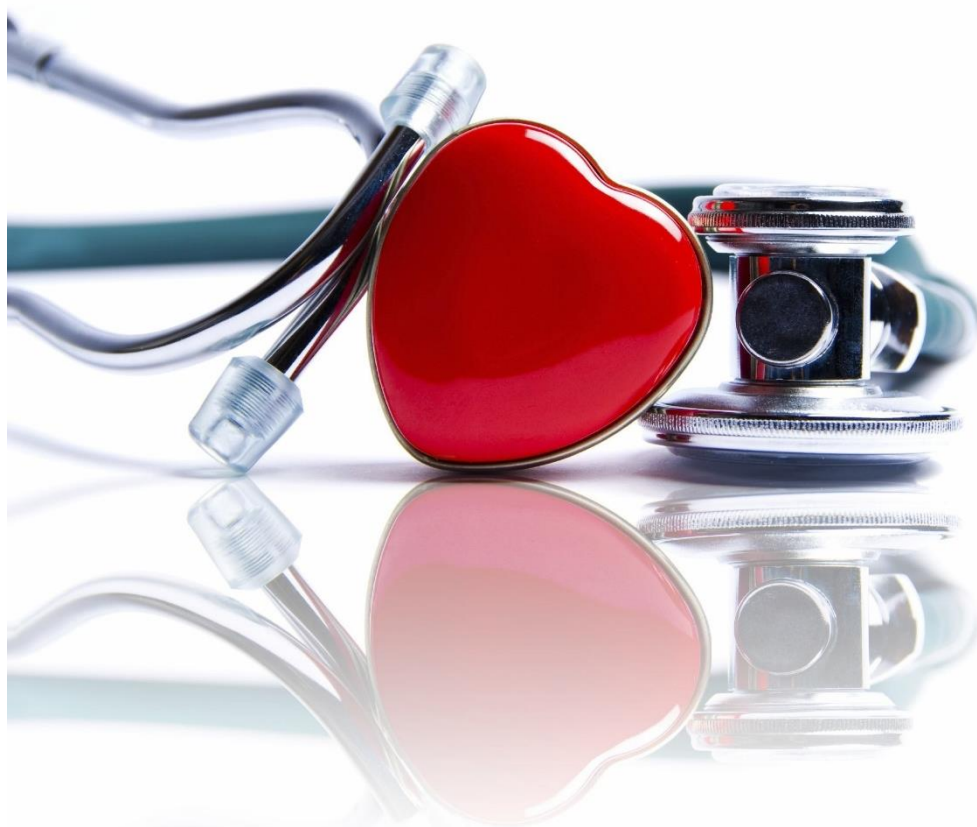


ÉTUDE

FPS - 2019

Femmes et maladies cardio-vasculaires

Quand une approche non genrée de
la santé fait des ravages



Femmes Prévoyantes Socialistes
www.femmesprevoyantes.be



FEMMES ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES
QUAND UNE APPROCHE NON GENRÉE DE LA SANTÉ FAIT DES RAVAGES
FPS 2019

Fanny Colard,

Secrétariat général des FPS

Chargée d'études

fanny.colard@solidaris.be

Crédit photo couverture : © Pexels

Éditrice responsable : Xénia Maszowez - Place St-Jean, 1/2 - 1000 Bruxelles.

Tel : 02/515.04.01



Table des matières

NOTE PRÉAMBULE	4
I. INTRODUCTION	5
A. La première cause de mortalité dans le monde	5
B. Pourquoi parler ici spécifiquement des femmes ?	5
II. PRÉVENTION ET FACTEURS DE RISQUE	7
A. L'impact des facteurs de risque sur les femmes.....	7
❖ La consommation de tabac.....	7
❖ La consommation d'alcool	8
❖ Le manque d'activité physique et la sédentarité.....	8
❖ Le surpoids ou l'obésité	9
❖ Le stress.....	9
B. Le rôle de facteurs de risque plus transversaux	10
❖ L'hypertension artérielle, le diabète et l'excès de cholestérol.....	10
❖ La précarité	10
❖ L'origine ethnique	11
❖ L'âge	11
C. Sans oublier des étapes de vie aux risques accrus.....	12
❖ La ménopause	12
❖ La prise de contraception hormonale.....	12
❖ La grossesse	13
III. L'APPARITION DE LA MALADIE	14
A. Des symptômes spécifiques méconnus et difficiles à identifier	14
B. Le manque de réaction des malades et de leur entourage	15
❖ La réanimation cardio-respiratoire	15
IV. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	16
A. Une prise en charge médicale différée et un diagnostic moins évident	16
B. Les traitements chirurgicaux et médicamenteux	19
V. ET APRÈS ?	20
A. La recherche médicale	20
B. La prévention des récurrences et le rétablissement	20
VI. CONCLUSIONS	23
VII. BIBLIOGRAPHIE	25



NOTE PRÉAMBULE

L'objectif de cette étude est de comparer la problématique des maladies cardio-vasculaires chez les femmes et chez les hommes. Ce document peut alors apparaître comme très binaire. Pour cette raison, nous tenons à poser des balises fondamentales quant à la terminologie que nous utilisons¹.

- Lorsque nous évoquons des **éléments biologiques** liés au sexe d'une personne, le terme « femme » recouvre ici l'ensemble des personnes ayant des caractéristiques physiques féminines pouvant avoir une influence sur les maladies cardio-vasculaires. Cela concerne donc tout autant les femmes cisgenres² que certaines personnes intersexes³. Nous n'avons pourtant trouvé aucun document scientifique se penchant spécifiquement sur la question des maladies cardio-vasculaires chez les personnes intersexes qui sont, bien entendu, également concernées par ces pathologies.
- Lorsque nous évoquons la notion de **genre** et particulièrement certains **stéréotypes** pouvant avoir une influence sur la façon dont les maladies cardio-vasculaires sont prises en charge, les termes « femmes » ou « hommes » désignent l'ensemble des personnes s'identifiant à ce genre, tant par leur ressenti que par leur expression de genre. Cela concerne donc tout autant les personnes cisgenres que les personnes trans*⁴, non-binaires⁵, fluides⁶, etc.

¹ Pour aller plus loin dans l'ensemble des notions et brèves définitions évoquées dans cette note préambule, voir Eva COTTIN, « LGBTQIA quoi ? Quels mots employer pour parler de sexes et de genres, pour quelles réalités et quels enjeux ? », *Analyse FPS*, 2019, URL : <https://bit.ly/2jZ7uY5>.

² Le terme « cisgenre » désigne les personnes dont le sexe assigné à la naissance, lié aux caractéristiques biologiques sexuelles, correspondent au genre ressenti par ces personnes et à leur expression de genre.

³ Parfois également nommées « personnes intersexuées », ce terme désigne les personnes ayant des caractéristiques biologiques sexuelles tant féminines que masculines.

⁴ Le terme « trans* » désigne les personnes dont le sexe assigné à la naissance, lié aux caractéristiques biologiques sexuelles, ne correspond pas au genre ressenti par ces personnes et/ou à leur expression de genre.

⁵ Le terme « non-binaire » désigne les personnes dont le genre ressenti et/ou l'expression de genre ne correspond ni au genre féminin, ni au masculin.

⁶ Le terme « fluide » désigne les personnes dont le genre ressenti et/ou l'expression de genre peu-ven-t varier au cours de leur vie.



I. INTRODUCTION

A. La première cause de mortalité dans le monde

Le terme générique de « maladies cardio-vasculaires » regroupe divers troubles et pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins⁷. Les deux formes les plus répandues et les plus connues du grand public sont l'infarctus du myocarde (communément nommé « crise cardiaque ») et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Les maladies cardio-vasculaires restent encore aujourd'hui la première cause de mortalité dans le monde. On estime qu'elles provoquent 30% des décès aux quatre coins de la planète⁸. La Belgique n'échappe pas à ce constat : en 2016, les maladies cardio-vasculaires restaient la première cause de décès du pays (27,7%) devant les cancers (26,4%)⁹. Mais ces maladies sont particulièrement fatales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où elles représentent parfois jusqu'à 80% des causes de décès¹⁰.

Partout dans le monde, le nombre de décès est heureusement en recul d'années en années, ces maladies pouvant être de mieux en mieux traitées si elles sont détectées et prises en charge rapidement. Développer une politique de prévention efficace est également extrêmement important. Cela constitue un enjeu majeur de santé publique car la majorité (80%) des maladies cardio-vasculaires sont causées par des facteurs liés à l'hygiène de vie, sur lesquels il est donc possible d'agir de manière très concrète au quotidien. Les principaux sont¹¹ :

- Le tabagisme
- La consommation d'alcool
- Le manque d'activité physique et la sédentarité
- Le surpoids ou l'obésité
- Le stress

B. Pourquoi parler ici spécifiquement des femmes ?

Les statistiques et études démontrent que les femmes et les hommes sont loin d'être sur un pied d'égalité face à ces maladies. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ce sont les femmes qui sont les premières victimes des maladies cardio-vasculaires : malgré les avancées médicales en la matière, ces pathologies progressent chez les femmes alors qu'elles régressent chez les hommes. En Belgique notamment, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à décéder des suites d'une maladie cardio-vasculaire (29,6% des décès chez les femmes contre 25,7% chez les hommes)¹².

⁷ C'est notamment le cas de l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, les thromboses, l'artérite des membres inférieurs (AMI), etc.

⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *À propos des maladies cardio-vasculaires*, URL : <https://bit.ly/31acoSb>.

⁹ STATBEL, *Causes de décès. Chiffres de 2016*, URL : <https://bit.ly/2K5bMat>.

¹⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *À propos des maladies cardio-vasculaires... op. cit.*

¹¹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *Cahiers de l'Observatoire du Cœur des Français*, n°04, Mars 2018, p. 4, URL : <https://bit.ly/2YuSz63>.

¹² STATBEL, *Causes de décès. Chiffres de 2016... op. cit.*



Comment cela s'explique-t-il ? Est-ce dû à des différences biologiques ? À des stéréotypes de genre ? Et pourquoi continue-t-on à penser à tort que les femmes sont épargnées par ces maladies ?

Lorsqu'on parle de ce type de pathologies, c'est pourtant plus souvent l'image d'un homme d'une cinquantaine d'années, fumeur, sédentaire et ayant un certain embonpoint qui s'impose dans l'imaginaire collectif. Si cette image renvoie à certains facteurs de risque détaillés ci-dessus (tabagisme, manque d'activité physique, alimentation peu équilibrée, etc.), pourquoi pense-t-on qu'il s'agit d'un homme ?

Si l'on observe attentivement la liste des facteurs de risques, l'on se rend relativement vite compte que celle-ci peut être fortement influencée par des stéréotypes de genre, qui expliqueraient cette association assez instinctive de ces maladies aux hommes. Ne considère-t-on pas souvent que ce sont les hommes les principaux consommateurs de tabac et d'alcool ? Les femmes faisant plus souvent attention à leur ligne, n'est-ce pas logique de penser qu'elles sont moins concernées par les questions d'alimentation peu équilibrée ? Enfin, ne reste-t-il pas encore un stéréotype tenace pensant que les hommes sont plus confrontés à des situations de stress, notamment dans la sphère professionnelle où ils occupent des postes à plus fortes responsabilités que les femmes ?

Ajoutons à cela un constat biologique : les œstrogènes, des hormones naturelles dites « féminines » (car bien plus présentes chez les femmes que chez les hommes), joueraient un rôle important de prévention des maladies cardio-vasculaires en aidant à fluidifier le sang¹³. Les femmes seraient donc globalement « épargnées », du moins avant leur ménopause. L'infarctus du myocarde, par exemple, apparaît, du coup, en moyenne entre 7 et 10 ans plus tard chez les femmes que chez les hommes¹⁴.

Tous ces éléments participent à expliquer pourquoi l'image d'un malade cardio-vasculaire qui s'impose dans nos esprits est celle d'un homme. Mais au vu des statistiques criantes, démontrant qu'il s'agit là d'idées reçues ou de mauvaises connaissances, il est fondamental de déconstruire ces divers éléments.

C'est pourquoi, à travers la question précise des maladies cardio-vasculaires, cette étude tentera de mettre en lumière les inégalités de genre, si transversales à nos sociétés qu'elles ont de lourdes conséquences sur la santé des femmes. Le contenu de ce document est structuré de manière à suivre le parcours de soins d'une personne éventuellement atteinte d'une maladie cardio-vasculaire, allant ainsi des facteurs de risque à la prévention des récurrences, en passant par la détection des symptômes, la prise en charge ou encore la recherche médicale.

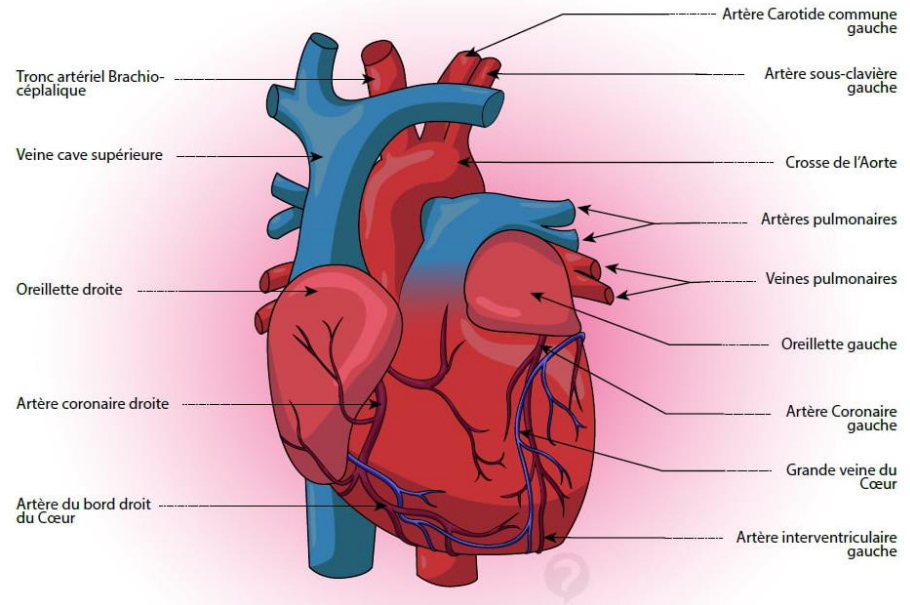
¹³ Longtemps soutenue, cette hypothèse ne fait désormais plus *consensus* auprès de tou-te-s les scientifiques. Toutefois, le rôle protecteur des œstrogènes est soutenu, tant par la Ligue cardiologique belge que par la Fédération française de cardiologie, raison pour laquelle nous suivons ici leur avis. Pour en savoir plus sur les recherches remettant cette hypothèse en cause, voir notamment Matha STEFANICK, « Estrogens and Progestins: Background and History, Trends in Use, and Guidelines and Regimens Approved by the U.S. Food and Drug Administration », *American Journal of Medicine*, 2005, vol. 118, pp. 4-73, URL : <https://bit.ly/2GBxQYe> et Kristen SPRINGER et al., « Beyond a Catalogue of Differences: A Theoretical Frame and Good Practice Guidelines for Researching Sex/Gender in Human Health », *Social Science & Medicine*, 2012, 74, pp. 1817-1824, URL : <https://bit.ly/2OqhyaT>.

¹⁴ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé : Le sexe et le genre dans les maladies coronariennes. Projet GenCAD (Gender specific mechanisms in coronary artery disease)*, 2017, p. 2, URL : <https://bit.ly/2YR9X5s>.

II. PRÉVENTION ET FACTEURS DE RISQUE

A. L'impact des facteurs de risque sur les femmes

Contrairement aux idées reçues, les femmes sont de plus en plus concernées par les facteurs de risque précités. Ceux-ci sont d'autant plus dangereux pour elles qu'ils réduisent l'effet protecteur des œstrogènes naturels. De plus, la majorité de ces facteurs de risque ont pour conséquence d'obstruer, de rétrécir ou de rigidifier les vaisseaux sanguins. Dans ce cadre, il faut souligner une différence anatomique importante liée au sexe des personnes : en moyenne, le cœur d'une femme est plus petit que celui d'un homme. Cela implique que les artères coronaires, qui vascularisent le muscle cardiaque en acheminant le sang jusqu'au cœur¹⁵, sont plus étroites. Les femmes sont donc susceptibles d'être d'autant plus vite ou plus gravement impactées par des facteurs de risque que les hommes¹⁶.



❖ La consommation de tabac

En matière de **tabac**, les hommes ne sont désormais que légèrement plus nombreux que les femmes à fumer (23% contre 21%), que ce soit de manière ponctuelle (6% contre 5%) ou quotidienne (17% contre 16%)¹⁷. Considérer qu'elles sont moins concernées que les hommes par ce facteur de risque est donc erroné. De plus, des enquêtes menées en France¹⁸ tendent à démontrer que les femmes commencent à fumer plus jeunes que les hommes et qu'elles le font plus régulièrement¹⁹. Les femmes auraient également plus de difficultés que les hommes à se sevrer²⁰. Cela s'explique par le fait qu'elles développeraient une addiction plus forte : pour 60% d'entre elles, la cigarette constitue un « anti-stress » et pour 19% un « anti-prise de poids »²¹. Ces constats sont d'autant plus préoccupants

¹⁵ Le schéma présenté ici est issu du site internet : <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/8144-artere-coronaire-definition>.

¹⁶ LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE, *Cœur de femme*, 2015, p. 5, URL : <https://bit.ly/336EmQg>.

¹⁷ FONDATION CONTRE LE CANCER et GFK BELGIQUE, *Enquête tabac 2018*, p. 6, URL : <https://bit.ly/2NCMa40>.

¹⁸ Aucune enquête belge relative au tabac ne dispose de données permettant de savoir si c'est également le cas en Belgique ou non.

¹⁹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes. Aujourd'hui, les femmes sont moins protégées que les hommes*, 2016, p. 4, URL : <https://bit.ly/315ln72>.

²⁰ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé... op. cit.*, p. 3.

²¹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 5.

que les risques associés au tabac en matière de maladies cardio-vasculaires sont plus importants chez les femmes que chez les hommes²².

❖ La consommation d'alcool

Un constat relativement similaire peut être dressé au niveau de la **consommation d'alcool**. Les statistiques démontrent que les femmes consomment plus régulièrement de l'alcool qu'auparavant et en plus grandes quantités, même si leur consommation reste plus basse que celle des hommes²³. Or, divers éléments morphologiques spécifiques aux femmes (poids moyen moins élevé, foie plus petit et cœur pompant un volume moins important de sang) font qu'en moyenne, elles réagissent plus vite et plus intensément à la consommation d'alcool que les hommes²⁴. Le sexe d'une personne influence donc les conséquences que peut avoir une consommation équivalente d'alcool, même modérée.

❖ Le manque d'activité physique et la sédentarité

En matière d'**activité physique**, le dernier Eurobaromètre²⁵ à ce sujet démontre que les femmes sont nettement moins nombreuses que les hommes à pratiquer une activité physique ou un sport de manière régulière (36% contre 44%). Ainsi, 52% des femmes européennes n'en pratiquent pas, contre 40% des hommes. Cette disparité s'explique par diverses pistes, dont notamment la dévalorisation des pratiques sportives féminines et le fait qu'en moyenne, les femmes consacrent près de 6 heures par semaine de moins que les hommes à des pratiques de loisirs²⁶. Cela est d'autant plus questionnant quand on sait que l'activité physique est un facteur de protection plus important chez les femmes²⁷.

En parallèle de la pratique d'une activité physique ou sportive se pose la question de la **sédentarité**. Ce n'est un secret pour personne, nos sociétés sont de plus en plus sédentaires, c'est-à-dire que nous passons de plus en plus de temps assis-es par jour. Si les chiffres belges montrent que les femmes passent en moyenne moins de temps assises que les hommes, l'écart n'est que de 8 minutes par jour, en semaine²⁸. S'il reste faible, l'écart se creuse par contre les jours de week-end, en montant à une moyenne de 24,4 minutes²⁹. Selon nous, ces écarts relativement restreints ne constituent en tous cas pas une raison valable de considérer ce facteur de risque de maladies cardio-vasculaires comme moins prépondérant chez les femmes.

²² FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 15.

²³ AIDE ALCOOL, *Les femmes et l'alcool*, URL : <https://bit.ly/311NbsM>.

²⁴ AIDE ALCOOL, *Comment l'alcool est-il assimilé ? Hommes vs. Femmes*, URL : <https://bit.ly/2YxjAWP>.

²⁵ COMMISSION EUROPÉENNE, *Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity. Summary*, mars 2018, URL : <https://bit.ly/2vpfbuf>.

²⁶ Pour aller plus loin sur la question, voir notamment la campagne que les FPS ont menée en 2016 : « Les femmes, des sportifs comme les autres ? », URL : <https://bit.ly/2ZlVol3> ainsi que Julie GILLET, « Quels freins aujourd'hui aux pratiques sportives féminines ? », *Analyse FPS*, 2016, URL : <https://bit.ly/3353yaa>.

²⁷ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé... op. cit.*, p. 3.

²⁸ En moyenne, 371 minutes par jour de semaine pour les hommes et 363,1 minutes pour les femmes, hors déplacements, d'après Sarah BEL, Karin DE RIDDER, Thérèse LEBACQ, Cloë OST et Eveline TEPPERS, *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Activité physique et sédentarité*, 2016, tableau 148, p. 302, URL : <https://bit.ly/2MtiARa>.

²⁹ En moyenne, 309,2 minutes par jour de week-end pour les hommes et 284,8 minutes pour les femmes, hors déplacements, d'après Sarah BEL, Karin DE RIDDER, Thérèse LEBACQ, Cloë OST et Eveline TEPPERS, *Enquête... op. cit.*, tableau 150, p. 304.

❖ Le surpoids ou l'obésité³⁰

Au niveau de la **gestion du poids** et de l'**alimentation**, il faut souligner que si les femmes sont effectivement en moyenne plus attentives à l'équilibre de leur alimentation, elles sont également plus concernées que les hommes par les troubles de l'alimentation.

La dernière enquête en date³¹ démontre que les hommes sont plus touchés par le surpoids (56,4% contre 47,8% de femmes) et l'obésité (18,8% contre 16,8% de femmes)³². Le poids des femmes est par contre plus fluctuant au cours de leur vie, et particulièrement à des moments-clé tels qu'une grossesse, la ménopause ou encore une période stressante. Les femmes peuvent donc également être concernées par ce facteur de risque bien qu'elles le soient, *a priori*, moins que les hommes.

❖ Le stress

Enfin, la question du **stress** doit également être analysée sous le prisme du genre. Si l'idée reçue consiste à considérer que le stress concerne exclusivement la sphère professionnelle, il ne faut pas négliger les conséquences du stress liées aux autres aspects de la vie quotidienne. C'est notamment dans ce cadre que la charge mentale³³, concernant principalement les femmes, doit être prise en compte.

En moyenne, les femmes sont plus concernées que les hommes par les problèmes d'anxiété, de stress ou de dépression³⁴. De plus, ceux-ci génèrent un risque plus grand de maladies cardio-vasculaires chez les femmes car ils provoquent en moyenne des effets plus importants sur leur système nerveux autonome³⁵ et sur une éventuelle prise de poids³⁶.

Enfin, dans la sphère professionnelle, même si elles occupent encore moins régulièrement des postes à responsabilités que les hommes, cela ne signifie pas nécessairement que les femmes soient moins concernées par les questions de stress au travail. Il faut également souligner d'autres sources éventuelles de stress professionnel, telles que le harcèlement sexuel au travail, qui concerne principalement les femmes³⁷.

³⁰ Pour en savoir plus sur les notions de surpoids et d'obésité, voir les définitions proposées par l'Organisation mondiale de la Santé en la matière : <https://bit.ly/2RGAcJX>.

³¹ Il s'agit d'une enquête menée par PronoKal, une firme spécialisée dans la perte de poids. Si habituellement nous nous méfions d'enquêtes commanditées par des parties prenantes d'une thématique, cette enquête est la plus récente menée sur la question en Belgique et les résultats semblent cohérents avec les données antérieures.

³² BELGA, « Un Belge sur deux est trop gros », *RTBF Info*, 05 février 2019, URL : <https://bit.ly/315K1q>.

³³ Anna SAFUTA, « Aider n'est pas partager : la charge mentale des femmes dans les couples hétérosexuels », *Analyse FPS*, 2017, URL : <https://bit.ly/2YuTl2X>.

³⁴ À ce sujet, voir globalement notre magazine Femmes Plurielles consacré à cette thématique : FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « La santé mentale au féminin », *Femmes Plurielles*, n°55, septembre 2016, URL : <https://bit.ly/2LSijHU>.

³⁵ Le système nerveux autonome correspond à la partie du système nerveux qui régule certaines fonctions automatiques de l'organisme comme les muscles lisses, la digestion, la respiration, les muscles cardiaques ou certaines glandes. Pour en savoir plus, voir <https://bit.ly/2mIPfai>.

³⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 15.

³⁷ Amandine MICHEZ, « Le harcèlement sexuel au travail », *Analyse FPS*, 2016, URL : <https://bit.ly/2YLAAGR>.

B. Le rôle de facteurs de risque plus transversaux

Les cinq éléments détaillés ci-dessus sont les principaux facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires, sur lesquels chacun-e est susceptible, à des niveaux divers, d'avoir une prise. Toutefois, d'autres éléments plus transversaux doivent aussi être évoqués. C'est notamment le cas de l'hérédité et du fait d'avoir déjà été atteint-e d'une maladie ou d'un accident cardio-vasculaire³⁸. Nous avons ici choisi d'en mettre les principaux en lumière.

❖ L'hypertension artérielle, le diabète et l'excès de cholestérol

C'est le cas notamment de maladies provoquées par ces différents facteurs de risques qui aggravent elles-mêmes les probabilités de maladies cardio-vasculaires. Les principales pathologies en question sont l'**hypertension artérielle**, le **diabète** et l'**excès de cholestérol**. Or, à nouveau, les femmes sont plus concernées par ces maladies.

Comparativement, l'**hypertension artérielle** est plus fréquente et plus sévère chez les femmes que chez les hommes, particulièrement après 60 ans³⁹. Elle provoque également davantage d'AVC et d'insuffisance cardiaque chez les femmes que chez les hommes⁴⁰. Le **diabète**, quant à lui, a également comme conséquence de réduire l'effet protecteur des œstrogènes naturels. Ainsi, souffrir de diabète augmente plus le risque de mortalité cardio-vasculaire chez les femmes (de 3 à 7 fois) que chez les hommes (de 2 à 3 fois)⁴¹. Enfin, les œstrogènes aident à conserver les taux de **cholestérol** à des niveaux sains⁴². Les taux moyens sont d'ailleurs relativement comparables entre les femmes et les hommes de moins de 65 ans. Au-delà, l'écart se creuse et des taux trop élevés de cholestérol s'observent alors plus fréquemment chez les femmes, chez qui les taux d'œstrogènes sont en baisse après leur ménopause⁴³.

❖ La précarité

Il est également important d'insister sur le rôle que la **précarité** peut jouer dans les facteurs de risques, et donc dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. Si, en introduction, nous précisons que ces maladies provoquaient un taux plus élevé de décès dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, un constat similaire peut être dressé au sein de la population. Les personnes en situation de précarité auront d'autant plus de risques d'être confrontées aux facteurs détaillés ci-dessus. Une situation de précarité peut rendre plus compliqué d'entretenir une hygiène de vie équilibrée et peut constituer une source non-négligeable de stress, éventuellement chronique. De plus, agir sur ces éléments peut s'avérer d'autant plus difficile pour des personnes en situation de précarité⁴⁴. Notons qu'en outre, la précarité joue également un rôle prépondérant tant au niveau de la prévention primaire et secondaire, que dans l'accès aux soins de santé de qualité ou encore dans la

³⁸ Cet élément sera évoqué ci-dessous dans le chapitre consacré aux risques de récurrence. Voir pages 20 à 22 de cette étude.

³⁹ COMMISSION EUROPÉENNE, *Comment protéger votre cœur : les femmes et les hommes sont-ils différents ? Projet GenCAD (Gender specific mechanisms in coronary artery disease)*, 2017, p. 2, URL : <https://bit.ly/2M7q1y6>.

⁴⁰ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé... op. cit.*, p. 2.

⁴¹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 16.

⁴² FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *L'AVC chez les femmes*, URL : <https://bit.ly/33tRcZ9>.

⁴³ SANOFI, « Comprendre les taux de cholestérol », *Au cœur du cholestérol*, URL : <https://bit.ly/2STyyoM>.

⁴⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 17.

prise en charge médicale et des traitements éventuels⁴⁵. Cela a pour conséquence directe qu'on observe dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés une plus grande prévalence⁴⁶ des facteurs de risque, une plus forte incidence⁴⁷ et une mortalité plus élevée⁴⁸.

Il est important de rappeler que la précarité, en Belgique comme ailleurs, touche d'autant plus souvent les femmes. En effet, celles-ci ont, en moyenne, de plus faibles revenus que les hommes tout au long de leur vie. Cela s'explique par de nombreux facteurs tels que le secteur d'activité professionnelle, la difficulté d'accéder à des postes à hautes responsabilités, le travail à temps partiel ou encore la monoparentalité⁴⁹.

❖ L'origine ethnique⁵⁰

Un élément qui constitue également un facteur de risque est l'origine ethnique. En effet, pour des raisons biologiques, les personnes originaires d'Asie du Sud-Est et d'Afrique sub-saharienne ont un risque plus élevé de développer une maladie cardio-vasculaire. De plus, certains facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle ou le cholestérol sont plus néfastes chez ces dernières⁵¹.

❖ L'âge

Enfin, l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires est simplement l'âge⁵². Le vieillissement prolonge les effets négatifs de l'ensemble des autres facteurs de risques évoqués ci-dessus, tels que le tabac, l'hypertension artérielle, la surcharge pondérale, etc. Il peut également en renforcer d'autres, comme la sédentarité, la malnutrition mais aussi la précarité.

Dès lors que l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes, celles-ci en sont, de fait, plus directement concernées. En Belgique, par exemple, en 2018, l'espérance de vie à la naissance des femmes était de 83,7 ans contre 79,2 ans pour les hommes⁵³.

⁴⁵ Pour plus d'informations à ce sujet, voir notamment Jean-Marc LAASMAN, Leïla MARON et Jérôme VRANCKEN, « Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé », *Étude Solidaris*, 2018, URL : <https://bit.ly/2Mj64o4>.

⁴⁶ La prévalence désigne le rapport entre le nombre de cas existants d'une maladie et la population globale d'un pays, d'une région ou d'une ville, soit à un moment donné, soit sur une période définie. Cela permet de mesurer « l'ampleur » d'une maladie au sein d'une population. Cette définition paraphrase celle de l'ACADÉMIE EUROPÉENNE DES PATIENTS (EUPATI), *Concepts épidémiologiques : incidence et prévalence*, URL : <https://bit.ly/2Z1P3o9>.

⁴⁷ L'incidence désigne quant à elle le rapport entre le nombre de nouveaux cas et la population globale. Cela permet de mesurer l'évolution d'une maladie au sein d'une population. Cette définition paraphrase également celle de l'ACADÉMIE EUROPÉENNE DES PATIENTS (EUPATI), *Concepts épidémiologiques... op. cit.*

⁴⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Lutte contre les maladies cardiovasculaires : priorités stratégiques*, URL : <https://bit.ly/2Toy2iR>.

⁴⁹ À ce sujet, voir notamment OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES, *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, 2014, URL : <https://bit.ly/2MqRnON>.

⁵⁰ Pour en savoir plus, en général, voir Keisha STRANO, « Le syndrome méditerranéen, ou quand les préjugés tuent », *Analyse FPS*, 2018, URL : <https://bit.ly/2pvC7XP>.

⁵¹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 17.

⁵² Basé sur les propos du Professeur André VACHERON, cardiologue, cités dans LE FIGARO SANTÉ, « Le risque cardio-vasculaire augmente-t-il après 65 ans ? », *Le Figaro Santé*, 24 octobre 2010, URL : <https://bit.ly/2Z2ASv0>.

⁵³ STATBEL, *Tables de mortalité et espérance de vie. Nouveau léger progrès de l'espérance de vie de la population belge en 2018*, URL : <https://bit.ly/2YU7gQs>.

C. Sans oublier des étapes de vie aux risques accrus

Avoir détaillé l'impact de ces facteurs de risques sur les femmes démontre que celles-ci ont au moins autant de raisons que les hommes d'être concernées par les maladies cardio-vasculaires. Sans oublier qu'à cette liste générale s'ajoutent certaines éventuelles étapes de vie spécifiquement féminines dont l'impact sur ces pathologies est largement sous-estimé, ou du moins mal connu : la prise de contraceptifs hormonaux, la/les grossesse-s et la ménopause.

❖ La ménopause

Citons tout d'abord la **ménopause**, qui provoque l'arrêt de la sécrétion des hormones dites sexuelles, et donc des œstrogènes, protection naturelle contre les maladies cardio-vasculaires. C'est après cette étape que la majorité des femmes sont atteintes de ce type de maladies, c'est-à-dire, en moyenne, 7 à 10 ans plus tard que les hommes⁵⁴. La ménopause peut aussi être une période marquée par une prise de poids et par un éventuel développement du diabète qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, constituent tous deux des facteurs de risques pour les maladies cardio-vasculaires⁵⁵. Notons également qu'avec l'allongement de l'espérance de vie, les femmes passent une partie de plus en plus longue de leur existence en étant ménopausées. Elles pourraient bientôt l'être pendant 30 à 40% de leur vie, ce qui rallonge la période de vulnérabilité accrue aux maladies cardio-vasculaires⁵⁶.

Enfin, la **ménopause** peut également être marquée par l'apparition de divers symptômes désagréables pour les femmes (par exemple, bouffées de chaleur, dépression, troubles du sommeil, etc.), provoqués par l'arrêt de sécrétion des hormones naturelles. Dans certains cas, cette période de vie est accompagnée par un traitement médicamenteux : des hormones de synthèse servant à pallier ces effets négatifs peuvent être prescrites. Toutefois, des études démontrent que les œstrogènes de synthèse ne protègent pas les femmes des maladies cardio-vasculaires comme le feraient les hormones naturelles⁵⁷. Au contraire, celles-ci favorisent la coagulation du sang, donc la formation de caillots, qui peuvent provoquer des pathologies cardio-vasculaires⁵⁸.

❖ La prise de contraception hormonale

Un constat similaire doit, *de facto*, être fait par rapport à la **contraception hormonale**. Si dans le cas de la ménopause, les hormones de synthèse ont pour objectif de remplacer les hormones naturelles qui ne sont plus produites, dans le cas d'une contraception hormonale, les hormones de synthèse viennent « perturber » volontairement le cycle hormonal naturel des femmes⁵⁹. La prise d'un contraceptif hormonal « bloque » donc également les effets protecteurs des œstrogènes naturels.

Certains **contraceptifs hormonaux** contenant ces hormones de synthèse (particulièrement les pilules contraceptives combinées, les patchs et les anneaux vaginaux) provoquent les mêmes effets secondaires négatifs (coagulation du sang) que les traitements prescrits dans le cadre de la

⁵⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 4.

⁵⁵ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 5.

⁵⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 10.

⁵⁷ INSERM SANTÉ PUBLIQUE, *Communiqué : Œstrogènes et risques cardiovasculaires chez les femmes ménopausées*, 08 juin 2012, URL : <https://bit.ly/2K7qGgH>.

⁵⁸ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 5.

⁵⁹ FÉDÉRATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DES FPS, *Dossier : Contraception*, URL : <https://bit.ly/2yt1xq5>.



ménopause⁶⁰. Si la prise de l'un de ces contraceptifs est doublée d'une consommation de **tabac** (même faible), les risques sont d'autant plus importants, en particulier pour les femmes de plus de 35 ans. On estime que cette combinaison multiplie par 30 le risque d'infarctus⁶¹. En effet, le tabac a pour effet de rigidifier les vaisseaux sanguins et de favoriser la formation de caillots sanguins. La combinaison de tabac et d'œstrogènes de synthèse provoque donc un « effet cocktail » pouvant avoir de lourdes conséquences⁶².

❖ La grossesse

Enfin, une autre étape potentielle de la vie des femmes constitue un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires : une **grossesse**. Afin d'alimenter le placenta et donc de nourrir le fœtus, le cœur d'une femme enceinte fonctionne en « surrégime ». Habituellement, il traite un volume de 4 à 5 litres de sang par minute, mais durant une grossesse, cela passe à 6 voire 7 litres⁶³. Les valves cardiaques sont donc davantage sollicitées et la fréquence cardiaque augmente également⁶⁴. Le cœur de la majorité des femmes s'adapte sans problèmes à ces bouleversements mais une grossesse peut parfois mettre en lumière une maladie cardio-vasculaire ignorée jusque-là, ou bien l'aggraver.

Durant une grossesse, certains troubles spécifiques peuvent apparaître, tels que le **diabète de grossesse** ou encore une malformation des vaisseaux sanguins pouvant provoquer un **AVC lié à la grossesse**⁶⁵. Notons également qu'une hypertension artérielle doublée d'un trop haut taux de protéines dans les urines peut provoquer ce que l'on nomme une **pré-éclampsie**. Or, des études ont démontré que les femmes qui développent ou ont développé une pré-éclampsie ont deux fois plus de risques de développer une maladie cardio-vasculaire plus tard au cours de leur vie⁶⁶.

Enfin, il faut également attirer l'attention sur les **grossesses** chez les femmes de plus de 35 ans⁶⁷. À partir de cet âge, le système vasculaire perd de sa performance et la fabrication du placenta est rendue plus difficile. Le placenta étant composé de nombreux petits vaisseaux enchevêtrés, un mauvais développement peut provoquer une hypertension artérielle pendant la grossesse qui, comme nous l'avons vu ci-dessus, constitue un facteur de risque cardio-vasculaire⁶⁸.

La prise d'un contraceptif hormonal, la grossesse et la ménopause sont des étapes pouvant rythmer la vie des femmes qui constituent donc des risques spécifiques de maladies cardio-vasculaires. Afin de pouvoir effectuer une prévention et, si besoin, une prise en charge plus adaptée, il est notamment recommandé de systématiser le dépistage de l'hypertension artérielle à ces périodes-clés⁶⁹.

⁶⁰ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 5.

⁶¹ Alexandra BRESSON, « Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité chez les femmes », *Santé Magazine*, 29 décembre 2016, URL : <https://bit.ly/2McmUot>.

⁶² FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 8.

⁶³ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 4.

⁶⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 9.

⁶⁵ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *L'AVC chez les femmes*, URL : <https://bit.ly/33tRcZ9>.

⁶⁶ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé... op. cit.*, p. 2.

⁶⁷ Cet âge est parfois utilisé pour définir ce que l'on nomme les « grossesses tardives » mais ce seuil n'est pas fixe, dans certains cas celui-ci est de 38 ans mais plus généralement de 40 ans. À ce sujet, voir Dr. Sylvie EPELBOIN, « Grossesse tardive, à partir de quel âge ? », *Allô Docteur*, 11 janvier 2001, URL : <https://bit.ly/2K4Dvbr>.

⁶⁸ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 9.

⁶⁹ FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention ?*, URL : <https://bit.ly/307mvqs>.

III. L'APPARITION DE LA MALADIE

A. Des symptômes spécifiques méconnus et difficiles à identifier

La première étape de la prise en charge d'une maladie⁷⁰, quelle qu'elle soit, est l'identification de symptômes, permettant de poser un diagnostic et d'avoir les gestes et traitements adéquats. Pour essayer de comprendre si d'éventuelles inégalités entre les femmes et les hommes existent lors de la prise en charge de maladies cardio-vasculaires, il faut donc avant tout se poser une question importante : le sexe et le genre influencent-ils un diagnostic ?

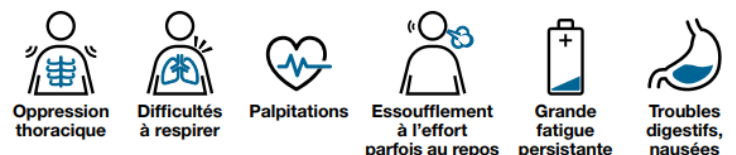
Prenons l'exemple très concret d'un infarctus du myocarde. Un symptôme spécifique est associé à cette pathologie : une vive douleur au thorax qui irradie dans le bras gauche. Ce signal d'alerte est relativement bien connu du grand public et est l'une des premières choses expliquées lors d'un cours de secourisme, par exemple.

Mais ce qui est beaucoup moins bien connu est que ce symptôme, très net et identifiable, n'est pas systématique. Il est d'ailleurs très caractéristique chez les hommes mais beaucoup moins chez les femmes : dans près d'un cas sur deux, celles-ci ne ressentent pas de douleur au thorax ni au bras. Cela s'explique par le fait que ce symptôme « classique » est dû à des maladies touchant les grandes artères coronaires. Or, les maladies cardio-vasculaires chez les femmes concernent généralement les petits vaisseaux du cœur. Ces maladies dites micro-vasculaires provoquent des symptômes qualifiés « d'atypiques », qui sont donc plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Or, ces symptômes sont plus « passe-partout » et donc plus difficilement identifiables, tels que :

- Des difficultés à respirer ;
- Des palpitations lors d'un effort ;
- Un essoufflement, durant un effort voire au repos ;
- Des nausées et vomissements ;
- Des douleurs à l'estomac ;
- Une forte fatigue persistante ;
- Des sueurs⁷¹.

Les symptômes féminins atypiques



Un constat similaire peut être dressé dans le cas des AVC. Plusieurs symptômes annonçant un AVC sont souvent identifiés :

- Un engourdissement du visage, rendant difficile de sourire ou d'ouvrir la bouche, même de manière passagère ;
- Un état de confusion, visible par des troubles du langage ou de l'expression ;
- Une faiblesse musculaire, d'un bras et/ou d'une jambe (généralement du même côté) ;
- Un trouble de la vision ou une perte de la vue, notamment d'un seul œil ;

⁷⁰ Hormis un éventuel dépistage systématique, pour les maladies qui s'y prêtent, comme par exemple le cancer du sein. Dans ces cas-là, c'est ce dépistage qui constitue la première étape de la prise en charge médicale.

⁷¹ Le schéma ci-dessus est issu de : FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *Cahiers de l'Observatoire du Cœur des Français*, n°04, Mars 2018, p. 5, URL : <https://bit.ly/2YuSz63>. Bien qu'intitulé « Les symptômes féminins atypiques », il représente des symptômes pouvant aussi être ressentis par des hommes.



- Des maux de tête violents sans cause apparente⁷².

Or, à nouveau, divers symptômes moins nets peuvent apparaître et sont davantage ressentis par les femmes : des pertes d'équilibre, étourdissements, nausées, palpitations, le souffle court, etc⁷³.

B. Le manque de réaction des malades et de leur entourage

Le fait que certains symptômes dits « féminins » soient à la fois différents, plus insidieux et mal connus (pour ne pas dire, pas du tout) est lourd de conséquences au niveau de la prise en charge des malades cardio-vasculaires. Ajoutons à cela l'idée reçue bien ancrée évoquée ci-dessus selon laquelle les femmes sont moins concernées que les hommes par ces pathologies, on voit dès lors se dessiner une forme de prise en charge à deux vitesses.

Qu'elles ressentent des symptômes « classiques » ou atypiques, les femmes elles-mêmes ont plus de difficultés à réaliser qu'elles sont victimes d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC. Elles ont alors tendance à minimiser ces symptômes et les associer plutôt au stress ou à la fatigue. Résultat : elles ne s'alarment pas aussi vite que si elles avaient senti une douleur plus identifiable.

Une patiente témoigne en ces mots : « Si ce n'était pas moi mais mon mari qui avait senti cette douleur, je suis sûre que quelqu'un aurait plus rapidement pensé à un infarctus »⁷⁴.

Il en va bien entendu de même pour l'entourage. Cela a pour conséquence directe qu'il faut en moyenne une heure de plus pour que l'entourage appelle un numéro d'urgence selon que la personne concernée soit une femme ou un homme⁷⁵. Nathalie Assez, médecin urgentiste, souligne que « c'est rarement le mari qui appelle en cas d'accident cardiaque »⁷⁶. Cela renvoie à la question du *care*, c'est-à-dire du soin aux personnes, qui reste encore majoritairement pris en charge par les femmes⁷⁷. Comme le résume un site canadien de prévention cardio-vasculaire : « La plupart [des femmes] sont habituées à être aidantes naturelles, mais pas qu'on prenne soin d'elles ; elles sont d'ailleurs perçues comme telles au sein de la société »⁷⁸. Cela démontre donc l'influence multiple et transversale des stéréotypes de genre à tous les niveaux de cette problématique.

❖ La réanimation cardio-respiratoire

Un autre exemple flagrant d'inégalité de prise en charge entre les femmes et les hommes s'observe dans le cas de malaises nécessitant une réanimation cardio-respiratoire. Selon une étude américaine, en cas d'arrêt cardiaque, les femmes sont 27% moins susceptibles que les hommes de bénéficier d'un massage cardiaque, alors qu'il est indispensable à la réanimation du cœur⁷⁹. Une étude menée par

⁷² FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 7.

⁷³ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 7.

⁷⁴ Témoignage de Coralie G., dans FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes. Aujourd'hui, les femmes sont moins protégées que les hommes*, 2016, p. 7, URL : <https://bit.ly/315ln72>.

⁷⁵ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *Cahiers de l'Observatoire du Cœur des Français*, n°04, Mars 2018, p. 5, URL : <https://bit.ly/2YuSz63>.

⁷⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 14.

⁷⁷ Pour mieux comprendre les enjeux féministes autour de la question du *care*, voir Marie-Anaïs SIMON, « Le *care*, un enjeu du féminisme », *Analyse FPS*, 2019, URL : <https://bit.ly/2YQWuyh>.

⁷⁸ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *L'AVC chez les femmes*, URL : <https://bit.ly/33tRcZ9>.

⁷⁹ Emmanuelle JUNG, « Les femmes reçoivent moins de massages cardiaques que les hommes à cause de... leur poitrine », *MediSite*, 06 juin 2019, URL : <https://bit.ly/2YR6Eeg>.

l'Université d'Amsterdam présente des chiffres un petit peu plus nuancés : sur le panel étudié, 73% d'hommes ont reçu un massage cardiaque par un-e passant-e contre 68% des femmes⁸⁰. Si l'écart est moins élevé, il reste cependant visible.

À nouveau, la raison première est que le grand public ignore qu'un arrêt cardiaque peut autant concerner les femmes que les hommes. Mais un autre « détail » joue également un rôle : le fait que les femmes aient une poitrine. Un élément qui semble évident mais qui n'est pourtant pas pris en compte dans les cours de réanimation cardio-respiratoire. Comme on peut l'observer sur la photo



reproduite ici⁸¹, les mannequins utilisés pour les entraînements aux massages cardiaques ont généralement la forme de torses masculins. L'étude américaine démontre également une certaine réticence des passant-e-s à toucher la poitrine d'une femme inconnue, même si elle se trouve en danger⁸². Une forme de pudeur rentre donc probablement également en ligne de compte dans cette problématique. Dans tous les cas, le fait de s'entraîner sur des mannequins ayant des seins serait un premier pas pour « normaliser » la réanimation cardiaque des femmes⁸³.

IV. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

A. Une prise en charge médicale différée et un diagnostic moins évident

La méconnaissance autour des maladies cardio-vasculaires chez les femmes est multiple : non seulement l'imaginaire collectif les considère comme moins concernées par ces pathologies, mais en plus leurs symptômes spécifiques sont moins bien connus. Nous l'avons vu, cela a pour conséquence directe qu'un contact médical arrive plus tardivement (parce que la malade s'inquiète moins vite et/ou que l'entourage fait moins rapidement appel aux services d'urgences). Or, une fois arrivées aux urgences, les femmes doivent en moyenne attendre une heure de plus que les hommes avant la prise en charge par un-e cardiologue⁸⁴.

Les femmes malades peuvent donc entamer le processus de prise en charge médicale avec deux longueurs de retard sur les hommes. Un élément qui joue bien entendu un rôle crucial dans le fait que les maladies cardio-vasculaires sont plus souvent fatales chez les femmes que chez les hommes. L'étude de l'Université d'Amsterdam⁸⁵, évoquée ci-dessus, s'est intéressée au cas précis des arrêts cardiaques survenus hors hôpital : 28% de l'échantillon (de 5717 cas) concernent des femmes. Entre le moment de l'arrêt cardiaque et l'admission à l'hôpital, 34% des femmes ont survécu, contre 37%

⁸⁰ Emmanuelle JUNG, « Arrêt cardiaque : pourquoi les femmes ont moins de chance de survie que les hommes », *MediSite*, 22 mai 2019, URL : <https://bit.ly/2Tr31KZ>.

⁸¹ Crédit photo : © Pexels

⁸² Emmanuelle JUNG, « Les femmes reçoivent moins de massages cardiaques que les hommes... *op. cit.*

⁸³ Une firme américaine a produit un tel mannequin et ambitionne de le diffuser dans toutes les écoles de formation à la réanimation cardiaque du pays d'ici à la fin de l'année 2020. Pour plus d'informations, voir leur site internet : <https://womanikin.org/>.

⁸⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 13.

⁸⁵ Chiffres cités dans Emmanuelle JUNG, « Arrêt cardiaque : pourquoi les femmes ont moins de chance... *op. cit.*



des hommes. Plus alarmant encore, entre l'admission aux urgences et la sortie de l'hôpital, le taux de survie atteint seulement 37% contre 55% chez les hommes...

Plusieurs éléments liés à des inégalités de genre et de sexe dans la prise en charge médicale contribuent à ces disparités, lourdes de conséquences.

Le grand public n'est pas le seul à moins bien connaître l'ampleur et les spécificités des maladies cardio-vasculaires chez les femmes : c'est malheureusement également le cas des professionnel-le-s de la santé. Selon une étude suisse, seuls 51,3% des étudiant-e-s en médecine sont conscient-e-s que les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité des femmes dans le monde⁸⁶. Le fait que les maladies cardio-vasculaires soient, à tort, considérées comme des pathologies « masculines » est la cause de nombreux cas de mauvais diagnostics. Les symptômes dits « atypiques » étant également moins bien connus par le monde médical, les professionnel-le-s de la santé identifieront plus difficilement une maladie cardio-vasculaire chez une femme que chez un homme⁸⁷. La cardiologue Angela Maas explique que les « connaissances en cardiologie se sont développées, notamment en s'appuyant trop souvent sur les caractéristiques physiopathologiques masculines pour répondre aux problèmes cardio-vasculaires des deux sexes »⁸⁸. Autrement dit, les spécificités biologiques des femmes sont encore trop rarement prises en compte dans la façon dont la médecine est appréhendée et le cas des maladies cardio-vasculaires illustre les lourdes conséquences que cela peut avoir.

Outre le sexe, le genre d'une personne peut également influencer le diagnostic posé par un-e professionnel-le de la santé. L'étude précitée démontre également que les étudiant-e-s tendent en général à être moins inquiètes/ets lorsqu'un diagnostic concernant une femme doit être posé⁸⁹. Dans le cas des maladies cardio-vasculaires, c'est particulièrement le cas lorsqu'une patiente présente des symptômes dits « atypiques ». Nausées, étourdissements, palpitations, etc. sont autant de symptômes pouvant avoir de nombreuses autres sources, comme le stress. Une forte fatigue est plus souvent vue comme une cause d'autres troubles plutôt que comme un symptôme à part entière. Ces symptômes sont moins souvent pris en compte par les professionnel-le-s de la santé ou plutôt attribués à d'autres causes.

Mais les résultats ne sont guère plus encourageants lorsqu'on analyse le cas de personnes présentant des symptômes « typiques », c'est-à-dire des douleurs dans la poitrine. Selon une étude menée auprès de 4.000 personnes dans 32 pays différents, les femmes se plaignant de douleurs thoraciques ont 20% de chance de moins que les hommes de se voir encouragées à se rendre à une consultation médicale⁹⁰.

Elles sont également moins nombreuses à se voir conseiller un rendez-vous chez un-e spécialiste : une autre étude a pris l'exemple de 672 patient-e-s présentant des douleurs dans la poitrine. Sur base de

⁸⁶ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent jusque chez le médecin », *Le Temps*, 30 janvier 2018, URL : <https://bit.ly/2yPjEq8>.

⁸⁷ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... *op. cit.*

⁸⁸ Citée dans FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 11.

⁸⁹ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... *op. cit.*

⁹⁰ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 12.

cet échantillon, il a été démontré que les hommes ont 2,5 fois plus de chances que les femmes d'être redirigés par leur médecin généraliste vers des spécialistes cardio-vasculaires⁹¹.

Au niveau du diagnostic, les chiffres parlent d'eux-mêmes : les hommes ont 50% de chances supplémentaires que leur infarctus soit diagnostiqué⁹². L'écart de genre se creuse donc au niveau des infarctus non-diagnostiqués : on estime leur taux à 34% chez les femmes contre 27% chez les hommes⁹³. Cela s'illustre également dans le cas d'une suspicion d'un AVC mineur : les hommes sont plus susceptibles d'être correctement diagnostiqués alors que les femmes ont 10% de chances de plus de recevoir un tout autre diagnostic, particulièrement d'une migraine ou d'une cause de vertiges telles qu'un malaise vagal⁹⁴.

Un diagnostic éventuellement biaisé dès le départ influence la prescription d'examen : en cas de suspicion d'infarctus, l'idéal est de passer un électroencéphalogramme moins de 10 minutes endéans l'arrivée aux urgences. Or, une étude canadienne a démontré que cet examen rapide ne serait prescrit qu'à 29% des femmes arrivant aux urgences contre 38% des hommes⁹⁵. Les femmes ont également 40% de chance en moins que les hommes de se faire prescrire un examen des artères coronaires⁹⁶. Le cas de l'angiographie peut également être évoqué : il s'agit d'un examen radiologique permettant, au moyen d'un colorant, de mieux distinguer les vaisseaux sanguins⁹⁷. Or, l'angiographie est un examen inefficace pour le diagnostic de maladies micro-vasculaires⁹⁸ qui, comme expliqué ci-dessus, concernent plus souvent les femmes et provoquent ces symptômes dits « atypiques ».

Enfin, les différences biologiques de symptômes s'immiscent même dans les résultats d'examen : contrairement aux hommes, les femmes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire ne présentent pas toujours de rétrécissement de vaisseaux coronaires, ce qui fait que les images issues des échographies doivent être interprétées différemment selon qu'il s'agisse de celles d'une femme ou d'un homme⁹⁹.

De manière générale, qu'ils soient « typiques » ou « atypiques » des symptômes présentés par une femme ont plus de risques d'être identifiés comme relevant d'une forme de stress, de dépression ou de fatigue plutôt que d'une maladie cardio-vasculaire. Comme le résume la Dr. Ineke Klinge, professeure de médecine : « Pour les mêmes symptômes de troubles cardiaques, ceux des femmes ont trois fois plus de chances d'être attribués à des raisons émotionnelles qu'à des causes biologiques »¹⁰⁰. Ainsi, il n'est pas rare de constater que des femmes présentant des symptômes de

⁹¹ Sylvie LOGEAN, « Maladies cardiaques : des biais de genre chez les généralistes », *Le Temps*, 02 novembre 2018, URL : <https://bit.ly/33hCfcx>.

⁹² FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes*, URL : <https://bit.ly/2xPoukM>.

⁹³ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

⁹⁴ RTBF TENDANCE AVEC AFP, « Les femmes sont moins diagnostiquées pour un AVC mineur que les hommes », *RTBF Info*, 15 juillet 2019, URL : <https://bit.ly/2MUZAuR>.

⁹⁵ Statistique citée dans Muriel SALLE et Catherine VIDAL, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Penser la santé au prisme du sexe et du genre*, Paris, 2017, p. 38. Pour consulter l'étude complète, voir Nora KHAN et al., « Sex Differences in Premature Acute Coronary Syndrome Symptom », *JAMA Intern. Med.*, vol. 173, pp. 1863-1871.

⁹⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes... op. cit.*, p. 12.

⁹⁷ Marion SPÉE, « L'angiographie, qu'est-ce que c'est ? », *Passeport Santé*, Mai 2017, URL : <https://bit.ly/2yUel91>.

⁹⁸ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *Maladies du cœur chez les femmes*, URL : <https://bit.ly/31EEfKv>.

⁹⁹ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... op. cit.

¹⁰⁰ Muriel SALLE et Catherine VIDAL, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?... op. cit.*, p. 37.



maladies cardio-vasculaires se voient prescrire des anxiolytiques plutôt qu'une consultation chez un-e cardiologue¹⁰¹.

Le fait que ces pathologies soient la cause d'un taux de décès plus important chez les femmes que chez les hommes (55% contre 43%)¹⁰² s'explique par ce sous-diagnostic entraînant une prise en charge inadaptée. En réalité, les maladies cardio-vasculaires ne concernent pas majoritairement les hommes : elles sont simplement davantage diagnostiquées chez eux¹⁰³.

B. Les traitements chirurgicaux et médicamenteux

Une fois la maladie cardio-vasculaire détectée vient l'étape du traitement, qu'il soit chirurgical et/ou médicamenteux. Or, là aussi, des inégalités surviennent entre les femmes et les hommes.

Le premier constat à poser est que les femmes sont moins souvent traitées par interventions dites « invasives »¹⁰⁴. Ce terme recouvre par exemple la pose de cathéters, de pacemakers, la chirurgie cardiaque ou encore des systèmes de dilatations par ballonnet. Ces méthodes peuvent pourtant s'avérer très efficaces dans certains cas, tant pour les femmes que pour les hommes.

Le second constat concerne les traitements médicamenteux. Une étude française s'est intéressée au cas des crises cardiaques et a démontré de réelles inégalités. Les trois types de médicaments les plus couramment indiqués dans certains cas de crises cardiaques sont moins fréquemment prescrits aux femmes qu'aux hommes : l'aspirine (87,5% contre 90,4%), les bêtabloquants (80,5% contre 82,7%) et les statines (55,9% contre 63,4%)¹⁰⁵. Pourtant, les recommandations européennes ne font aucune différence en fonction du sexe pour la prise en charge médicamenteuse en la matière.

Il arrive également que les maladies cardio-vasculaires des femmes soient sous-estimées au point que leurs traitements sont trop faiblement dosés¹⁰⁶. Dans certains cas, par contre, une adaptation du dosage selon le sexe de la personne concernée est recommandée¹⁰⁷. En effet, certains médicaments peuvent agir différemment selon le sexe de la personne et peuvent, du coup, avoir des effets secondaires différents¹⁰⁸. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime d'ailleurs que les femmes sont une fois et demie plus susceptibles de développer des effets secondaires liés aux médicaments prescrits¹⁰⁹. L'un des exemples les plus parlants est celui de la digitaline, une molécule qui a été longtemps prescrite pour traiter les problèmes d'insuffisance cardiaque. Ce n'est qu'en 2002 qu'une étude a démontré que ce médicament était fortement impacté par le sexe de la personne et que les effets étaient davantage négatifs chez les femmes. Le cas est si extrême que les femmes prenant ce

¹⁰¹ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... *op. cit.* et Muriel SALLE et Catherine VIDAL, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?...* *op. cit.*, p. 37.

¹⁰² Alexandra BRESSON, « Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité chez les femmes », *Santé Magazine*, 29 décembre 2016, URL : <https://bit.ly/2McmUot>.

¹⁰³ Sylvie LOGEAN, « Maladies cardiaques : des biais de genre chez les généralistes... *op. cit.*

¹⁰⁴ COMMISSION EUROPÉENNE, *Comment protéger votre cœur : les femmes et les hommes sont-ils différents ? Projet GenCAD (Gender specific mechanisms in coronary artery disease)*, 2017, p. 4, URL : <https://bit.ly/2M7q1y6>.

¹⁰⁵ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹⁰⁶ FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention... op. cit.*

¹⁰⁷ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹⁰⁸ COMMISSION EUROPÉENNE, *Comment protéger votre cœur : les femmes et les hommes sont-ils... op. cit.*, p. 4.

¹⁰⁹ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent ... *op. cit.*



médicament avaient des chances de survie moins élevées que si elles ne prenaient aucun traitement¹¹⁰.

La mauvaise connaissance (voire la non-prise en compte) de l'impact du sexe d'une personne sur les effets secondaires des médicaments est donc une question de première importance.

V. ET APRÈS ?

A. La recherche médicale

Comment expliquer que les effets spécifiques des médicaments selon le sexe soient si mal connus ? La réponse se trouve dans le domaine de la recherche scientifique et médicale. Comme nous l'avons vu ci-dessus, la cardiologie, comme la médecine en général, est encore très androcentrée. Cela signifie que le corps masculin y constitue la norme. Les différences morphologiques dues au sexe ne sont encore que trop peu prises en compte, de même que celles liées à l'âge ou encore à l'origine ethnique.

C'est pourtant dans les années 1960 que la communauté scientifique a remis en question l'utilisation de l'homme blanc d'âge moyen comme standard de la recherche médicale¹¹¹. Malgré cela, la recherche clinique en cardiologie est encore principalement tournée vers le cœur masculin¹¹². Les femmes restent encore minoritaires dans les essais cliniques. L'OMS a réalisé une revue systématique des essais cliniques réalisés en Europe sur les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risques : parmi le panel de patient-e-s, en moyenne, seuls 35% étaient des femmes¹¹³. Cela implique donc que les médicaments restent encore aujourd'hui principalement testés sur des hommes¹¹⁴, ce qui explique que chez les femmes, les effets précis de molécules composant certains traitements soient si mal connus. Il n'est donc malheureusement pas si étonnant d'apprendre qu'à l'exception de l'hypertension artérielle, les maladies en lien avec le système cardio-vasculaire ne disposent pas de traitements spécifiquement adaptés aux femmes¹¹⁵.

L'ensemble de ces éléments contribuent à alimenter la méconnaissance des spécificités de la santé des femmes.

B. La prévention des récidives et le rétablissement

Malheureusement, les risques de récidives de ces pathologies sont relativement élevés mais, en agissant sur les facteurs de risque, ils peuvent être limités. Une étude a toutefois révélé que, lors des consultations post-maladies, les femmes ne bénéficieraient pas des mêmes conseils d'hygiène de vie que les hommes. Celles-ci se voient moins souvent prescrire des médicaments agissant sur certains facteurs de risques, visant pourtant à limiter les risques de récurrence. C'est le cas notamment des traitements régulant leur pression artérielle ou réduisant leur taux de cholestérol¹¹⁶. Certains facteurs

¹¹⁰ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent ... *op. cit.*

¹¹¹ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent ... *op. cit.*

¹¹² FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention...* *op. cit.*

¹¹³ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... *op. cit.*

¹¹⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 5.

¹¹⁵ FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention...* *op. cit.*

¹¹⁶ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *Maladies du cœur chez les femmes...* *op. cit.*



sont d'ailleurs moins contrôlés que chez les hommes lors des consultations de suivi, comme le cholestérol justement¹¹⁷.

Dans le cas d'un AVC ou d'un infarctus du myocarde, les plus grands risques de récurrence se situent dans les 90 jours suivant le diagnostic, or ces risques sont similaires selon que les maladies touchent des femmes ou des hommes¹¹⁸. Un écart significatif se creuse par contre lorsqu'on analyse les risques de récurrence sur l'année suivant l'accident cardio-vasculaire : les femmes courent alors plus de risques que les hommes¹¹⁹. Mais le plus interpellant est que, durant cette période, les risques de mortalité suite à un nouvel accident cardio-vasculaire sont deux fois et demie plus élevés chez les femmes que les hommes¹²⁰.

L'ensemble des éléments évoqués tout au long de ce texte contribuent à cette inégalité car, de manière générale, les maladies cardio-vasculaires sont moins bien traitées chez les femmes que chez les hommes.

Cela s'observe également au niveau du rétablissement : globalement, les femmes ont, en moyenne, plus de difficultés à se remettre d'une maladie cardio-vasculaire, quelle qu'en soit la forme¹²¹. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles reprennent plus rapidement les activités ménagères ainsi que leurs responsabilités familiales. Mais un autre élément qui rentre en ligne de compte est le suivi éventuel d'un programme de réadaptation cardiaque.

Les programmes de réadaptation cardiaque sont particulièrement utiles dans les cas d'infarctus du myocarde. Adaptés en fonction du profil de chaque personne, ils visent trois grands objectifs :

- Réhabituer le cœur à l'effort, notamment via l'organisation d'activités physiques ;
- Aider les patient-e-s à acquérir ou maintenir des compétences qui leur seraient nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une éventuelle maladie chronique, notamment via l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique ;
- Adapter, si besoin, le traitement médicamenteux, notamment grâce à un suivi régulier¹²².

Les résultats de ces programmes sont particulièrement encourageants : ils permettent de diminuer de moitié le risque de récurrence d'infarctus¹²³, de près de 25% le risque de décès cardio-vasculaire et d'environ 20% les cas de ré-hospitalisation¹²⁴. À l'issue de ces programmes, les patient-e-s ont développé de meilleures aptitudes fonctionnelles, ont accès à une meilleure qualité de vie et semblent moins enclin-e-s à souffrir de dépression¹²⁵.

Malheureusement, la réadaptation cardiaque n'est pas suffisamment connue et le nombre de places en centres est insuffisant par rapport au nombre de victimes d'infarctus. De plus, les inégalités entre

¹¹⁷ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹¹⁸ RTBF TENDANCE AVEC AFP, « Les femmes sont moins diagnostiquées pour un AVC mineur... op. cit.

¹¹⁹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹²⁰ PÔLE DU CŒUR, « Maladies cardiovasculaires : les femmes sont-elles touchées ? », *Futura Sciences*, URL : <https://bit.ly/2KL7bJN>.

¹²¹ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹²² FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 9.

¹²³ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes... op. cit.*

¹²⁴ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 9.

¹²⁵ FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *Maladies du cœur chez les femmes... op. cit.*



les femmes et les hommes apparaissent également à cette « étape » du parcours de soins. Elles s'illustrent par la participation à ce type de programme : seule une femme victime d'infarctus sur cinq y a recours, contre un homme sur trois¹²⁶.

Plusieurs éléments sociétaux peuvent expliquer cette disparité. Tout d'abord le fait que la participation à ces programmes est davantage prescrite aux hommes. L'argument principal donné est qu'ils « doivent souvent reprendre le travail plus rapidement »¹²⁷. Nous ne détaillerons pas ici les très nombreux stéréotypes sous-jacents à cette idée mais nous constatons ici, en résumé, que l'emploi reste plus valorisé chez les hommes que chez les femmes¹²⁸.

Il y a ensuite la question de l'accessibilité, physique tout d'abord, car les centres de réadaptation peuvent être parfois relativement éloignés du domicile. Cela peut être décourageant et nécessiter des mesures organisationnelles qu'il n'est pas toujours facile de prendre. Mais cela peut surtout poser des problèmes pour y arriver. En effet, en moyenne les femmes disposent moins souvent d'un véhicule que les hommes, elles se déplacent donc plus souvent en transports en commun, ce qui peut également accroître les difficultés d'accès¹²⁹. L'accessibilité financière peut également constituer un frein, les femmes étant en moyenne plus concernées par la précarité que les hommes, comme nous l'avons vu dans le chapitre ci-dessus consacré aux facteurs de risque transversaux¹³⁰.

Enfin, et principalement, le fait qu'après un accident cardio-vasculaire, les femmes ont tendance à retourner le plus rapidement possible à leur domicile, par exemple pour s'occuper de leur famille¹³¹. Cela peut certes relever de leur choix, mais des pressions sociales, émanant de leur famille, de leur entourage, ou d'ailleurs, jouent également un rôle. Nous retrouvons ici la notion de soins aux personnes, déjà évoquée ci-dessus, qui incombent encore principalement aux femmes¹³². Leur éducation et la façon dont la société considère le rôle des femmes les encourage encore aujourd'hui à faire passer le bien-être familial avant le leur. Cela est bien entendu d'autant plus vrai pour les femmes en situation de monoparentalité.

¹²⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 9.

¹²⁷ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 9.

¹²⁸ Pour en savoir plus sur la question, voir notamment la rubrique « Emploi » de notre site internet www.femmesprevoyantes.be, regroupant diverses productions en la matière.

¹²⁹ Pour plus d'informations sur le sujet, voir notamment Fanny COLARD, « Femmes et transports en commun : des parcours de combattantes ? », *Étude FPS*, 2018, URL : <https://bit.ly/2HwgqNG>.

¹³⁰ Voir pages 10 à 11 de cette étude.

¹³¹ FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention...* *op. cit.*

¹³² Pour plus d'informations sur le sujet, voir notamment Marie-Anaïs SIMON, « Le care, un enjeu... » *op. cit.*



VI. CONCLUSIONS

Nous l'avons vu, les maladies cardio-vasculaires sont encore entourées de nombreuses idées reçues qui rendent difficilement concevable le fait que les femmes, particulièrement avant leur ménopause, puissent être concernées par ce type de pathologies. Il est pourtant fondamental de nous détacher de l'idée-type du malade cardiaque homme, de la cinquantaine, fumeur, obèse et sédentaire, pour élargir notre champ de vision. En effet, le fait de croire les femmes plus « immunisées » face à ces maladies a de lourdes conséquences sur le diagnostic de ces pathologies et donc la prise en charge médicale dont ces femmes devraient bénéficier.

Il est nécessaire d'insister sur le rôle des facteurs de risques qui concernent au moins autant les femmes que les hommes. Si les femmes sont considérées comme naturellement protégées par les œstrogènes avant leur ménopause, nous avons pu voir combien certains éléments fragilisent cette défense naturelle et rendent ainsi les femmes aussi exposées que les hommes à ces pathologies. Il est donc également fondamental de briser les stéréotypes de genre marquant fortement notre perception de certaines habitudes de vie.

Il est important de rappeler que 80% des maladies cardio-vasculaires sont causées par ces différents facteurs de risque. C'est-à-dire que 80% de ces maladies sont potentiellement évitables en modifiant certaines habitudes de vie¹³³ ! En sous-estimant leur risque de maladies cardio-vasculaires, les femmes sont moins souvent ouvertes que les hommes aux actions préventives et atteignent donc plus rarement les objectifs de prévention¹³⁴. Elles ne seraient d'ailleurs que 26% à avoir déjà échangé à ce sujet avec un-e professionnel-le de santé, que ce soit un-e généraliste ou un-e spécialiste (comme un-e gynécologue par exemple)¹³⁵. Une prévention efficace passe donc avant tout par une information et une sensibilisation, tant du grand public que des professionnel-le-s du secteur psycho-médico-social. En identifiant mieux les facteurs de risques, et surtout les leviers à mettre en place pour les éviter ou du moins les limiter, chacun-e aura les clés pour prendre sa santé en main et se prémunir au mieux des maladies cardio-vasculaires.

Les stéréotypes de genre influençant fortement cette thématique, comme malheureusement tant d'autres, il est fondamental de mettre particulièrement l'accent préventif sur les femmes, qui sont les premières victimes des maladies cardio-vasculaires.

Il est également fondamental de développer des campagnes de sensibilisation. Une meilleure information globale de l'ensemble de la population serait bénéfique à tous les niveaux : chacun-e serait plus à même d'identifier des symptômes de maladies cardio-vasculaires et donc d'en permettre une prise en charge plus rapide et plus adéquate. Il ne faut pas oublier qu'en matière de maladies cardio-vasculaires, chaque minute peut être cruciale.

La sensibilisation des professionnel-le-s de la santé est également un enjeu de grande importance. Il semble impensable qu'à l'heure actuelle, une telle méconnaissance entoure ce qui reste la première cause de décès dans le monde. Et pourtant ! Cette sensibilisation doit avoir une place de choix dans

¹³³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Prévention et lutte contre les maladies cardio-vasculaires*, URL : <https://bit.ly/2GFMNbP>.

¹³⁴ COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé... op. cit.*, p. 3.

¹³⁵ FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *op. cit.*, p. 8.



le *cursus* de formation de base, mais également de manière continuée tout au long de la carrière des professionnel-le-s. Heureusement, des données récoltées au cours des dernières années semblent démontrer une évolution dans le bon sens, mais qui peut encore être poursuivie et améliorée¹³⁶. Dans cette démarche d'information et de sensibilisation, nous saluons un projet spécifique mis en place par l'Union européenne, mais bien nécessaire. L'initiative GenCAD a pour objectif de décrypter les mécanismes liés au genre dans les maladies cardio-vasculaires, par l'intermédiaire de l'analyse de plus de 50.000 textes de littérature scientifique¹³⁷. Reste à veiller à ce que les résultats de ce projet soient communiqués efficacement envers les professionnel-le-s de santé et puissent avoir un écho dans leurs pratiques quotidiennes.

Un grand cheval de bataille est également de faire évoluer les mentalités, que ce soit au niveau des professionnel-le-s de la santé ou du grand public. Qualifier encore aujourd'hui « d'atypiques » des symptômes généralement féminins et de « typiques » des symptômes généralement masculins en dit long. Cela démontre à nouveau combien la norme en matière de santé, comme dans de nombreux autres domaines, reste masculine. Afin d'appliquer une politique de prévention efficace et efficiente des maladies cardio-vasculaires chez les femmes, il est temps de ne plus considérer « leurs » symptômes spécifiques comme atypiques.

De manière transversale, en matière de santé, les femmes sont souvent les « grandes oubliées », ce qui est particulièrement lourd de conséquence en matière de maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi il est fondamental de lutter pour que les spécificités de la santé des femmes soient prises en compte à tous les niveaux de la santé c'est-à-dire dans la prévention, l'identification des symptômes, la prise en charge médicale, la prescription de traitements ou d'actes chirurgicaux, la réadaptation cardiaque, les recherches médicales en matière de médicaments, etc. Cela passe également par la généralisation de mannequins aux formes féminines pour l'apprentissage des massages cardiaques ou encore par une représentation paritaire des genres lors de tests médicamenteux.

En tant que mouvement féministe, nous ne pouvons que saluer et soutenir la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui insiste sur l'importance de la prise en compte des dimensions de sexe et de genre dans tous les domaines de la santé et à toutes les étapes de soins¹³⁸. Il s'agit là d'un passage absolument nécessaire pour atteindre une société réellement égalitaire.

¹³⁶ Sylvie LOGEAN, « Maladies cardiaques : des biais de genre chez les généralistes... *op. cit.*

¹³⁷ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent... *op. cit.*

¹³⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS*, 12-15 septembre 2016, p. 10, URL : <https://bit.ly/2Z38IAh>.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- ACADÉMIE EUROPÉENNE DES PATIENTS (EUPATI), *Concepts épidémiologiques : incidence et prévalence*, URL : <https://www.eupati.eu/fr/pharmaco-epidemiologie/concepts-epidemiologiques-incidence-et-prevalence/#Prevalence>.
- BEL Sarah, DE RIDDER Karin, LEBACQ Thérèse, OST Cloë et TEPPERS Eveline, *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Activité physique et sédentarité*, 2016, URL : https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FRANS/PA_FR.pdf.
- BELGA, « Un Belge sur deux est trop gros », *RTBF Info*, 05 février 2019, URL : <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/un-belge-sur-deux-est-trop-gros-5c5a09859978e2710e125893>.
- BRESSON Alexandra, « Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité chez les femmes », *Santé Magazine*, 29 décembre 2016, URL : <https://www.santemagazine.fr/actualites/actualites-sante/les-maladies-cardiovasculaires-premiere-cause-de-mortalite-chez-les-femmes-186606>.
- COLARD Fanny, « Femmes et transports en commun : des parcours de combattantes ? », *Étude FPS*, 2018, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2018/12/14/etude-2018-femmes-et-transports-en-commun-des-parcours-de-combattantes/>.
- COMMISSION EUROPÉENNE, *Fiche d'information à l'attention des professionnels de santé : Le sexe et le genre dans les maladies coronariennes. Projet GenCAD (Gender specific mechanisms in coronary artery disease)*, 2017, URL : <https://ephconference.eu/repository/projects/GenCAD/FR-Healthcare-Professionals-Factsheet.pdf>.
- COMMISSION EUROPÉENNE, *Comment protéger votre cœur : les femmes et les hommes sont-ils différents ? Projet GenCAD (Gender specific mechanisms in coronary artery disease)*, 2017, URL : <https://ephconference.eu/repository/projects/GenCAD/FR-General-Public-Factsheet.pdf>.
- COMMISSION EUROPÉENNE, *Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity. Summary*, mars 2018, URL : <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432>.
- Eva COTTIN, « LGBTQIA quoi ? Quels mots employer pour parler de sexes et de genres, pour quelles réalités et quels enjeux ? », *Analyse FPS*, 2019, URL : <https://bit.ly/2jZ7uY5>.
- EPELBOIN Sylvie (Dr.), « Grossesse tardive, à partir de quel âge ? », *Allô Docteur*, 11 janvier 2001, URL : <https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-grossesse-tardive-a-partir-de-quel-age-3208.html>.



- FÉDÉRATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DES FPS, *Dossier : Contraception*, URL : <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-contraception/#ftoc-heading-55>.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Risque cardio-vasculaire chez les femmes*, URL : <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Nos-combats/le-risque-cardio-vasculaire-chez-les-femmes>.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, *Cœur, artères et femmes. Aujourd'hui, les femmes sont moins protégées que les hommes*, 2016, URL : https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/2016-BROCHURE-Coeur-Arteres-Femmes.pdf.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE, « Cœur & Femmes », *Cahiers de l'Observatoire du Cœur des Français*, n°04, Mars 2018, URL : https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/FFC-Observatoire-du-coeur-04-coeur-et-femmes.pdf.
- FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « La santé mentale au féminin », *Femmes Plurielles*, n°55, septembre 2016, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2017/02/02/femmes-plurielles-septembre-2016-sante-mentale/>.
- FONDATION CONTRE LE CANCER et GFK BELGIQUE, *Enquête tabac 2018*, URL : https://www.cancer.be/sites/default/files/enquete_tabac_fondation_contre_le_cancer_2018-07-17.pdf.
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *L'AVC chez les femmes*, URL : <https://www.coeuretavc.ca/avc/questce-quun-avc/les-types-d-avc/lavc-chez-les-femmes>.
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA, *Maladies du cœur chez les femmes*, URL : <https://www.coeuretavc.ca/coeur/qu-est-ce-que-les-maladies-du-coeur/les-types-de-maladies-du-coeur/maladies-du-c%C5%93ur-chez-les-femmes>.
- FONDATION RECHERCHE CARDIO-VASCULAIRE, *Le cœur des femmes : quels symptômes et quelle prévention ?*, URL : <http://www.fondation-recherche-cardio-vasculaire.org/coeur-de-femmes/coeur-de-femmes/quels-symptomes-et-quelle-prevention/>.
- GILLET Julie, « Quels freins aujourd'hui aux pratiques sportives féminines ? », *Analyse FPS*, 2016, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/01/analyse2016-A-vos-marques-1.pdf>.
- INSERM SANTÉ PUBLIQUE, *Communiqué : Œstrogènes et risques cardiovasculaires chez les femmes ménopausées*, 08 juin 2012, URL : <https://presse.inserm.fr/oestrogenes-et-risques-cardiovasculaires-chez-les-femmes-menopausees/1492/>.
- JUNG Emmanuelle, « Arrêt cardiaque : pourquoi les femmes ont moins de chance de survie que les hommes », *MediSite*, 22 mai 2019, URL : <https://www.medisite.fr/problemes->



[cardiologiques-les-symptomes-arret-cardiaque-pourquoi-les-femmes-ont-moins-de-chance-de-survie-que-les-hommes.5511542.524155.html](https://www.fps.be/fr/actualites/2019/06/05/cardiologiques-les-symptomes-arret-cardiaque-pourquoi-les-femmes-ont-moins-de-chance-de-survie-que-les-hommes.5511542.524155.html).

- JUNG Emmanuelle, « Les femmes reçoivent moins de massages cardiaques que les hommes à cause de... leur poitrine », *MediSite*, 06 juin 2019, URL : <https://bit.ly/2YR6Eeq>.
- KHAN Nora et al., « Sex Differences in Premature Acute Coronary Syndrome Symptom », *JAMA Intern. Med.*, vol. 173, pp. 1863-1871.
- LAASMAN Jean-Marc, MARON Leila et VRANCKEN Jérôme, « Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé », *Étude Solidarité*, 2018, URL : http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Synth%c3%a8se_Solidaris_In%c3%a9galit%c3%a9s%20sociales%20de%20sant%c3%a9_Juin%202018.pdf.
- LE FIGARO SANTÉ, « Le risque cardio-vasculaire augmente-t-il après 65 ans ? », *Le Figaro Santé*, 24 octobre 2010, URL : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/10/24/10497-risque-cardio-vasculaire-augmente-t-il-apres-65-ans>.
- LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE, *Cœur de femme*, 2015, URL : <https://liguecardioliga.be/wp-content/uploads/2015-214-Leaflet-coeur-de-femme-140x140-FR-BAT-LR.pdf>.
- LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE, « Cœur de femme », *Cœur & Artères. Journal de la Ligue cardiologique belge*, mars 2015, URL : <https://liguecardioliga.be/wp-content/uploads/Coeur-de-femme.pdf>.
- LOGEAN Sylvie, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s’immiscent jusque chez le médecin », *Le Temps*, 30 janvier 2018, URL : <https://www.letemps.ch/sciences/stereotypes-lies-aux-hommes-aux-femmes-simmiscent-jusque-chez-medecin>.
- LOGEAN Sylvie, « Maladies cardiaques : des biais de genre chez les généralistes », *Le Temps*, 02 novembre 2018, URL : <https://www.letemps.ch/sciences/maladies-cardiaques-biais-genre-chez-generalistes>.
- MICHEZ Amandine, « Le harcèlement sexuel au travail », *Analyse FPS*, 2016, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2017/02/01/le-harcelement-sexuel-au-travail/>.
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES, *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté*, 2014, URL : http://inegalites.be/IMG/pdf/femmes_precarites_pauvrete.bruxelles.pdf.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *À propos des maladies cardio-vasculaires*, URL : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Prévention et lutte contre les maladies cardio-vasculaires*, URL : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/fr/.



- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Lutte contre les maladies cardiovasculaires : priorités stratégiques*, URL : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/fr/.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS*, 12-15 septembre 2016, URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/315613/66wd11f_NCDActionPlan_1_60522.pdf?ua=1.
- PÔLE DU CŒUR, « Maladies cardiovasculaires : les femmes sont-elles touchées ? », *Futura Sciences*, URL : <https://www.futura-sciences.com/sante/questions-reponses/corps-humain-maladies-cardiovasculaires-femmes-sont-elles-touchees-1500/>.
- RTBF TENDANCE AVEC AFP, « AVC, démence ou Parkinson : 1 femme sur 2 et 1 homme sur 3 à risque », *RTBF Info*, 03 octobre 2018, URL : https://www.rtbf.be/tendance/bien-etre/sante/detail_avc-demence-ou-parkinson-1-femme-sur-2-et-1-homme-sur-3-a-risque?id=10034164.
- RTBF TENDANCE AVEC AFP, « Les femmes sont moins diagnostiquées pour un AVC mineur que les hommes », *RTBF Info*, 15 juillet 2019, URL : https://www.rtbf.be/tendance/bien-etre/sante/detail_les-femmes-sont-moins-diagnostiquees-pour-un-avc-mineur-que-les-hommes?id=10229580.
- SAFUTA Anna, « Aider n'est pas partager : la charge mentale des femmes dans les couples hétérosexuels », *Analyse FPS*, 2017, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2017/12/28/analyse-2017-aider-nest-pas-partager-la-charge-mentale-des-femmes-en-couple-heterosexuel/>.
- SALLE Muriel et VIDAL Catherine, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Penser la santé au prisme du sexe et du genre*, Paris, 2017.
- SANOFI, *Au cœur du cholestérol*, URL : <https://www.aucoeurducholesterol.fr/>.
- SIMON Marie-Anaïs, « Le care, un enjeu du féminisme », *Analyse FPS*, 2019, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2019/07/31/le-care-un-enjeu-du-feminisme/>.
- SPÉE Marion, « L'angiographie, qu'est-ce que c'est ? », *Passeport Santé*, Mai 2017, URL : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=angiographie>.
- SPRINGER Kristen et al., « Beyond a Catalogue of Differences: A Theoretical Frame and Good Practice Guidelines for Researching Sex/Gender in Human Health », *Social Science & Medicine*, 2012, 74, pp. 1817-1824, URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953611003212?via%3Dihub>.



FEMMES ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES
QUAND UNE APPROCHE NON GENRÉE DE LA SANTÉ FAIT DES RAVAGES
FPS 2019

- STATBEL, *Causes de décès. Chiffres de 2016*, URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#figures>.
- STATBEL, *Tables de mortalité et espérance de vie. Nouveau léger progrès de l'espérance de vie de la population belge en 2018*, URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>.
- STEFANICK Matha, « Estrogens and Progestins: Background and History, Trends in Use, and Guidelines and Regimens Approved by the U.S. Food and Drug Administration », *American Journal of Medicine*, 2005, vol. 118, pp. 4-73, URL : [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(05\)00919-8/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(05)00919-8/fulltext).
- STRANO Keisha, « Le syndrome méditerranéen, ou quand les préjugés tuent », *Analyse FPS*, 2018, URL : <http://www.femmesprevoyantes.be/2018/12/18/analyse-2018-le-syndrome-mediterraneen-ou-quand-les-prejuges-tuent/>.

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 9 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d'éducation permanente sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes: émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidararis. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Avec le soutien de :

