

MOOC Femmes et Santé : Table ronde

Présentations

Nicole Cantisano :

Bonjour, nous sommes ici aujourd'hui pour aborder la thématique des maladies cardiovasculaires chez les femmes. Avant de commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Pr Duly-Bouhanick :

Bonjour, je m'appelle Béatrice Duly-Bouhanick. Je suis professeure de médecine et je travaille dans la Fédération de Cardiologie, plus particulièrement en hypertension artérielle.

Pr Bura-Rivière :

Je suis Alessandra Bura-Rivière, je suis aussi professeure en médecine à la faculté de Toulouse et je suis cheffe du service de médecine vasculaire au CHU de Toulouse.

L'incidence des maladies cardiovasculaires chez les femmes

Nicole Cantisano :

Merci beaucoup. Tout d'abord, j'aimerais que vous abordiez l'incidence des maladies cardiovasculaires chez les femmes.

Pr Duly-Bouhanick :

C'est une excellente question et merci de consacrer une capsule à ce sujet. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. En France, c'est la seconde cause de mortalité toutes populations confondues, après les cancers. Mais quand on regarde pour les femmes, c'est la première cause de mortalité. Et comme on le sait, les maladies cardiovasculaires c'est, certes, mourir, mais c'est aussi avoir un handicap, lié soit à un accident vasculaire cérébral, soit à un infarctus du myocarde. Cela peut aussi être associé à l'hypertension artérielle et à la survenue d'une démence, or on sait qu'aujourd'hui, la prise en charge de la démence est un vrai problème.

Pr Bura-Rivière :

Juste pour donner un petit complément d'information, quand on pense à la mortalité des femmes, dans l'imaginaire collectif il y a beaucoup de mortalité à cause du cancer du sein. Il faut penser que la mortalité pour cause

cardiovasculaire est huit fois supérieure chez la femme à celle due au cancer du sein. Donc c'est vraiment un problème qui est sous-estimé, à la fois dans notre esprit de femme, en population générale et, parfois, par les soignants.

Quand évaluer son risque cardiovasculaire ?

Nicole Cantisano :

Pour commencer, j'ai une première question : quelles sont les situations spécifiques aux femmes qui leur permettrait d'évaluer leur risque cardiovasculaire ?

Pr Duly-Bouhanick :

En effet, c'est un problème crucial que d'avoir des périodes dans la vie où on pourra évaluer ces maladies cardiovasculaires. On peut au moins en citer trois. On peut citer, chez la jeune femme, la période de la contraception. Il faut savoir que la femme est très exposée aux maladies cardiovasculaires parce qu'elle a des facteurs de risque spécifiques, comme les ovaires polykystiques ou la mise en place d'une contraception œstroprogestative, qui peut favoriser l'hypertension artérielle.

Donc le moment de la contraception est un moment idéal pour faire le bilan des facteurs de risque de cette femme. Est-ce qu'il y a une obésité ? Est-ce qu'elle fume ? Est-ce qu'on peut agir sur ces facteurs de risques ? Est-ce qu'elle aura droit à une contraception œstroprogestative ou au contraire, est-ce qu'il faudra mettre en place une autre contraception ? Par exemple, la contraception micro-progestative ou même le stérilet, chez la nullipare. Aujourd'hui, on l'ignore, mais c'est l'une des modalités de contraception chez la jeune femme, en plus, bien entendu, des préservatifs. Les préservatifs qui vont d'ailleurs être remboursés au 1^{er} janvier par l'action du gouvernement à partir de 18 ans, ce qui est une excellente chose pour prévenir les MST.

Donc le moment de la contraception est une période clé. On peut même faire un bilan biologique pour vérifier la glycémie à jeun si, par exemple, il y a du diabète dans la famille, le bilan lipidique si cela n'a pas déjà été fait, etc. C'est vraiment un moment clé et les femmes sont assez réceptives à cette idée-là.

En plus, cela leur permet d'anticiper et de voir qu'il y aura une seconde période clé dans leur vie, qui est le moment de la grossesse. Les femmes sont plus exposées à certains facteurs de risque comme, par exemple, l'obésité. En France, les femmes sont parfois plus obèses que les hommes.

S'il y a une grossesse à faire, il faut l'anticiper, venir voir son médecin avant si on a des facteurs de risque et voir quel type de prise en charge il faut mettre en place. Notamment, s'il y a une hypertension artérielle, il faut la dépister et la

traiter avec des médicaments adéquats.

Cette seconde période de la grossesse est importante parce que si une femme fait un diabète gestationnel, par exemple, ou qu'elle fait de l'hypertension pendant sa grossesse, il ne faudra pas la lâcher dans la nature après l'accouchement. On sait qu'après l'accouchement généralement tout va bien, le bébé est là, on s'en occupe, on s'occupe aussi du mari, mais on ne s'occupe pas de soi, et c'est un gros problème. La femme ne s'occupe pas d'elle. Donc on va ensuite découvrir, à la ménopause, qu'elle a une hypertension qui aura traîné pendant une dizaine d'années et qui aura été méconnue.

Or ces femmes, qui font un problème d'hypertension ou de diabète au moment de la grossesse, sont à risque cardiovasculaire accru par rapport à une femme qui n'en fait pas. Donc ce sont des femmes qu'il va falloir fléchir et qu'il va falloir suivre. Il ne faut pas qu'elles repartent dans la nature, sans suivi.

Enfin, il y a la troisième période, qui est celle de la ménopause. C'est le moment où apparaît généralement de l'hypertension artérielle et c'est un moment crucial où les femmes se posent des questions comme : est-ce que je mets en place un traitement hormonal substitutif ?

Et puis elles auront vieilli, elles auront des antécédents cardiovasculaires plus longs. Peut-être qu'elles auront fait un événement cardiovasculaire dans l'intervalle d'ailleurs. N'oublions pas que l'AVC est la deuxième cause de mortalité chez la femme, c'est important de savoir que la femme est à risque. À ce moment-là, les femmes le savent, le risque cardiovasculaire augmente. Il va être plus important qu'avant la ménopause, même si, dans la période pré-ménopausique, il ne faut pas le nier, il y a un sur-risque cardiovasculaire important chez certaines femmes.

Contrairement à ce que l'on croit, les hormones ne protègent pas de la maladie cardiovasculaire chez la femme. C'est vraiment une notion que j'aimerais que les étudiants retiennent : quand on est une femme, ce n'est pas parce que l'on est pas ménopausée que l'on est protégée de la maladie cardiovasculaire. C'est une idée fausse contre laquelle il faut vraiment lutter.

Au moment de la ménopause, on va prendre en compte tous ses facteurs de risque et on va essayer de la gérer, de voir s'il y a des symptômes cliniques qui évoquent une maladie coronaire, des problèmes d'AVC, etc.

Heureusement, c'est rare, mais là aussi, j'ai appris en préparant cette table ronde que les signes cliniques de l'AVC chez la femme étaient parfois différents de ceux de l'homme. Ils peuvent être totalement spécifiques. Franchement, ce n'était pas quelque chose que j'avais à l'esprit. Pour l'infarctus je le savais, mais pour l'AVC ce n'était pas quelque chose que j'avais vraiment en tête.

Donc pour conclure, trois périodes clés : la contraception, la grossesse et la

ménopause.

Méconnaissance du risque cardiovasculaire

Nicole Cantisano :

Pensez-vous qu'à ces trois périodes, ce risque cardiovasculaire est ignoré par les patientes elles-mêmes, par le grand public ou même par certains soignants ?

Pr Duly-Bouhanick :

Il y a une enquête, menée par la Société Française de Cardiologie, qui a interrogé des femmes et qui leur a demandé : « À votre avis, est-ce que vous êtes protégée ? » Et on s'est aperçus que les femmes pensaient qu'elles étaient protégées, qu'avant la ménopause, finalement, il n'y avait pas trop de risques et qu'elles n'étaient pas spécialement à risque cardiovasculaire.

La Société Française de Cardiologie a pour but de diffuser ces informations et de dire : « Non, la femme est à risque également. » Elle a des facteurs de risque peut-être un peu différents de ceux des hommes. Elle a plus de syndromes métaboliques, plus d'obésité, les ovaires polykystiques, qui sont aussi des facteurs d'insulinorésistance qui exposent à une maladie cardiovasculaire. Donc il faut lutter contre cette idée-là.

Pour cela, il y a des publicités qui sont faites. Personnellement, je vais au cinéma, je pense que les étudiants sont plus sur les plateformes mais j'espère que vous allez au cinéma de temps en temps, et il y a eu une campagne qui a été très bien faite, qui consistait à faire mimer à une femme ce qu'était qu'un infarctus. En général, elles faisaient : « Ah ! J'ai mal ! » en se serrant la poitrine, alors qu'en fait il y a plein de signes différents pour cette pathologie. Le but est de dire : « Mesdames, si vous avez des sensations différentes, c'est peut-être un signe dont il faut tenir compte dans les maladies cardiovasculaires. »

Maladies cardiovasculaires : des symptômes spécifiques aux femmes

Nicole Cantisano :

Nous allons pouvoir passer à ces risques cardiovasculaires spécifiques aux femmes. Quelle est la spécificité des symptômes chez la femme, pour les maladies cardiovasculaires ? Dans l'infarctus du myocarde, par exemple, mais aussi dans le cas d'autres maladies.

Pr Bura-Rivière :

La spécificité des signes et des symptômes qu'elles peuvent présenter ? C'est quelque chose qui est mal étudié, malheureusement. C'est mal connu parce que les signes et les symptômes des pathologies ont été très étudiés chez les hommes et beaucoup moins chez les femmes dans les études d'épidémiologie et les études de population avec des questionnaires. On sait à l'heure actuelle que, dans le passé, ces études étaient surtout menées sur les hommes. On a donc recueilli les « symptômes d'homme » liés à la maladie. On les a estimés être universels mais on sait maintenant qu'ils ne le sont pas.

On se rend compte que chez les femmes, il y a plus de situations dans lesquelles les signes ne sont pas si typiques que ça. La « caricature » (qui n'en est pas vraiment une) de l'infarctus comme une sensation de constriction thoracique, ce signe de la main sur la poitrine avec la douleur qui irradie à la mâchoire, au bras, cette douleur qui serre comme un étau au niveau de la poitrine, est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Chez la femme, on peut toujours avoir les mêmes signes que chez l'homme mais on aura un peu plus fréquemment des signes moins classiques comme la fatigue, l'épuisement, des céphalées, des difficultés à respirer, des choses qui ne sont pas forcément liées dans notre esprit à un infarctus. On se dira peut-être : « Je suis trop fatiguée. », « J'en ai trop fait. », « Il faut que je me repose. », etc.

Cela ne va pas forcément nous faire solliciter aussi rapidement les secours. On verra que les femmes appellent moins fréquemment le 15 en cas de symptômes, ou en tout cas les secours, pour se faire soigner. Déjà parce qu'elles n'ont pas trop l'habitude de s'occuper d'elles. On sait qu'une femme qui est fatiguée, qui se plaint... On veut essayer d'éviter la caricature quelque part. Les hommes appellent beaucoup plus fréquemment. Si un homme a mal dans la poitrine, on va se dépêcher d'appeler le SAMU alors que si c'est une femme qui a mal dans la poitrine, si elle a des signes qui dépassent la fatigue habituelle comme une sensation d'essoufflement qui est anormale, on ne va pas se précipiter sur le téléphone.

Tout cela est vrai pour l'infarctus mais c'est la même chose avec d'autres maladies. On parle du cardiovasculaire parce qu'on est dans ce domaine mais c'est vrai aussi pour l'AVC. Parfois, dans l'AVC, on a une espèce de paralysie de l'hémicorps, on n'arrive pas à bien parler, etc. Il y a des signes qui sont un peu plus flous chez la femme, moins caractéristiques, moins définis.

Sur les pathologies circulatoires des membres inférieurs, c'est pareil. Quand on a une mauvaise circulation des artères, qui peut aller jusqu'à des amputations, chez les hommes c'est un signe caractéristique comme des crampes qui surviennent à la marche. On se prend le mollet, ça fait mal, ça nous oblige à nous arrêter, etc. Chez la femme, c'est moins fréquemment comme ça. Ça peut être plutôt des picotements, une sensation de lourdeur. C'est quelque chose qui n'est pas défini dans les livres de médecine comme le classique signe de la

pathologie vasculaire et que l'on connaît depuis relativement peu de temps.

Sur l'infarctus, on l'a mis en avant assez vite, en tout cas plus tôt que dans les autres pathologies. Maintenant, on est en train de faire le tour de toutes ces pathologies considérées comme « masculines », avec lesquelles il y a une étiquette de genre. On se rend compte que toutes ces pathologies, on les a étudiées selon les symptômes et les signes les plus fréquents chez l'homme, le tableau clinique chez l'homme. Tout simplement parce qu'on a eu plus d'hommes qui ont participé à ces protocoles, qui ont été suivis, hospitalisés, etc. Donc on avait le tableau d'homme, et là on est en train de prendre en compte d'autres signes, un peu moins spécifiques.

Mais ce n'est pas facile. Personnellement, j'ai essayé de voir pour les membres inférieurs, il faudrait refaire des questionnaires, les réétudier avec une parole ouverte... Parce que si on ne fait que cocher des cases, les cases que je décrète « pertinentes » ne sont peut-être pas les cases dans lesquelles les patientes vont se retrouver. C'est quelque chose qui pourrait être étudié, il faudrait relancer une évaluation des symptômes des pathologies vasculaires chez la femme. Moi qui m'intéresse à la pathologie vasculaire extra-cardiaque, je trouve que c'est quelque chose qui manque.

Enseignement des tableaux cliniques et stéréotypes

Nicole Cantisano :

Peut-on dire qu'encore à ce jour, le problème pourrait aussi venir de l'enseignement ? Est-ce que l'on enseigne toujours sur la base des tableaux masculins ? Est-ce que c'est quelque chose qui a été corrigé pour les infarctus du myocarde ou est-ce que, selon vous, on peut encore faire un travail dessus ?

Pr Bura-Rivière :

On est en train de le faire, ce travail, on est en train de sensibiliser nos étudiants. À partir de la deuxième année de médecine, l'année où ils commencent à étudier les signes et les symptômes des maladies, la sémiologie, on commence à leur parler des symptômes chez les femmes.

Il faut dire qu'on n'est pas gâtés en termes d'études. Avec l'infarctus ça commence à être un peu plus clair mais on n'a pas encore d'études d'épidémiologie chez la femme pour toutes les pathologies, avec les signes très spécifiques de la femme.

Donc quand on enseigne... Je sais que j'ai donné des cours il n'y a pas longtemps à la faculté et le premier tableau que j'ai enseigné aux étudiants, c'est le tableau de la claudication, celui de la souffrance ischémique tel que je l'ai étudié et tel qu'il est marqué dans les livres. Parce que dans les livres, il y a encore les

anciens tableaux.

On appelle cela un tableau typique. On dit que les femmes ont plus souvent des tableaux atypiques que les hommes. Mais atypique en quel sens ? En termes de fréquence d'apparition du tableau chez les femmes ou chez les hommes ? Même l'utilisation du terme « atypique »... Il faudrait voir le pourcentage de femmes qui ont ce tableau-là, que l'on dit « atypique ». Peut-être qu'en fait, c'est la majorité.

Ce que l'on voit à l'heure actuelle, c'est que le tableau de la maladie n'est pas identique chez les hommes et chez les femmes. Par exemple, quand on parle de pathologies vasculaires, c'est vrai pour l'infarctus mais aussi pour les membres inférieurs, pour la circulation autre que cardiaque, il y a moins de femmes fumeuses dans ces groupes. Le poids du tabac est moindre chez les femmes par rapport aux hommes. Par contre, il y a beaucoup plus d'hypertension et d'inactivité physique, de sédentarité.

Facteurs de risques chez les femmes

La sédentarité est extrêmement importante chez les femmes. L'obésité aussi. Cela vient d'un système d'éducation. C'est la société qui fait que c'est plus normal pour un homme de bouger, de courir, d'aller jouer au foot le samedi, d'aller faire une course à pied, de la natation, etc. Là, je vois des jeunes filles qui sont beaucoup plus actives qu'autrefois, mais c'est évident que l'activité physique chez la femme... Enfin, cela commence à aller mieux maintenant, je pense qu'on est en train de rééquilibrer chez les plus jeunes. Mais dans la société des adultes que nous sommes, les garçons sont plus encouragés à bouger et plus pardonnés s'ils bougent sans cesse. On dit que « c'est normal », qu'« il faut que ça bouge ». Les filles, il faut plutôt qu'elles soient calmes, posées, studieuses. Donc cela, on le voit encore.

Personnellement, je me souviens que je préparais une présentation sur le risque cardiovasculaire chez la femme et je cherchais « homme qui court » et « femme qui court ». Pour « femme qui court », je n'arrivais pas à trouver. « Homme et sport » et « homme et mouvement », il y a plein de choses, en partant des statues grecques jusqu'aux Jeux Olympiques. Je cherchais des tableaux, je ne cherchais pas une photo. Je voulais faire une présentation en illustrant mon propos avec une œuvre d'art à chaque diapo.

Donc je cherchais une œuvre d'art où on voit une femme qui court ou qui fait une activité physique. Et je ne l'ai pas trouvée. J'ai juste trouvé *La Danse*, de Matisse. C'est la seule œuvre où il y a des femmes en train de faire une espèce de mouvement, qui se prennent par la main et qui tournent. Enfin, « mouvement », c'est relatif... Et quand on cherche « homme », il y a les statues grecques des sportifs, il y en a plein. En fait, si on cherche « tableau de femme

en mouvement », rien que ça, il n'y a pas. Je vous invite à chercher. Peut-être que maintenant il y en aura mais jusqu'ici, il n'y en a pas beaucoup.

Maladies genrées, stéréotypes

Nicole Cantisano :

Justement, peut-on parler de stéréotypes liés au genre associés aux facteurs de risques ?

Pr Bura-Rivière :

Ce sont plutôt des stéréotypes liés aux habitudes. Maintenant, c'est un peu complexe parce que les femmes fument malheureusement autant que les hommes. Dans certaines tranches d'âge, elles sont même en train de dépasser les hommes. Le tabagisme est une mauvaise habitude que l'on aurait mieux fait de ne pas prendre.

Pr Duly-Bouhanick :

Il y a aussi les facteurs socio-économiques qui jouent. On n'en a pas parlé mais la sédentarité est directement corrélée au niveau socio-économique. Je travaille dans une unité INSERM qui s'intéresse aux index de dé-favorisation et on voit qu'il y a certaines populations que l'on n'arrive pas à mettre en charge, c'est-à-dire que l'on n'arrive pas à faire bouger. Et cela se pérennise au travers de certaines générations.

Donc il va falloir en tenir compte pour avoir des actions ciblées, pour ne pas se tromper de cible. Parce qu'effectivement, la jeune femme étudiante, elle va faire du sport parce que tout le monde en fait maintenant. Il n'y a qu'à regarder les salles de gym : il y a des femmes, des jeunes, etc. Mais il y a tout une partie de la population qui n'a pas accès au discours que l'on peut avoir aujourd'hui et qu'il faudra toucher parce que c'est elle qui a beaucoup de facteurs de risque cardiovasculaire.

Peut-être pas le tabac, mais par contre pour la sédentarité je rejoins complètement ce qui a été dit. C'est vraiment crucial d'essayer de les mettre en charge et de voir l'obésité, l'insulinorésistance, le diabète de type II et l'hypertension artérielle. Aujourd'hui, les populations ne cessent de grossir et cela va de pair avec une augmentation de ces deux facteurs de risques en parallèle. Il y a une augmentation des populations concernées, des millions de gens qui sont suivis pour des maladies chroniques en France, avec un coût économique majeur et un impact désastreux sur la qualité de vie.

Pr Bura-Rivière :

Pour revenir sur cela, l'incidence des pathologies cardiovasculaires est beaucoup

plus importante dans les tranches à revenus le plus faible. C'est lié au revenu, au mode de vie, à l'exposition à des facteurs de risque, à la pollution des zones où l'on habite, à l'accessibilité à des espaces verts, à la possibilité d'exercer une activité physique pour le plaisir, pas juste pour aller travailler, etc.

C'est aussi lié à tout ce qui est scolarité. Le niveau d'études a un impact sur la survenue. On sait que nous, on est des personnes favorisées. Plus on a des difficultés à accéder à l'éducation, plus le risque est élevé et plus l'incidence de ces pathologies est élevée.

Comme les femmes ont également un revenu moyen inférieur à celui des hommes, il y a plus de femmes qui sont sans travail et qui restent à la maison. Donc automatiquement, cela a un impact sur leur santé cardiovasculaire.

Pr Duly-Bouhanick :

Maintenant, dans nos populations, il faut quand même être positifs. Après 65 ans, la mortalité a baissé, chez les hommes comme chez les femmes. C'est lié à l'augmentation des techniques, au traitement de la dyslipidémie, de l'hypertension artérielle, du diabète... Donc les choses s'améliorent. Mais néanmoins, on peut mieux faire.

Représentation des maladies cardiovasculaires dans l'imaginaire collectif

Nicole Cantisano :

Est-ce qu'il y aurait d'autres stéréotypes, d'autres critères ou d'autres facteurs qui viendraient masquer ces diagnostics de maladies cardiovasculaires chez la femme ? On a parlé du tableau clinique, de l'enseignement, de la recherche. Est-ce qu'il y a d'autres entraves à ce diagnostic chez la femme ?

Pr Bura-Rivière :

Il y a l'image que l'on a des maladies. On le dit depuis le début, il y a des maladies qui sont un peu genrées. L'image qui me vient à l'esprit ce sont les fameuses douleurs de jambes. Dans l'esprit des gens, une femme qui a mal aux jambes, ce sont les veines, les jambes lourdes, les talons, etc. Ce sont des idées véhiculées par la société, qu'il y a des pathologies de femme et des pathologies d'homme.

Je m'amuse beaucoup à chercher des images sur Internet. Si vous tapez « douleurs de jambes femme », vous avez des images de femme sur des talons aiguilles, qui se masse les jambes parce qu'elle a les jambes lourdes, etc. Mais si vous cherchez « douleur de jambe homme », vous voyez tout de suite les photos de dépistage de maladies circulatoires vasculaires graves, d'artériopathies, etc. Donc il y a une image qui est véhiculée, qui fait qu'on

étiquette les maladies.

On sait qu'il y a des maladies genrées, des maladies d'homme et des maladies de femme. La maladie des jambes des femmes, ce sont les veines, c'est l'insuffisance veineuse. C'est quelque chose qui peut être embêtant mais qui est quand même moins grave, dans la grande majorité des cas, que l'artériopathie. Donc on va tout de suite penser à celle qui est moins grave chez les femmes.

Après, la situation inverse est vraie aussi. Il y a des maladies, comme l'ostéoporose, par exemple, qui ont une étiquette féminine et qui sont sous-estimées chez les hommes. Quand on a un diagnostic d'ostéoporose chez un homme c'est surprenant. On ne comprend pas pourquoi. Il s'agit de l'image sociale que l'on a des pathologies. C'est difficile, y compris pour les médecins, de se défaire de ces stéréotypes.

Nicole Cantisano :

Oui, ce sont des stéréotypes qui touchent tout le monde, les soignants comme les soignés.

La charge mentale des femmes : un facteur non négligeable

Pr Duly-Bouhanick :

La femme a une grosse charge mentale. Il y a pas mal de familles monoparentales, de femmes qui s'occupent d'enfants, et quand elles ont un symptôme, ce n'est pas la priorité. Il y a d'autres choses à voir, d'autres choses à faire. Il y a donc un retard au diagnostic qui est émis. Comme Alessandra l'a dit tout à l'heure, les gens appellent plus tardivement le 15 quand il y a une anomalie chez une femme. Pourquoi ? Parce qu'il faut emmener le petit à l'école et que c'est considéré comme plus important.

À ce sujet, la Fédération Française de Cardiologie a fait un très bon spot de communication. On voit des femmes dire à des membres de leur entourage : « Debout mon cœur ! », « Oui, je vais chercher tes enfants à l'école mon cœur. », « Ça va aller mon cœur, hein ? » Et à la fin il y a la phrase : « Et son cœur à elle, qui en prend soin ? » qui s'affiche. J'ai trouvé qu'ils avaient une très bonne cellule de communication. C'est vraiment un message parfait à faire passer. La charge mentale, c'est aussi quelque chose dont il faut tenir compte.

Pr Bura-Rivière :

Les femmes s'occupent beaucoup des autres. Quand il y a des maladies, la plupart des aidants sont des femmes. On le voit bien en consultation. Aujourd'hui, les femmes viennent en consultation et s'occupent de leur mari comme si c'était un enfant. Et le mari s'appuie complètement sur l'épouse. Je ne dis pas que c'est toujours la même chose, évidemment que ce n'est pas toujours

ainsi, et heureusement.

Mais on a quand même un peu tendance, en tant que femme, à se faire charge de la maladie des autres, à s'occuper de l'autre, à le soigner, à l'accompagner, à tenir à jour ce qu'il faut faire ou ne pas faire et parfois, au prix de sa propre santé, de son propre équilibre. La santé, c'est un équilibre. Cela veut dire s'occuper de soi, prendre du temps, ne pas avoir cette charge mentale, même si elle est parfois inévitable. On a une charge mentale au niveau économique, social, qui est encore inégale.

Actions de sensibilisation et de prévention

Nicole Cantisano :

Nous allons passer à la dernière partie de notre rencontre aujourd'hui, à la prévention. Selon vous, comment peut-on pallier les risques évoqués auparavant ? Que ce soit du côté des patients ou patientes, du grand public et des soignants.

Pr Duly-Bouhanick :

Ici, nous sommes deux femmes médecins mais fort heureusement, plein de gens ont réfléchi avant nous pour essayer de faire cela. Rien n'est plus difficile que la prévention. L'argent qui est mis dans la prévention dans tous les pays du monde est largement inférieur à l'argent du curatif.

Par ce que vous faites aujourd'hui, d'une certaine façon, vous jouez l'acte de prévention puisqu'il y a des étudiants qui vont vous écouter. L'un des premiers messages à faire passer, mesdemoiselles, et messieurs aussi d'ailleurs, c'est d'arrêter de fumer. S'il y a une seule chose à retenir de cette capsule c'est : « Arrêtez de fumer. » En demandant comment trouver le studio, j'ai croisé trop d'étudiants qui fumaient. Ce n'est pas possible.

Il faut aussi tenir compte de la prise en charge des facteurs de risque. Toutes les sociétés savantes ont émis des recommandations. Pour l'hypertension artérielle, ils viennent récemment d'émettre des recommandations pour les femmes, avec les spécificités de la prise en charge, des pathologies, de la physiopathologie et du traitement. Parce qu'on a beaucoup parlé des facteurs de risque, des signes, etc, mais on n'a pas parlé du traitement. On a l'impression que, dans certaines situations, les femmes tolèrent moins bien les médicaments que les hommes. Elles sont donc, à un certain moment de leur vie, peut-être moins bien contrôlées que les hommes, au moins pour l'hypertension artérielle.

Cela ne veut pas dire qu'on oppose femme et homme. Je ne veux pas genrer le discours puisqu'on sait aujourd'hui qu'en France, la grosse majorité des infarctus du myocarde, ce sont quand même des hommes. Il faut le dire. Mais il ne faut

pas négliger les femmes, c'est cela que l'on veut dire.

On aurait aussi pu faire une interview où il y aurait eu un médecin homme, parce qu'il ne faut pas que tous les étudiants qui nous écoutent se disent : « Voilà, les femmes veulent prendre le pouvoir et elles ne vont parler que d'elles. » Non, pas du tout. Ce que l'on est en train de dire, c'est que l'on a sous-estimé le risque cardiovasculaire chez la femme, mais on a bien conscience et on prend bien en considération que ce risque cardiovasculaire est très élevé chez l'homme aussi.

Donc finalement, les mesures de prévention, ce seront des mesures non genrées, qui vont concerner tout le monde, peut-être avec quelques petites spécificités chez la femme quand même. Les femmes étant plus obèses, ayant plus de problèmes de poids, il faudra avoir un discours davantage centré sur ce facteur de risque dans certaines situations. Il faudra aussi avoir à l'esprit que certains médicaments seraient peut-être plus efficaces chez la femme que chez l'homme, même si les données dans la littérature sont contradictoires, notamment dans le domaine qui me concerne, qui est celui de l'hypertension artérielle.

Aujourd'hui, la question est celle de la prise en charge globale de la population, sans méconnaître que l'expression de la maladie peut être différente chez la femme et chez l'homme. Sur ce sujet, on a beaucoup de choses à apprendre, c'est certain. On a beaucoup de choses à étudier, notamment pour l'artérite des membres inférieurs.

Après la diffusion des recommandations, il faut faire de la communication. Il faut rabâcher la communication parce que lorsqu'une communication est faite, elle est immédiatement oubliée. Donc il faut recommencer et donner des moyens économiques pour mettre en place des consultations de dépistage. Cela a d'ailleurs été fait à certains âges de la vie, le gouvernement a proposé des âges. Cela a été mis en place dans les soins dentaires, depuis plus longtemps. Ils ont été précurseurs en la matière puisque maintenant, on reçoit des avis gratuits pour nos enfants afin de les envoyer voir un dentiste. C'était une excellente initiative. On voit aussi la même chose avec le dépistage du cancer du sein ou celui du cancer du colon. Je crois que le dépistage est important, tout comme la communication de nos recommandations.

Pr Bura-Rivière :

Si vous parlez de la prévention dans le sens de prévention des écarts de prise en charge... Je rejoins Béatrice. Ce que vous faites, c'est un acte de prévention, parce que c'est une sensibilisation à la problématique. C'est essentiel. Rien que là, vous êtes dans des études qui sont quand même en contact avec la santé. Nous, les soignants, on n' imagine pas qu'on ne donne pas les soins avec le même élan et avec la même efficacité pour tout le monde. C'est absolument

involontaire tout ça.

Et cette histoire d'inégalités, dans notre ADN de soignant, c'est complètement inadmissible parce que cela fait partie de notre serment d'aller soigner tout le monde de la même façon et de ne négliger personne. Qu'une partie de la population soit, quelque part, négligée, par des biais divers et variés qu'on a cités tout à l'heure, cela nous est difficile à digérer. Donc déjà, le fait de le savoir, c'est selon moi une prise de conscience nécessaire.

On a parlé de dépistage, des différents stéréotypes sur les symptômes, mais même la prise en charge des maladies n'est pas la même. Beaucoup d'études sont faites sur les hommes, donc on sait que ces doses-là de médicament vont être bien pour un homme. Par contre, on connaît peut-être moins la tolérance chez les femmes, parce qu'il y en a moins en termes d'exposition. On a des études mais qui ne sont pas faites pour ça.

Donc à l'heure actuelle, je pense qu'il très important aussi qu'on incite, dans les protocoles de recherche, à effectuer des analyses spécifiques aux hommes et aux femmes. C'est le cas aujourd'hui, les instituts de recherche comme l'INSERM, les CHU ou les grands instituts encouragent l'inclusion des femmes dans les protocoles parce qu'on a besoin d'avoir ces données. Des données épidémiologiques mais aussi des données concernant l'efficacité et la tolérance des médicaments, parce rien ne dit que la même dose convient à tout le monde.

Après, même une fois qu'on est dans les soins et dans la prise en charge de la pathologie, on sait par exemple que les femmes ont moins souvent le package idéal de traitements qu'elles devraient avoir. Pour la pathologie cardiovasculaire c'est évident. On arrive moins fréquemment à atteindre les objectifs que l'on s'était fixés au démarrage. Au départ, on dit : « Il faut corriger l'hypertension, la dyslipidémie, donner des statines, des traitements, etc. » et in fine, si on doit regarder combien de femmes ont reçu le traitement idéal, il y en a toujours beaucoup moins que chez les hommes. Déjà que les hommes ne sont pas forcément toujours soignés de façon idéale... Mais voilà, il y a une prise de conscience à faire sur ce décalage-là.

Donc plus d'études et plus d'analyses de données, avec une analyse spécifique en fonction du genre. Mais on pourrait aussi parler d'autres détails, comme l'efficacité et la tolérance. C'est très important.

Et après, on l'a vu jusqu'à maintenant, une grande partie de la prévention se joue au niveau social, au niveau de l'image, c'est-à-dire quelle perception une personne, homme ou femme, sans être forcément malade, a de soi, de son risque et de sa santé. Donc il y a un rôle à jouer de la part de notre société. Ce n'est pas juste au niveau médical, cela dépasse les médecins.

Nicole Cantisano :

Oui, cela touche aussi les sciences humaines et sociales.

Recommandations pour la prise en charge

Nicole Cantisano :

J'ai une question pour vous Mme Duly. Vous nous avez parlé au début de cette rencontre des trois périodes clés où le risque cardiovasculaire pouvait être évalué. Est-ce que, selon vous, des mesures pourraient être mises en place en termes de prise en charge lors de ces trois périodes clés ?

Pr Duly-Bouhanick :

Certains médecins préconisent effectivement une prise en charge spécifique, en sachant qu'on ne peut pas tout faire. Déjà, en France, la prise en charge médicale est quand même de bonne qualité, il faut le dire. Après, on peut toujours faire mieux, effectivement.

Ne serait-ce que sensibiliser les professionnels de santé et dire que ce sont trois étapes clés. Nous le faisons au travers des congrès divers et variés. Maintenant, on intervient d'une spécialité à l'autre dans différents congrès, comme on l'a fait en médecine vasculaire et en gynécologie. On ne reste pas cloisonnés et chaque spécialité va dire : « La femme qui vient d'accoucher, il ne faut pas la lâcher. Il faut qu'elle soit suivie. »

Il y a aussi une bonne collaboration avec la médecine générale pour dire qu'une femme qui a fait de l'hypertension pendant la grossesse, il faut continuer à la surveiller après. Il ne faut pas la lâcher dans la nature. Donc il y a des recommandations qui sont faites. Parfois, c'est vrai, trop de recommandations tuent la recommandation. Donc on est amenés à faire des synthèses, etc.

Mais au moins, si parmi ceux qui participent à cette capsule il y a des jeunes femmes qui veulent avoir un bébé, elles sauront que s'il y a du diabète dans la famille ou de l'hypertension, il faut consulter avant. Elles sauront que si elles ont fait du diabète et de l'hypertension pendant leur grossesse, il faut consulter après. Et puis, elles auront entendu le message sur le tabac.

Voilà, il y a donc plusieurs choses à faire. Il faut augmenter les collaborations trans-spécialités et fluidifier le parcours de soin du patient. C'est tellement simple à dire mais quand on n'a pas assez de médecins pour organiser cela... Il faut que toutes les forces vives se mettent en place. C'est une volonté qui est médicale, évidemment, mais il faut aussi une volonté politique et économique derrière. Cela va bien au-delà des vœux pieux que peuvent exprimer les médecins et qui ne sont parfois pas relayés.