

Abstract - Groupe n°15

Infarctus du myocarde chez la femme : manque d'information dans la population ?

André Hélène, Chauffard Aline, Chrast Livia, Vandenbroucque Axelle, Vanolli Katia

Introduction

En Suisse, l'infarctus du myocarde (IM) est la première cause de mortalité chez la femme¹, or cette maladie est encore considérée comme masculine dû à l'incidence plus élevée chez l'homme. Des études montrent cependant que la femme en meurt plus², c'est donc l'exemple parfait d'un enjeu lié à la question de genre en médecine. De plus, l'incidence féminine tend à rattraper celle de l'homme suite à l'uniformisation du mode de vie. La maladie chez la femme apparaît plus tardivement, souvent dans un contexte de polymorbidité, car elle est protégée jusqu'à la ménopause par les oestrogènes. La femme a une plus grande probabilité d'avoir une présentation "atypique", définie par la *American Heart Association* (AHA)² comme : des douleurs isolées dans le haut du dos, le bras, la nuque ou la mâchoire, fatigue, dyspnée, indigestion, nausées et vomissements, palpitations, faiblesse et anxiété. Les facteurs de risques (FR), tels que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2², le tabac³ ou les facteurs psychologiques², sont les mêmes chez les 2 populations, mais les effets cardiovasculaires (CV) sont plus néfastes chez la femme. De plus, la femme est souvent exclue des études en raison de son cycle hormonal⁴, ce qui amène à l'extrapolation des données masculines chez elle. Les études montrent aussi que la prise en charge tant diagnostique que thérapeutique est souvent retardée chez la femme². Ces constatations mènent au questionnement suivant : Quelles sont les connaissances de la population et des soignants quant à l'infarctus du myocarde chez la femme ? Le but de ce travail est de décrire les moyens mis en œuvre pour mieux informer la population suisse de la sémiologie et de l'étiologie de l'infarctus chez la femme, évaluer le niveau de connaissance de la population lausannoise et identifier un éventuel manque ou mauvaise diffusion de l'information. Finalement, nous allons tenter de proposer des pistes pour améliorer l'information dans la population et chez les soignants.

Méthode

Des recherches de littérature, notamment dans des revues médicales, des bases de données bibliographiques et des sites spécialisés ont permis de préciser l'épidémiologie et la sémiologie de l'infarctus du myocarde. Afin de récolter l'avis de professionnels, des entretiens semi-structurés ont été effectués avec : deux cardiologues, un médecin interniste spécialisé dans la question du genre et représentant de la Fondation Suisse de Cardiologie, un infirmier d'accueil et de tri (IAT) aux urgences, deux médecins de premier recours de zones urbaine et rurale et un gynécologue. Une enquête d'opinion de type micro-trottoir sur un échantillon de la population lausannoise de 202 personnes a été réalisée dans l'intention d'évaluer leurs connaissances sur le sujet. Cependant, au vu du faible nombre de personnes interrogées, il est impossible d'extrapoler ces résultats au reste de la population. Une analyse de la totalité des données récoltées a permis de relever les points essentiels.

Résultats

Il y a une divergence de point de vue chez les professionnels interrogés quant à la sémiologie de l'IM chez la femme et chez l'homme. Globalement, il en ressort que la femme présente plus fréquemment que l'homme des symptômes "atypiques" ou un infarctus silencieux, et moins de douleurs thoraciques. Selon les généralistes interrogés, les patientes ont plus tendance à faire passer leurs symptômes sur le compte de problèmes psychologiques. Il peut en résulter un délai plus long avant d'appeler de l'aide. Ce comportement peut aussi biaiser le diagnostic du médecin et ralentir la prise en charge. Cependant, l'IAT interrogé insiste sur l'importance de ne pas faire de différence selon le genre, et à sa connaissance, la prise en charge est la même. Au niveau de la prévention destinée spécifiquement à la femme, la Fondation Suisse de Cardiologie réalise une campagne (*Femme&Cœur*) incluant diverses actions de prévention et promotion de la santé CV. Par exemple, des conférences et un dépistage des FR en pharmacie sont proposés dans le but de sensibiliser la population au fait que la femme est également à risque de maladies cardiovasculaires, mais il est difficile de mesurer l'impact de la campagne. En termes de prévention au cabinet, les médecins interrogés sont unanimes quant au fait qu'il s'agit d'un de leurs rôles et qu'elle doit être ciblée selon les FRCV plutôt que selon le genre, mais ils n'ont souvent que peu de temps à y consacrer. Il ressort aussi que les connaissances quant à l'infarctus dépendent plus de l'éducation, des FR, des antécédents médicaux et

du niveau socio-économique que du genre. Parmi les professionnels interrogés, seuls 2/7 étaient au courant des actions entreprises par Femme&Coeur et, parmi les médecins installés, seul 1/5 proposait des brochures de cette campagne. Un pan important de la prévention est la réadaptation CV, proposée après un événement CV, qui enseigne aux patients les FR et les règles hygiéno-diététiques (=alimentation, tabagisme, activité physique). Cependant, les femmes sont moins souvent référées à la réadaptation que les hommes. Selon certains médecins interrogés, un des intérêts à faire de la prévention via différents médias (TV, affiche, conférence ...), est qu'on peut élargir la transmission de l'information dans les différentes classes sociales. Mais l'information sur les symptômes "atypiques" pose problème, car ce sont des symptômes courants, peu spécifiques et pouvant être anxiogènes. Le micro-trottoir s'est intéressé à un échantillon de 202 personnes (132 femmes et 70 hommes) aux abords de centres commerciaux à propos de leurs connaissances quant à l'IM. Il leur était demandé de citer les symptômes de l'IM et 59% citaient la douleur à la poitrine avec irradiation dans le bras, ce qui représente les symptômes "typiques". En revanche, seulement 40% et 10% des personnes ont pu citer respectivement 1 et 2 symptômes atypiques (selon l'AHA) et une seule personne a cité 4 des 8 symptômes. De plus, 10 % n'avaient aucune idée de la sémiologie et 9% confondaient avec les symptômes de l'AVC. La différence genrée de cette maladie n'est quant à elle pas du tout acquise, puisque 65% pensaient qu'il n'y a pas de différence selon le genre. La première différence citée était la fréquence (20%) et après les symptômes (13%).

Discussion

Ce travail a permis de mettre en évidence un manque d'information aussi bien dans la population que chez certains soignants. En effet, les résultats du micro-trottoir montrent que la majorité des gens ne sont pas sensibilisés aux spécificités de l'IM chez la femme. De même, certains soignants, bien que connaissant les études à ce sujet, n'intègrent pas cet élément dans leur pratique. Ce phénomène participe à la péjoration du pronostic de la femme. Plusieurs solutions existent déjà, cependant elles pourraient être améliorées, notamment dans la formation prégraduée des médecins à Lausanne où cette problématique n'est que superficiellement évoquée, idem pour la formation postgraduée. Concernant l'information à la population, la campagne *Femme&Coeur* ne touche que de façon éparse et insuffisante les femmes et leur entourage. Le relai par les médecins est par ailleurs quasi inexistant. Des solutions envisageables seraient d'amplifier la prévention dans les pharmacies, car cela permettrait de toucher des individus issus de différentes classes sociales. En s'inspirant de ce qui est réalisé en France, des spots publicitaires durant les périodes de forte audience télévisuelle ou sur les réseaux sociaux pourraient sensibiliser le public. La problématique de la différence homme/femme quant à l'IM s'inscrit dans la question du genre en médecine. Ce n'est pas l'unique pathologie illustrant ce phénomène, par exemple, la prise en charge de la douleur aux urgences est moins bonne chez la femme. Mais ce n'est pas toujours la femme qui est préférentielle, comme le montre l'exemple de l'ostéoporose qui est considérée comme une maladie féminine, malgré le fait que les complications touchent proportionnellement plus l'homme⁵. Les deux genres ont donc à gagner d'études plus approfondies dans ce domaine de recherche.

Références

1. Office fédéral de la statistique [En ligne]. Neuchâtel (CH) : BFS ; 2016 [mis à jour le 23 juin 2016, cité le 28 juin 2017], Disponible : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html>
2. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916–47.
3. Bähler C, Gutzwiller F, Erne P, Radovanovic D. Lower age at first myocardial infarction in female compared to male smokers. *Eur J Prev Cardiol*. 2012 Oct;19(5):1184–93.
4. Liu KA, Mager NAD. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharm Pract [Internet]*. 2016 [cited 2017 Jun 27];14(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800017/>
5. Cawthon PM. Gender Differences in Osteoporosis and Fractures. *Clin Orthop*. 2011 Jul;469(7):1900–5.

Mots clés

Infarctus du myocarde ; Femme ; Prévention ; Information ; Genre

27 juin 2017