

# La prévention cardiovasculaire des femmes

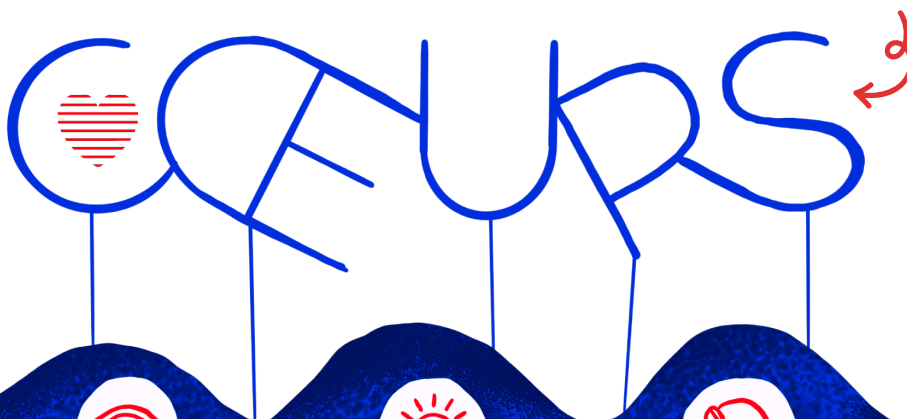
 Conseil National Professionnel  
CardioVasculaire

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 réprecise 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 ans<sup>1</sup>. Elles bénéficient moins souvent ou plus tardivement d'un accès aux soins intensifs cardiologiques, sont plus exposées aux complications aiguës et 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*



**C**ontrôler  
ses facteurs  
de risque  
cardionéuro-  
vasculaire

**O**eil  
ouvert sur les  
signes de l'infarctus  
du myocarde pour les  
femmes et leur  
entourage

**U**rgence  
à consulter  
en cas de gêne  
thoracique  
à l'effort

**R**éagir  
vite et appeler  
le 15 pour toute  
douleur thoracique  
> 20 minutes

**S**uivi  
régulier chez les  
patientes avec  
maladie cardio-  
neurovasculaire

# 1. Constats



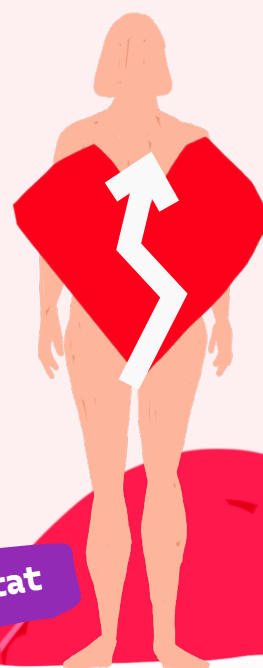
## 1<sup>er</sup> constat

### 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<sup>2</sup>.

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 hommes<sup>2</sup>. À titre de comparaison, 13 000 décès ont été recensés la même année par cancer du sein<sup>2</sup>. En France, les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires constituent les deux principales causes de mortalité cardiovasculaire<sup>3</sup>.

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<sup>ème</sup> 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 complications de grossesse, endométriose<sup>4,7</sup>, cancer du sein, 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 pays<sup>1</sup>.



### 3<sup>ème</sup> 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-fumeuse<sup>8</sup>, pour les moins de 50 ans ce facteur multiplicatif est de 13<sup>9</sup>, 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<sup>ème</sup> 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 tardivement<sup>10</sup>, elles sont moins fréquemment admises en unités de soins intensifs cardiologiques<sup>11</sup>, ont davantage de complications aiguës, ont une mortalité précoce plus élevée<sup>10,12</sup> et sont moins souvent adressées en réadaptation cardiovasculaire<sup>13</sup>. 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.



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



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



**Stress**



**Prise de toxiques**

© CNPCV © Créa : Camille Feuillet

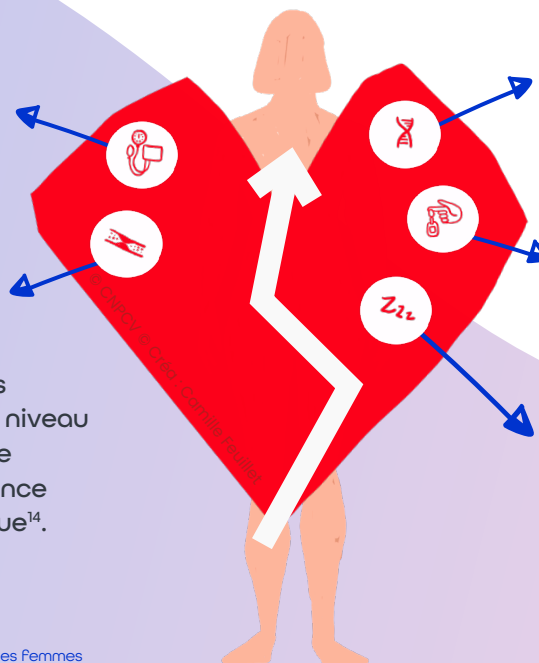
### 2.2 - Dépister régulièrement les facteurs de risque classiques

#### L'hypertension artérielle :

> 140 mm Hg et/ou 90 mm Hg en consultation, > 135 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 risque<sup>14</sup>.



#### Hérédité :

Parent au 1<sup>er</sup> 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.

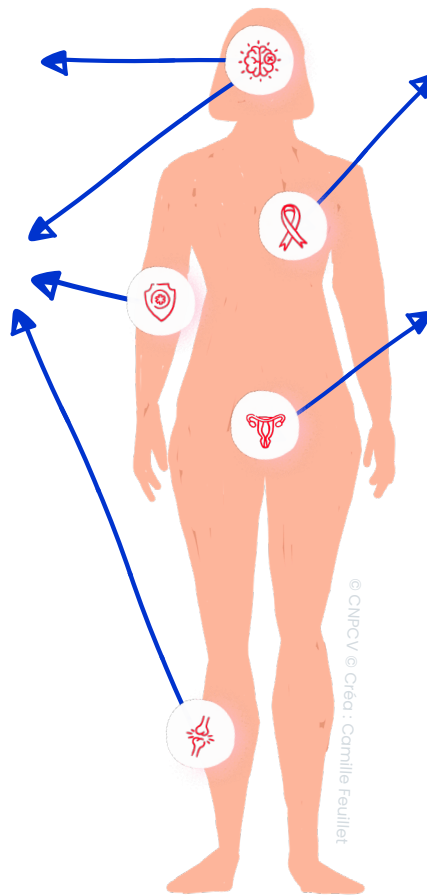
#### Les troubles du sommeil

## 2.3 - Rechercher les autres marqueurs et facteurs de risque

Liés à des maladies psychiatriques

Liés à des pathologies plus fréquentes chez les femmes<sup>15</sup> :

- 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).

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 émergents<sup>16</sup>

- Charge mentale
- Violence sexiste, sexuelle, physique et psychique
- Précarité socio-économique
- Pollutions

### 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 (SCORE 2, SCORE2OP, PREVENT...)
- **D'évaluer** régulièrement les facteurs de risque, lors des visites chez le médecin spécialisé en médecine générale ou autre professionnel de santé.
- **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 à 100 % par l'assurance maladie sans frais à avancer, 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<sup>17,18</sup>.

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 cas<sup>16</sup>, 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 les patientes à risque

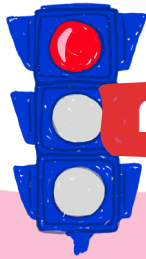
L'autonomisation et l'éducation de la population, et des femmes en particulier, est indispensable. Il faut :

- 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 réalités<sup>19</sup>



### Mythes

Les Femmes sont protégées contre les maladies cardiovasculaires...

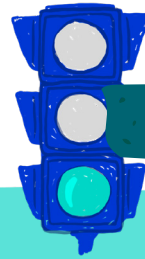
L'infarctus est moins mortel chez les Femmes.

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<sup>ème</sup> 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 jeunes Femmes 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/](http://www.cnpcv.org/index.php/le-cnpcv/travaux-du-cnpcv/)

- 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.
- 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.
- 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
- Manzo-Silberman S, Chabbert-Buffer 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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 Meta-registry, 2005-2012 patient-level pooled analysis. *Int J Cardiol*. 2018;262:1-8.
- Donataccio MP, Puymirat E, Parapid B, Steg PG, Eltchaninoff 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.
- Weizman O, Tea V, Marijon E, Eltchaninoff 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.