RJF, Botelho Filho CA de L, Lopes MR, Barbosa RH de A. Nuances between sedentary behavior and physical inactivity: cardiometabolic effects and cardiovascular risk. *Rev Assoc Médica Bras*. 16 août 2021;67:335-43.
17. Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk Factors for Coronary Artery Disease. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 8 nov 2024]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>
18. Dikaiou P, Björck L, Adiels M, Lundberg CE, Mandalenakis Z, Manhem K, et al. Obesity, overweight and risk for cardiovascular disease and mortality in young women. *Eur J Prev Cardiol*. 2 mars 2020;2047487320908983.
19. Reddin C, Murphy R, Hankey GJ, Judge C, Xavier D, Rosengren A, et al. Association of Psychosocial Stress With Risk of Acute Stroke. *JAMA Netw Open*. 9 déc 2022;5(12):e2244836.
20. Ebong IA, Quesada O, Fonkoue IT, Mattina D, Sullivan S, Oliveira GMM de, et al. The Role of Psychosocial Stress on Cardiovascular Disease in Women: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 16 juill 2024;84(3):298.
21. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad Z, Tawakol A. Disentangling the Links between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. *Circ Cardiovasc Imaging*. 14 août 2020;13(8):e010931.

22. Coppi F, Bucciarelli V, Solodka K, Selleri V, Zanini G, Pinti M, et al. The Impact of Stress and Social Determinants on Diet in Cardiovascular Prevention in Young Women. *Nutrients*. 3 avr 2024;16(7):1044.
23. Garcia M, Mulvagh SL, Merz CNB, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res*. 15 avr 2016;118(8):1273.
24. Girona J, Amigó N, Ibarretxe D, Plana N, Rodríguez-Borjabad C, Heras M, et al. HDL Triglycerides: A New Marker of Metabolic and Cardiovascular Risk. *Int J Mol Sci*. 27 juin 2019;20(13):3151.
25. Nguyen AH, Hurwitz M, Sullivan SA, Saad A, Kennedy JLW, Sharma G. Update on sex specific risk factors in cardiovascular disease. *Front Cardiovasc Med*. 6 févr 2024;11:1352675.
26. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, Judd SE, Rexrode KM, Hlatky MA, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 4 mai 2021;143(18):e902-16.
27. Little MP, Zablotska LB, Lipshultz SE. Ischemic heart disease after breast cancer radiotherapy. *N Engl J Med*. 27 juin 2013;368(26):2523-4.
28. Rajaei S, Rigdon J, Crowe S, Tremmel J, Tsai S, Assimes TL. Breastfeeding Duration and the Risk of Coronary Artery Disease. *J Womens Health*. 1 janv 2019;28(1):30-6.
29. Yu J, Park K, Chandrasekhar J, Kalkman DN, Johnson JA, Wild RA, et al. Feasibility and Utility of a Cardiovascular Risk Screening Tool in Women Undergoing Routine Gynecology Evaluation. *J Womens Health* 2002. sept 2020;29(9):1150-9.
30. Kling JM, Miller VM, Mankad R, Wilansky S, Wu Q, Zais TG, et al. Go Red for Women Cardiovascular Health—Screening Evaluation: The Dichotomy Between Awareness

and Perception of Cardiovascular Risk in the Community. *J Womens Health*. mars 2013;22(3):210-8.

31. Hauts-de-France F. quelles spécificités en région Hauts-de-France ?

32. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;

VII. Annexes

Nous vous sollicitons pour répondre à notre questionnaire concernant les facteurs de risques cardiovasculaires des femmes



VOTRE AIDE NOUS EST PRECIEUSE !!!

Quand on parle de maladies cardiovasculaires, on pense souvent aux hommes. L'imaginaire collectif nous pousse à croire qu'ils sont les plus atteints voir même les seuls ! Cependant les femmes sont autant concernées. En effet, elles peuvent présenter des facteurs de risque cardiovasculaires et ce même avant la ménopause.

La bonne nouvelle, c'est que la grande majorité de ces facteurs de risque est modifiable. Une prévention adaptée et un dépistage précoce est la clé pour un cœur en bonne santé.

La première étape est de vous informer pour vous sensibiliser et ainsi vous rendre actrice de votre propre santé.

Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice en médecine générale, nous réalisons une étude concernant les connaissances des femmes sur leurs facteurs de risque cardiovasculaires. C'est une occasion de vous informer, de faire le point avec votre médecin et d'améliorer la prise en charge des femmes.

Je vous propose donc un bref questionnaire anonyme que vous trouverez via le QR code ci-dessous ou sous format papier.



Nous apprécions grandement le temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire et vous remercions très chaleureusement !

Roxanne et Sabine



Roxanne MAGHBOULEH



Sabine BAYEN

Annexe 1 : Fiche d'invitation présente en salle d'attente ou dans le bureau de consultation

QUESTIONNAIRE

Bonjour, je suis Roxanne Maghbouleh, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur les maladies cardiovasculaires des femmes. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires chez les femmes. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être une femme majeure. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes !

Répondez aux questions d'abord vous même, et si vous avez des difficultés pour y répondre, complétez le avec votre médecin en consultation (notamment pour les résultats de votre prise de sang).

Ce questionnaire étant anonyme, il ne sera pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous !

1- Quel âge avez vous ?

- 18-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-50 ans
- >50 ans

2- Avez vous un parent du premier degré (mère ou père) ayant fait un infarctus du myocarde (cœur) avant 55 ans (si c'est un homme) ou avant 65 ans (si c'est une femme) ou un AVC avant 45 ans ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

3- Etes vous ménopausée ?

- Oui
- Non

4- Etes vous enceinte ?

- Oui
- Non

5- Prenez vous une contraception contenant des œstrogènes (pilule oestroprogestative, patch ou anneau) ?

- Oui
- Non

6- Avez vous de l'hypertension artérielle (la tension)? (TA > 140/70 mmHg) (Si vous prenez un traitement pour l'hypertension, cochez oui)

- Oui
- Non

7- Avez vous un diabète ?

- Oui
- Non

8- Avez vous de l'hypercholestérolémie (« du cholestérol ») ? (LDL > 1,6 g/L) (si vous n'avez pas de biologie récente, cochez « ne sait pas ». Si vous prenez un traitement pour l'hypercholestérolémie, cochez « oui »)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9- Avez vous un HDL cholestérol (bon cholestérol) < 0,4 g/L ? (si vous n'avez pas de biologie récente, cochez ne sait pas)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

10 – Avez vous un IMC > 25 ?

- Oui
- Non

- 11- Votre tour de taille est il supérieur à 88 cm ? (mesurer avec votre médecin si besoin)
- Oui
 - Non
- 12- Votre activité physique hebdomadaire est elle inférieure à 2h30 d'activité modérée (marche, ménage, jardinage, vélo de loisir, danse, golf...) ou inférieure à 1h15 d'activité soutenue ? (marche rapide, randonnée, jeux de ballons, tennis...)
- Oui
 - Non
- 13- Passez vous plus de 6h assise (devant un ordinateur ou une télévision) dans une journée ?
- Oui
 - Non
- 14- Vous considérez vous comme « stressée » actuellement ? (stress professionnel, domestique, financier, événement pénible récent...)
- Oui
 - Non
- 15- Consommez vous plus de 6g de sel par jour ? (pour information, il y a 1 g de sel dans une rondelle de saucisson, dans une poignée de chips, de biscuits apéritifs, dans quatre tranches de pain, une part de pizza, un tiers de sandwich au jambon...)
- Oui
 - Non
- 16- Fumez vous ?
- Oui
 - Non
- 17- Buvez vous plus d'un verre d'alcool par jour ?
- Oui
 - Non
- 18- Tous les éléments évoqués ci dessus représentent des facteurs de risque cardiovasculaires. Parmi ces derniers, lesquels connaissez vous ?
- Age
 - Hérité
 - Ménopause
 - Grossesse
 - Contraception avec oestrogènes
 - Hypertension
 - Diabète
 - LDL élevé
 - HDL bas
 - IMC > 25
 - Tour de taille > 88 cm
 - Sédentarité
 - Stress
 - Consommation importante de sel
 - Tabac
 - Alcool

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : roxanne.maghbouleh.etu@univ-lille.fr

Prenez soin de vous et de votre cœur !

Age Facteur de risque	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-50	>50	<u>TOTAL</u> (n=308)
Hérédité	12%	2%	11%	4%	0%	12%	7%	6% (n=18)
Ménopause	0%	0%	0%	0%	0%	12%	93%	21% (n=65)
Grossesse	0%	8%	11%	4%	4%	0%	0%	5% (n=15)
COP	58%	47%	35%	17%	21%	12%	1%	30% (n=91)
HTA	4%	1%	4%	0%	4%	6%	29%	8% (n=26)
Diabète	0%	0%	0%	0%	8%	6%	4%	2% (n=6)
LDL > 1,6	4%	1%	9%	0%	4%	12%	35%	11% (n=33)
HDL < 0,4	4%	5%	7%	0%	0%	12%	6%	5% (n=15)
IMC > 25	38%	28%	33%	38%	46%	47%	44%	36% (n=112)
Tour de taille > 88 cm	38%	18%	26%	38%	46%	53%	41%	32% (n=98)
Absence d'activité physique	46%	32%	50%	50%	33%	41%	43%	40% (n=124)
Sédentarité	54%	72%	63%	46%	38%	59%	37%	56% (n=172)
Stress	85%	67%	67%	83%	58%	94%	60%	69% (n=213)
Sel	42%	44%	30%	42%	29%	41%	31%	37% (n=115)
Tabac	27%	23%	22%	8%	13%	18%	21%	20% (n=63)
Alcool	0%	2%	9%	0%	0%	0%	6%	3% (n=10)

Annexe 3 : Tableau de prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires par tranche d'âge

Age Facteur de risque	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-50	>50 ans	TOTAL (n=308)
Age	77%	76%	74%	71%	71%	59%	56%	69% (n=214)
Hérédité	65%	82%	76%	67%	67%	76%	76%	76% (n=233)
Ménopause	42%	29%	20%	17%	25%	29%	37%	29% (n=90)
Grossesse	27%	30%	20%	4%	8%	6%	19%	21% (n=64)
COP	54%	68%	48%	46%	50%	41%	34%	52% (n=159)
HTA	77%	81%	87%	83%	88%	82%	87%	83% (n=257)
Diabète	69%	72%	70%	63%	63%	47%	49%	63% (n=195)
LDL > 1,6	42%	51%	46%	38%	33%	47%	63%	50% (n=153)
HDL < 0,4	35%	36%	26%	29%	17%	12%	28%	29% (n=90)
IMC > 25	58%	61%	70%	71%	63%	65%	68%	65% (n=199)
Tour de taille > 88 cm	50%	40%	41%	21%	29%	41%	47%	40% (n=124)
Sédentarité	54%	70%	67%	63%	63%	71%	66%	66% (n=204)
Stress	77%	72%	80%	67%	71%	76%	74%	74% (n=227)
Sel	65%	74%	87%	67%	75%	71%	66%	73% (n=224)
Tabac	69%	85%	91%	79%	88%	94%	88%	86% (n=264)
Alcool	65%	76%	85%	79%	79%	76%	78%	77% (n=238)

Annexe 4 : Tableau de connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires par tranche d'âge

AUTEURE : Nom : MAGHBOULEH

Prénom : Roxanne

Date de soutenance : 6 mars 2025

Titre de la thèse : Prévalence et connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires chez les femmes consultant en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Soins Primaires ; Femme ; Prévalence ; Prévention ; Facteur de risque cardiovasculaire

Résumé :

Introduction : Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes. Pourtant, elles sont encore largement perçues comme des maladies masculines, en particulier avant la ménopause. Les femmes sont exposées à des risques cardiovasculaires tout au long de leur vie hormonale. Les changements de mode de vie ont réduit les effets protecteurs traditionnellement attribués à l'action oestrogénique. Les outils de dépistage actuels ne prennent pas en compte les facteurs de risques spécifiques aux femmes et celles-ci semblent insuffisamment sensibilisées à ces enjeux.

Objectif : Évaluer la prévalence et la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires des femmes consultant en médecine générale dans le département du Nord de la France.

Matériels et méthodes : Étude quantitative descriptive incluant des femmes majeures consultant en médecine générale entre octobre 2023 et juin 2024. Un questionnaire évaluait la prévalence de 17 facteurs de risque cardiovasculaires puis leur connaissance, pour chaque tranche d'âge.

Résultats : 308 femmes ont été incluses dans l'étude. 92% des femmes de l'échantillon présentent au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire. Les risques comportementaux comme le stress (69%), la sédentarité (56%), et le surpoids (36%) étaient les plus fréquents. La connaissance des facteurs de risque spécifiques aux femmes était notablement faible : 21% pour la grossesse, 29% pour la ménopause. Les autres facteurs de risque étaient davantage connus par les femmes interrogées.

Conclusion : La forte prévalence des facteurs de risque modifiables même chez les jeunes femmes souligne la nécessité d'un dépistage et d'une prévention précoce où le médecin généraliste joue un rôle clé. Si les femmes semblent sensibilisées aux risques cardiovasculaires généraux, les risques spécifiques à leur condition restent largement sous-estimés.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Eduard-Matei PRETORIAN, Madame le Docteur Dana BUCUR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sabine BAYEN