

La prévention cardiovasculaire des femmes



Conseil National Professionnel
CardioVasculaire

Ce document est à destination des professionnels de santé. Il rappelle les constats sur les maladies cardionéurovasculaires de la femme puis énumère les points importants de la prévention et reprecise les caractéristiques des symptômes de la maladie coronaire.



Les maladies cardionéurovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité en France (et la première dans le monde) et représentent un enjeu majeur de santé publique, notamment chez les femmes. Depuis 2008, l'incidence du syndrome coronaire aigu augmente chez les femmes de moins de 65 ans¹. Elles bénéficient moins souvent ou plus tardivement d'un accès aux soins intensifs cardiologiques, sont plus exposées aux complications aiguës, présentent un risque

de décès précoce hospitalier plus élevé et vont moins en rééducation cardiovasculaire après l'accident aigu. Ces données imposent de mieux connaître les caractéristiques de la douleur thoracique évocatrice d'angor et d'intégrer l'ensemble des facteurs de risque cardionéurovasculaire de la femme dans nos consultations, afin de garantir une prise en charge équitable et efficace sur l'ensemble du territoire.

Le C.O.E.U.R. des femmes.
moyen mnémotechnique




Contrôler
ses facteurs
de risque
cardiovasculaire


Œil
ouvert sur les
signes de l'infarctus
du myocarde pour les
femmes et leur
entourage


Urgence
à consulter
en cas de gêne
thoracique
à l'effort


Réagir
vite et appeler
le 15 pour toute
douleur thoracique
> 20 minutes


Suivi
régulier chez
les patientes
avec maladie
cardiovasculaire

Graphisme / Illustrations : © www.camillefeuille.fr

Créa : © Camille Feuille

1. Constats



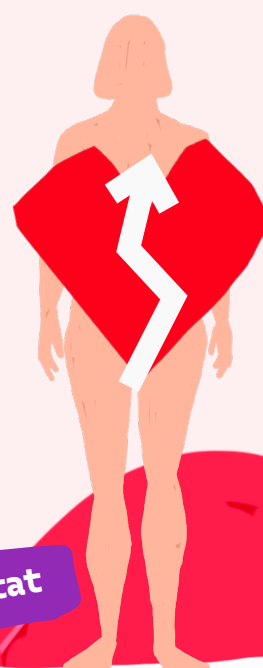
1^{er} constat

En France, plus de femmes meurent de maladies cardiovasculaires que d'hommes.

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France, juste après les cancers, et la première cause de décès chez les personnes de 85 ans et plus ².

Contrairement aux idées reçues, elles touchent particulièrement les femmes : en 2023, 72 078 femmes sont décédées d'une maladie cardiovasculaire, **soit près de 200 décès chaque jour**, contre 64 161 hommes². À titre de comparaison, 13 000 décès ont été recensés la même année par cancer du sein². En France, les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires constituent les deux principales causes de mortalité cardiovasculaire³.

Ces pathologies présentent toutefois des différences entre les femmes et les hommes qu'il est essentiel de prendre en compte dans la pratique médicale quotidienne.



2^{ème} constat

Les femmes sont touchées de plus en plus jeunes par les maladies cardiovasculaires.

De nombreux facteurs de risque peuvent être impliqués comme le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, la sédentarité, l'inactivité physique, le surpoids, l'obésité, le stress, l'anxiété et la dépression. Des pathologies leur sont spécifiques telles que les complications de grossesse, l'endométriose^{4,7}, le cancer du sein, les maladies inflammatoires chroniques...

Depuis 2008, **l'incidence du syndrome coronaire aigu augmente de plus de 5 % par an chez les femmes** de moins de 65 ans en France comme dans d'autres pays¹.



3^{ème} constat

Les facteurs classiques de risque cardioneurovasculaire sont parfois plus néfastes chez la femme que chez l'homme.

En 2022, en France, le tabagisme concernait 23% des femmes et 28% des hommes, soit près d'une femme sur quatre. Le risque cardioneurovasculaire lié au tabac est toutefois plus élevé chez la femme : il est multiplié par 4,5 par rapport à une non-fumeuse⁸, pour les moins de 50 ans ce facteur multiplicatif est de 13⁹, alors qu'il est de 1,4 chez l'homme fumeur.

Il en va de même pour le diabète de type 2 : un homme diabétique présente un risque cardiovasculaire multiplié par 2 alors qu'une femme diabétique voit ce risque multiplié par 4.

4^{ème} constat

Les femmes sont moins bien prises en charge que les hommes en matière de cardiopathies ischémiques.

Face à une maladie cardiovasculaire ischémique, les femmes sont moins bien prises en charge que les hommes : elles appellent le SAMU plus tardivement¹⁰, elles sont moins fréquemment admises en unités de soins intensifs cardiologiques¹¹, ont davantage de complications aiguës, ont une mortalité précoce plus élevée^{10,12} et sont moins souvent adressées en réadaptation cardiovasculaire¹³. Leurs traitements sont moins bien adaptés.

En résumé :

Il est donc indispensable d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire et d'améliorer la prise en charge cardiovasculaire ischémique des femmes.

2. Rechercher les facteurs de risque cardiovasculaires

2.1 - Évaluer le mode de vie



Tabagisme : l'augmentation du risque apparaît dès la consommation d'une cigarette quotidienne ou si l'on est exposé à un tabagisme passif.



Sédentarité et inactivité physique : moins de 30 minutes d'activité physique par jour cinq fois par semaine est délétère.



Alimentation : le régime méditerranéen est protecteur. La consommation excessive de sel est délétère sur le risque cardiovasculaire.



Excès pondéral : surpoids si $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; obésité si $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Le tour de taille ($> 80 \text{ cm}$ chez la femme ; $> 94 \text{ cm}$ chez l'homme) associé à l'IMC est un meilleur facteur prédictif de maladies cardiovasculaires que l'IMC seul.



Stress



Prise de toxiques : consommation excessive d'alcool, substances illicites...

© CNPCV © Créa : Camille Feuillet

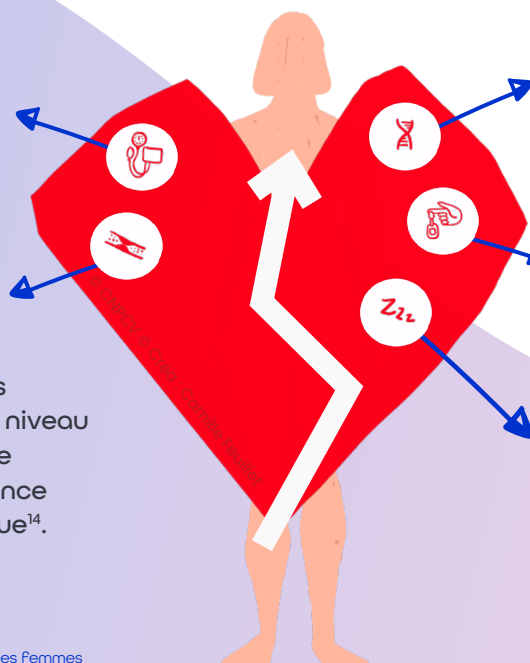
2.2 - Dépister régulièrement les facteurs de risque classiques

L'hypertension artérielle :

$> 140 \text{ mm Hg}$ et/ou 90 mm Hg en consultation, $> 135 \text{ mm Hg}$ et/ou 85 mm Hg en automesures en dehors du cabinet.

La dyslipidémie :

LDL cholestérol au-dessus de la cible définie selon le niveau de risque cardiovasculaire global, a fortiori en présence d'autres facteurs de risque¹⁴.



Hérédité :

Parent au 1^{er} degré ayant eu un événement cardiovasculaire précoce (homme avant 55 ans, femme avant 65 ans).

Le diabète :

Par le dosage de la glycémie à jeun.

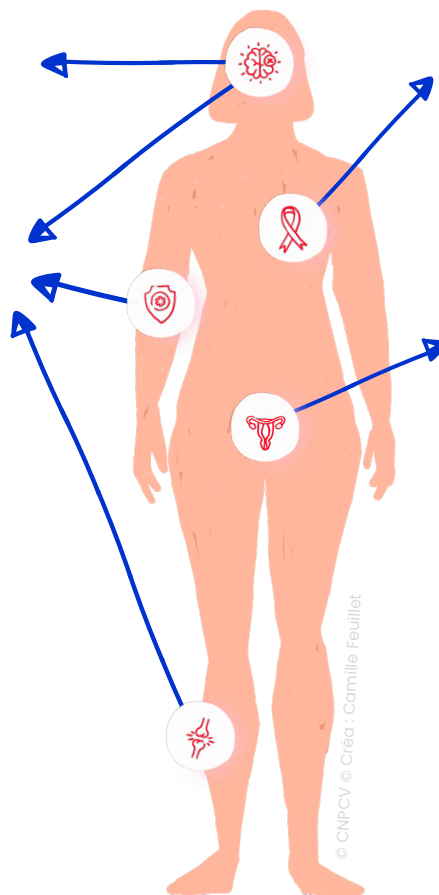
Les troubles du sommeil

2.3 - Rechercher les autres marqueurs et facteurs de risque

Liés à des maladies psychiatriques

Liés à des pathologies plus fréquentes chez les femmes¹⁵ :

- Maladies inflammatoires chroniques, notamment rhumatismales.
- Maladies auto-immunes.
- Migraine, surtout avec aura.



Cancers du sein

Traités par radiothérapie (si irradiation du sein ou paroi thoracique gauche), chimiothérapie (surtout avec anthracyclines), hormothérapie.

Liés aux hormones féminines :

- Toute complication de la grossesse : principalement prééclampsie, mais aussi HTA gravidique, diabète gestationnel, prématurité, mort fœtale in utero, fausses couches à répétition.
- Insuffisance ovarienne prématurée, (<40 ans).
- Ménopause avancée < 45 ans.
- Syndrome des ovaires polykystiques.
- Endométriose.
- Traitement hormonal de la ménopause par voie orale.
- Contraception œstroprogestative prescrite malgré une contre-indication.

2.4 - Rechercher également des facteurs de risques émergents¹⁶

- Charge mentale
- Violence sexiste, sexuelle, physique et psychique
- Précarité socio-économique
- Pollutions : atmosphérique, bruit...

En résumé :

En cas de présence de facteurs de risques cardiovasculaire, il est impératif :



De planifier un suivi renforcé par des professionnels de santé adapté au niveau de risque en sachant que les scores de risque n'intègrent pas les facteurs spécifiques aux femmes



D'évaluer régulièrement les facteurs de risque



De contrôler et corriger rigoureusement les facteurs de risque

Le mode de vie et les facteurs de risque doivent être évalués tout au long du suivi du patient notamment par le médecin généraliste et doivent l'être aussi lors de « mon bilan prévention » pris en charge par l'assurance maladie aux âges clés suivants : 18-25, 45-50, 60-65, 70-75 ans.

3 . Rechercher les symptômes d'une atteinte cardiaque ischémique

3.1 - Les caractéristiques de la douleur angineuse

Comme chez l'homme, la douleur thoracique angineuse est habituellement :

- Rétrosternale, médiane, étendue.
- Constrictive (serrement, comme dans un étau), oppression thoracique avec sensation de poids sur la poitrine, parfois brûlure.
- Avec irradiation à la mâchoire, aux épaules, aux bras aux mains ou au haut du dos.
- Selon les dernières recommandations les termes « typique » et « atypique » ne doivent plus être utilisés^{17,18}.

Elle apparaît :

À l'effort dans l'angor d'effort et disparaît rapidement à l'arrêt de l'effort ou après prise de trinitrine.

Dans les syndromes coronaires aigus :

les caractéristiques de la douleur sont analogues à celles de l'angor d'effort, mais la douleur survient le plus souvent au repos. Elle est prolongée, voire persistante plus de 20 minutes, un appel au 15 s'impose en urgence pour évaluation et organisation de la prise en charge.

3.2 - Les symptômes de l'infarctus du myocarde (signes d'alerte)

Dans 80 % des cas¹⁸, le symptôme est la douleur thoracique chez l'homme comme chez la femme.

D'autres symptômes sont aussi fréquents chez la femme que chez l'homme :

- Sueurs, douleur épigastrique, éructations
- Douleur isolée aux épaules ou aux bras

D'autres symptômes non spécifiques sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme :

- Vertiges, syncope, palpitations
- Dyspnée
- Fatigue
- Nausées, vomissements.
- Douleur localisée au cou, entre les omoplates

Chez la femme comme chez l'homme, tout symptôme thoracique doit être évalué.

4 . Éduquer, accompagner les patientes à risque

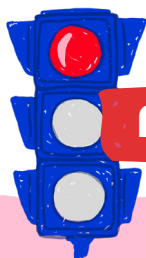
L'autonomisation et l'éducation de la population, et des femmes en particulier, est indispensable. Il faut :

- Impliquer chaque femme dans la maîtrise de ses facteurs de risque.
- Faire connaître les signes de l'infarctus du myocarde par les femmes et leur entourage.
- Consulter sans délai en cas de gêne thoracique à l'effort.
- Appeler immédiatement le 15 si une douleur thoracique dure plus de 20 minutes.
- Assurer un suivi régulier, adapté à leur profil cardiovasculaire.

En résumé :

“ Reconnaître tôt, réagir tôt : c'est là que se joue la prévention ”

5 . Mythes et réalités¹⁹



Mythes

Les Femmes sont protégées contre les maladies cardiovasculaires...



L'infarctus est moins mortel chez les Femmes.



Fumer est moins risqué chez les Femmes.



Les jeunes Femmes ne présentent pas de symptômes typiques lors d'un infarctus.



Les complications liées à la grossesse ne sont pas associées à un risque accru de maladie cardiovasculaire...



La réadaptation cardiaque après un infarctus est moins efficace chez les Femmes...



Réalités

Les maladies cardiovasculaires sont la 2^{ème} cause de décès en France chez les Femmes.

Les taux de mortalité à l'hôpital après un infarctus sont deux fois plus élevés chez les Femmes que chez les hommes.

Le tabagisme augmente le risque d'infarctus de 30 % chez les Femmes par rapport aux hommes, en particulier chez les jeunes Femmes.

Les douleurs dans la poitrine sont présentes chez plus de 90 % des Femmes de moins de 50 ans présentant un infarctus.

Les complications liées à la grossesse augmentent de 25 à 50 % le risque de développer une maladie cardiovasculaire au cours des dix ans suivant.

La réadaptation cardiaque réduit la mortalité et la récurrence d'infarctus de 50 % chez les Femmes par rapport aux hommes.

Le CNPCV en partenariat avec :



Sources

Ce document est le fruit d'un travail collaboratif associant plusieurs sociétés savantes, Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et associations, coordonnés sous l'égide du CNP Cardiovasculaire. L'élaboration de ce document s'appuie sur une analyse bibliographique portant sur 312 articles scientifiques, dont la synthèse et la liste complète des références sont accessible via le lien suivant : www.cnpcv.org/index.php/le-cnpcv/travaux-du-cnpcv/

1. Gabet A, Danchin N, Juilliere Y, Olie V. Acute coronary syndrome in women: rising hospitalizations in middle-aged French women, 2004-14. *Eur Heart J*. 2017;38(14):1060-5.
2. Fouillet A AY, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. *Bull Epidemiol Hebd*. 2025;13:218-43.
3. Grave C GA, Danchin N, Iliou MC, Lailier G, Tuppin P, et al. Épidémiologie des cardiopathies ischémiques en France. *Bull Épidémiol Hebd* 2025; :6-22
4. Manzo-Silberman S, Chabbert-Buffet N, Roux E, Parisi M, Regidor PA, Mounier-Vehier C. Prevalence of cumulative cardiovascular risk factors among women of childbearing age in France: Results of the GYNRISK(R) survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2024;54(1):102859.
5. Olie V, Pasquereau A, Assogba FAG, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, et al. Changes in tobacco-related morbidity and mortality in French women: worrying trends. *Eur J Public Health*. 2020;30(2):380-5.
6. Allagbe I, Le Faou AL, Thomas D, Airagnes G, Limosin F, Chague F, et al. Tobacco-related cardiovascular risk in women: New issues and therapeutic perspectives. *Arch Cardiovasc Dis*. 2021;114(11):694-706.
7. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the «Ligue Contre l'Obesité». *J Clin Med*. 2023;12(3).
8. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
9. Palmer J, Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, Teare D, Iqbal J, et al. Differential Risk of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Male and Female Smokers. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(25):3259-66.
10. Manzo-Silberman S, Couturaud F, Charpentier S, Aufret V, El Khoury C, Le Breton H, et al. Influence of gender on delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis. *Int J Cardiol*. 2018;262:1-8.
11. Donataccio MP, Puymirat E, Parapid B, Steg PG, Elchaninoff H, Weber S, et al. In-hospital outcomes and long-term mortality according to sex and management strategy in acute myocardial infarction. Insights from the French ST-elevation and non-ST-elevation Myocardial Infarction (FAST-MI) 2005 Registry. *Int J Cardiol*. 2015;201:265-70.
12. Weizman O, Tea V, Marijon E, Elchaninoff H, Manzo-Silberman S, Leclercq F, et al. Very long-term outcomes after acute myocardial infarction in young men and women: Insights from the FAST-MI program. *Arch Cardiovasc Dis*. 2023;116(6-7):324-34.
13. Grave C, Gabet A, Iliou MC, Cinaud A, Tuppin P, Blacher J, et al. Temporal trends in admission for cardiac rehabilitation after an acute coronary syndrome in France from 2009 to 2021: Persistent sex, age and social disparities. *Arch Cardiovasc Dis*. 2024;117(4):234-43.
14. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Back M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-337.
15. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021.
16. Lindley KJ, Aggarwal NR, Briller JE, Davis MB, Douglass P, Epps KC, et al. Socioeconomic Determinants of Health and Cardiovascular Outcomes in Women: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(19):1919-29.
17. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021;144(22):e368-e454.
18. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2024;13(1):55-161.
19. Manzo-Silberman S, Hawranek M, Banerjee S, Kaluzna-Oleksy M, Alasnag M, Paradies V, et al. Call to action for Acute Myocardial Infarction in women: international multidisciplinary practical roadmap. *European Heart Journal Open*. 2024.