

Medscape

AVC, infarctus au féminin... encore trop d'inégalités de prise en charge

Agnès Vernet

[Auteurs et déclarations](#)

27 mai 2025

Pour la journée internationale d'action pour la santé des femmes, le 28 mai, la Pr^{esse} Martine Gilard, cardiologue au CHU de Brest, membre de l'Académie nationale de Médecine et administratrice Fondation Cœur et Recherche, revient sur le poids des maladies cardiovasculaires chez les femmes et les solutions pour mieux les prendre en charge.

En matière de santé cardiovasculaire, pourquoi existe-il une différence entre les hommes et les femmes ?



Pr Martine Gilard

D'un point de vue scientifique, c'est un vrai débat car les causes sont multiples. D'une part, pour les maladies cardiovasculaires d'origine ischémique, comme l'infarctus du myocarde, il y a d'importantes inégalités de prise en charge. On méconnaît la possibilité qu'une femme fasse un infarctus car 75 % des patients sont hommes. Dans l'imaginaire, c'est une maladie d'homme. Cette sous-estimation s'observe au niveau des urgences comme au niveau des réseaux médicaux, alors que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès des femmes en France, devant le cancer du sein !

D'autre part, les femmes elles-mêmes ne pensent pas qu'elles peuvent faire un infarctus... Dès l'enfance, on leur explique que les douleurs sont normales. Lorsqu'elles souffrent de douleurs à la poitrine, elles ne l'évoquent pas spontanément aux urgences... Elles décrivent plutôt les signes d'accompagnement (essoufflement, fatigue, nausée...). Pourtant la douleur est présente chez 94 % des femmes^[1]. Lorsqu'on décrit l'infarctus de la femme par les signes d'accompagnement, on caricature par l'exception !

Les femmes sont-elles plus exposées aux maladies cardiovasculaires ?

Oui ! Lorsqu'une personne se présente aux urgences ou en consultation en se plaignant d'avoir mal à la poitrine, il faut l'interroger sur son cholestérol, son éventuel diabète, sa consommation de tabac... Il faut savoir qu'à niveau de risque équivalent, les femmes sont plus vulnérables que les hommes. Par exemple, pour le même nombre de cigarettes fumées quotidiennement, les femmes ont un plus grand risque d'accidents cardiovasculaires que les hommes.

Mais ce n'est pas tout. Les femmes, en particulier jeune, ont des facteurs de risques additionnels et spécifiques. C'est le cas lorsqu'elles ont eu une grossesse avec des complications (diabète gravidique, hypertension gravidique, prééclampsie...). Ces événements leur confèrent un facteur de risque multiplié par deux ou trois pour le reste de leur vie. La ménopause précoce et les ovaires polykystiques accroissent aussi la vulnérabilité aux maladies cardiovasculaires. Or ces éléments ne sont presque jamais recherchés à l'interrogatoire.

Enfin, il y a le problème des violences physiques... Subir des violences physiques, que ce soit dans l'enfance ou à l'âge adulte accroît l'inflammation globale et donc le risque d'infarctus du myocarde. C'est vrai chez les hommes comme chez les femmes...

Comment expliquer que ces inégalités de prise en charge perdurent ?

La cardiologie a fait beaucoup de progrès... En France, l'infarctus du myocarde est passé de première à deuxième cause de mortalité dans la population générale. Mais si on regarde spécifiquement les femmes non ménopausées, l'incidence a augmenté de 20 %^[2] ! Pour l'expliquer nous avons plusieurs hypothèses. D'abord, il est possible que patientes aient été sous diagnostiquées. Nous aurions donc des statistiques sous évaluées. Ensuite, on sait que les facteurs de risques classiques (obésité, tabac...) sont en hausse chez les femmes. Enfin, il faut avoir conscience que la médecine est genrée. Par craintes de risque sur la grossesse, les femmes restent sous représentées dans les essais cliniques, en particulier pour les recherches de doses efficaces. Elles ne sont que 30 % des effectifs en cardiologie d'après un article récent de *Circulation*^[3]. C'est aussi le cas dans les phases précliniques. Les médicaments prescrits sont donc probablement trop dosés pour les femmes, ce qui les expose à davantage d'effets indésirables et donc réduit leur observance.

Par ailleurs, elles font moins de réhabilitation post infarctus que les hommes... Probablement parce que leur charge familiale ne permet pas de se libérer. Nous devons imaginer des programmes de rééducation plus adaptés, avec des protocoles séquentiels par exemple.

Que préconisez-vous pour résoudre ce problème ?

Les changements prennent du temps... Il faut que tout le monde soit convaincu. Les cardiologues sont encore très majoritairement des hommes : sur 150 PUPH seulement 10 sont des femmes ! Donc l'enseignement est encore très masculin ce qui n'aide pas à dépasser les idées préconçues. Ce serait donc intéressant d'avoir un mois de la santé cardiovasculaire des femmes pour sensibiliser la population, les professionnels de santé et les décideurs sur le sujet.

On pourrait enfin s'appuyer sur les gynécologues et les médecins généralistes pour dépister les femmes à risques cardiovasculaires. Les consultations de prévention, qui se mettent en

place à différents âges de la vie, pourraient aussi être une opportunité de faire un bilan complet.

Enfin, [l'Europe vient de se doter d'un plan cœur](#) [annoncé par la Commission européenne en décembre 2024] A quand un tel engagement politique en France ?

Liens d'intérêts des experts : ces cinq dernières années, Martine Gilard a bénéficié de contrats de recherche, d'expertise scientifiques et d'intervention de la part de SSS International Clinical Research GmbH, Medtronic France, l'Association pour le Développement de la Communication en Cardiologie Interventionnelle (ADCCI) et Neovasc.