



## Les femmes et les enfants d'abord...

Toutes les études épidémiologiques sont d'accord sur un point : ce sont les femmes qui payent le plus lourd tribut à la maladie coronaire. Les compteurs sont au rouge et pourtant nous semblons ignorer cette réalité.

Chaque année 80.000 femmes meurent d'un accident cardiovasculaire soit 54,5% de la mortalité cardiovasculaire globale. Les femmes redoutent à juste titre le cancer du sein et pourtant les maladies cardiovasculaires les tuent 7 fois plus. En 1995, 3,7% des femmes victimes d'infarctus avaient moins de 50 ans, en 2010, ce chiffre atteint 11,6% (1).

Cette surmortalité s'explique de plusieurs façons. Tout d'abord les femmes ont adopté des comportements de vie plus masculins qui s'aggravent ces dernières années : augmentation du tabagisme, du stress, de l'obésité, de la sédentarité. Par ailleurs la symptomatologie féminine est souvent moins typique ou plus exactement les médecins ne sont pas assez attentifs aux symptômes parfois moins classiques que les signes cliniques masculins : il peut s'agir d'essoufflement, de fatigue, d'une oppression et non pas d'une douleur typique à l'effort. Enfin les femmes sont victimes de la croyance très répandue dans le monde médical et dans la population générale en un faible risque cardiovasculaire féminin. Elles sont donc prises en charge avec retard. Je suis ainsi toujours étonné de constater la surprise des femmes en consultation quand je leur dis que l'infarctus du myocarde est une maladie de femme.

Ces données ne sont pas assez connues et les campagnes actuelles (2), en particulier celle de la Fédération Française de Cardiologie destinées à corriger ce manque d'information, doivent être saluées.

Il est cependant une autre réalité généralement négligée qui lie les femmes au développement de la maladie cardiovasculaire : je veux parler de la réalité psychosociale.

J'ai déjà mentionné le stress. Il est manifeste que les femmes sont plus touchées que les hommes par ce fléau moderne. Elles cumulent en effet un stress professionnel et un stress familial et se trouvent souvent dans des conditions de vie beaucoup plus précaires (faible salaire, solitude, famille monoparentale).

Nous avons par ailleurs évoqué dans cette rubrique il y a quelques mois les liens qui existent entre les violences sexuelles faites aux femmes et l'augmentation des comportements à risque ainsi que le développement de maladies chroniques en particulier la pathologie coronaire.

Enfin, et ceci est beaucoup moins connu, cette réalité psychosociale peut affecter les femmes dans leur rôle de mère et avoir un effet "boule de neige" en favorisant le développement de la maladie coronaire.

De nombreux travaux, certains déjà anciens, d'autres beaucoup plus récents démontrent les effets néfastes des troubles psychosociaux durant la grossesse (3). Le stress, l'anxiété, la dépression de la mère vont retentir sur le développement physique et psychique de l'enfant. Les enfants issus de ces grossesses difficiles présentent plus de troubles cognitifs et comportementaux (4).

Ces enfants qui deviendront adultes sont plus réactifs au stress comme s'ils avaient gardé la mémoire de ce stress maternel primitif : leur cerveau limbique émotionnel a été modifié par le stress aigu ou chronique de la mère, par l'anxiété ou la dépression. Les mécanismes invoqués sont d'ordre hormonal (inondation de corticoïdes maternels passant la barrière placentaire) et d'ordre épigénétique.

Ainsi l'histoire se pérennise : les femmes stressées par des conditions de vie de plus en plus difficiles présentent un haut risque d'infarctus et sont susceptibles de donner naissance à des enfants eux-mêmes à haut risque cardiovasculaire. Cette réalité éclaire d'un jour nouveau la notion classique de risque cardiaque familial.

La prévention cardiovasculaire commence donc sans doute beaucoup plus tôt que nous ne l'imaginons. Protéger les femmes, les accompagner durant leur grossesse, protéger la petite enfance, ces missions semblent bien éloignées de l'infarctus du myocarde et pourtant la diminution de la mortalité cardiovasculaire passe sans doute par une prise en charge très précoce. Ceci est vrai pour l'infarctus, mais aussi pour bien d'autres pathologies chroniques comme le diabète.

Ainsi, sans aller jusqu'à dire qu'en matière d'infarctus du myocarde "tout se joue avant six ans", est-il intéressant de mettre en place des programmes de protection de la femme lors des grossesses, en particulier au sein des familles vulnérables.

C'est ce qui a été fait avec un certain succès dans le projet CAPDEP (Prononcez cape et d'épée !) en permettant de diminuer l'impact des phénomènes dépressifs survenus lors de la grossesse grâce à un suivi régulier (5). Ces interventions très précoces ont également l'avantage de sensibiliser les familles au développement psychique des tout petits qui pourront ainsi profiter d'un mode d'attachement plus sécure et répondre de façon plus adaptée au stress de la vie quotidienne (6).

En matière de prévention cardiovasculaire il semble urgent de mettre en œuvre la célèbre consigne prônée dans les naufrages : "les femmes et les enfants d'abord". Il reste cependant à espérer que cette formule devienne une réalité appliquée au quotidien en cardiologie et non un mythe. Une étude suédoise (7) très récente vient en effet de montrer, qu'en dehors de la catastrophe du Titanic en 1912 où 70% des femmes et des enfants furent sauvés contre 20% des hommes, dans tous les autres naufrages survenus depuis un siècle les femmes périssent 2 fois plus que les hommes et les enfants sont les laissés pour compte, seuls 15% d'entre eux parviennent à survivre.

Il faut espérer que les cardiologues masculins seront plus généreux que les capitaines de navire. Hommes, femmes, enfants, nous avons tous à y gagner.

#### Références :

1. Hermann D. Le coeur des femmes. Comprendre les maladies cardio-vasculaires pour mieux les combattre. Ed: Robert Laffont. Paris 2012.
2. États généraux vers un Plan Cœur : [www.plan-coeur.fr/](http://www.plan-coeur.fr/)
3. Barker DJ, Eriksson JG, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. Int J Epidemiol. 2002 Dec;31(6):1235-9
4. Laplante DP, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S. Project Ice Storm: prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 1/2-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(9):1063-72.
5. Tubach F, Greacen T, Saias T, Dugravier R, Ravaud P, Tereno S, Tremblay R, Falissard B, Guedeney A. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. BMC Public Health. 2012 Aug 13;12(1):648.
6. Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Quality of child-parent attachment moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Oct;49(10):1089-98.
7. Elinder M, Erixson O. Gender, social norms, and survival in maritime disasters. PNAS. 2012 Aug 14;109(33):13220-4.

*Prenez soin de vous...*

**Docteur MEDITAS**