

Avant-propos. Vers une épidémiologie cardiovasculaire revisitée

Place aux femmes

Gabrielle Sarlon^{1,2} et Marilucy Lopez Sublet^{3,4,5}



Les maladies cardiovasculaires sont devenues la première cause de morbi-mortalité chez les femmes. En effet, au-delà d'une prévalence accrue des facteurs de risque cardiovasculaires dits traditionnels (hypertension artérielle, surpoids, dyslipidémie, diabète et insuffisance rénale), d'autres facteurs liés au sexe et aux risques émergents (migraine avec aura¹, maladies inflammatoires et auto-immunes, endométriose, aspects psychologiques ou sociaux, etc.) y contribuent également [1].

Dès les années 1990 de nombreuses hospitalisations et décès par maladies cardiovasculaires chez les femmes américaines sont constatés et publiés afin d'alerter sur ce problème au niveau mondial [2]. Néanmoins, la faible prise de conscience aboutit à une stagnation de plus de vingt ans en matière de recherche, de prévention et de traitement. Il fallut attendre 2021, pour que *the Lancet women and cardiovascular disease commission*, dont le rapport fut publié cette même année, mette l'accent sur les disparités liées au sexe et au genre en termes de diagnostic, d'incidence et de mortalité dus aux maladies cardiovasculaires afin de s'en affranchir et tenter de réduire ce fardeau à l'horizon 2030 [3].

Plus récemment, en France, des recommandations ont été émises par l'Académie nationale de médecine pour diminuer l'inégalité de prise en charge de l'infarctus de myocarde chez les femmes². Les chiffres en matière de santé cardiovasculaire féminine sont en effet préoccupants : 380 000 femmes ont été hospitalisées pour maladies cardio- ou neurovasculaires en 2022, dont plus de 80 000 âgées de moins de 65 ans. Par ailleurs, 950 000 femmes ont une cardiopathie ischémique connue, et 73 000 en sont décédées en 2021³ [4].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place l'hypertension artérielle comme la première maladie chronique dans le monde avec moins de 40 % des femmes dépistées (versus 51 % pour les hommes) [5]. À l'échelle de la France et selon le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de 2017 (actualisé en 2023) [1], la prise en charge des femmes s'est dégradée avec une diminution de 29,5 % de cas d'hypertension artérielle traités contrôlés, et une augmentation de 18,5 % de femmes hypertendues connues non traitées parmi le 50,9 % de l'ensemble de cas non traités [1].

Dans le même temps, santé publique France considère qu'une bonne santé cardiovasculaire, déterminée selon 7 critères : hypertension artérielle, diabète, cholestérol, surpoids, tabac, alimentation et activité physique, est atteinte par seulement 14 % des femmes et 9 % des hommes [4]. Où va-t-on ?

Pourquoi une telle évolution ? Vers une prise de conscience

Ce constat glaçant pose la question des causes de cette évolution. L'explication est probablement triple : une montée en puissance et une sensibilité accrue aux facteurs de risque cardiovasculaires dits classiques⁴, une exposition à des facteurs de risque hormonaux spécifiques et l'apparition de facteurs de risque cardiovasculaires émergents en lien avec une évolution sociétale [5].

Vignette (© Freepik)

¹ Chez 20 à 30 % des migraineux, la céphalée est précédée ou s'accompagne d'une aura, un trouble neurologique transitoire entièrement réversible. Les auras typiques comportent des troubles visuels, sensitifs, du langage et/ou de la parole, ou bien encore des troubles moteurs.

² <https://www.academie-medicine.fr/inegalite-de-prise-en-charge-de-linfarctus-du-myocarde-chez-les-femmes-en-france/>

³ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2025/les-maladies-cardiovasculaires-en-france-un-impact-majeur-et-des-inegalites-persistantes>

⁴ Le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'excès de poids, la sédentarité, le stress.



Par exemple, une femme fumeuse ou diabétique aura deux à trois fois plus de risque qu'un homme de faire un infarctus du myocarde à âge et consommation égaux [6]. Les raisons de cette différence pourraient inclure des différences anatomiques et physiopathologiques entre les sexes notamment en lien avec des facteurs hormonaux spécifiques comme la contraception œstroprogestative mal prescrite ou insuffisamment surveillée, certaines maladies gynécologiques comme l'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques, les complications de la grossesse comme l'hypertension artérielle gravidique ou le diabète gestationnel et la ménopause [3, 4, 7, 8].

Des facteurs de risque cardiovasculaires psychosociaux émergents, négligés, donc peu étudiés, participent aussi à cette inégalité comme le stress, la précarité, la charge mentale, les familles monoparentales, ou la dépression qui est 50 % plus courante chez la femme que chez l'homme⁵. En particulier, dans le monde, plus de 10 % des femmes enceintes et des femmes qui viennent d'accoucher souffrent de dépression post-natale [8].

Une médecine différente selon le sexe ?

Le terme de « syndrome de Yentl » fut utilisé pour la première fois en 1991 par Bernadine Healy⁶ pour désigner la différence de prise en charge et de suivi médical entre les hommes et les femmes. Concernant l'infarctus du myocarde, par exemple, les signes thoraciques sont moins intenses chez la femme, et les signes extra-thoraciques, comme des problèmes digestifs ou des malaises, plus fréquents [9]. Ainsi, les registres français ont montré un retard de 30 minutes dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde de la femme par rapport à l'homme [10]. Par ailleurs, 20 % des femmes vont aller dans un service d'accueil des urgences ou chez leur généraliste car l'appel aux services d'urgences n'a pas été suivi d'effet [10]. Une fois la prise en charge décidée, on constate que le délai entre ce moment et la revascularisation coronaire est plus long chez la femme que chez l'homme. Enfin, la mortalité hospitalière globale est de 9,6 % chez la femme contre 3,9 % chez l'homme [10].

Par ailleurs, il existe aussi une sous-représentation des femmes dans les études cliniques et de recherche en maladies cardiovasculaires qui persiste en 2025, ce qui rend plus difficile la compréhension de ces maladies chez les femmes et limite la formulation de protocoles thérapeutiques adaptés [11].

Il est donc venu le temps de prendre en compte cette réalité et les spécificités cardiovasculaires des femmes car, comme l'a récemment formulé l'historienne Muriel Salle « définitivement, la misogynie tue » Une phrase choc et volontairement provoquante mais qui reflète malheureusement bien la situation et qui inspire à changer nos pratiques médicales urgemment.

Foreword. Towards a revisited cardiovascular epidemiology: women take the lead

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

- Olié V, Grave C, Gabet A, et al. Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population. *Bull Épidémiol Hebd* 2023 ; 130-8.
- Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 247-56.
- Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021 ; 397 : 2385-438.
- Lailler G, Gabet A, Grave C, et al. Cardiovascular hospitalizations and deaths in adults, children and pregnant women. *Arch Cardiovasc Dis* 2024 117:751-60.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCO-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019 : a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021 ; 398 : 957-80.
- Eva Prescott A, Merete Hippe A, Peter Schnohr B, et al. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *Br Med J* 1998 ; 316 : 1043-7.
- Mosca L, Benjamin EJ, Berra K et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update: a guideline from the American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 2011 ; 57 : 1404-23.
- Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, et al. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* 2017 ; 219 : 86-92.
- Thureson M, Jarlöv MB, Lindahl B, et al. Symptoms and type of symptom onset in acute coronary syndrome in relation to ST elevation, sex, age, and a history of diabetes. *Am Heart J* 2005 ; 150 : 234-42.
- Gilard M. Rapport 25-01. L'inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2025 ; 209 : 471-9.
- Jin X, Chandramouli C, Allocco B, et al. Women's participation in cardiovascular clinical trials from 2010 to 2017. *Circulation* 2020 ; 141 : 540-8.

⁵ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

⁶ Bernadine Healy (1944-2011) est une cardiologue américaine, spécialiste de la prise en charge des troubles cardiaques féminins, notamment en milieu hospitalier. Elle fut la première femme directrice du National Institutes of Health (NIH). Le nom du syndrome est tiré de l'héroïne du roman de Isaac S. Singer, Yentl, personnage incarné à l'écran par Barbra Streisand dans lequel elle se déguise en homme afin de recevoir l'éducation qu'elle désire (ndlr).

TIRÉS À PART

G. Sarlon