

LA SANTÉ CARDIAQUE DES FEMMES

SURVOL DE LA LITTÉRATURE

2001-2005

Édition produite par :

**Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale**

Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250

Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-89616-011-6

Recherche et rédaction : Josiane Michaud, MSc
Septembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION	9
LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE	11
LES FACTEURS DE RISQUE	21
LA PRÉVENTION PRIMAIRE	33
LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE DIAGNOSTIC	47
LE TRAITEMENT	57
INTERVENTIONS EN PRÉVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE	63
EXPÉRIENCE DE LA MALADIE	71
CONCLUSION	75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77

RÉSUMÉ

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès chez les femmes des pays industrialisés, toutefois les connaissances biomédicales dans ce domaine ont été principalement acquises grâce à des recherches menées auprès d'hommes dont on a ensuite généralisé les conclusions aux femmes. Les aspects psychosocial et environnemental des MCV chez les femmes sont également méconnus. Dans ce contexte, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2004) a proposé, dans son *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, d'effectuer un survol de la littérature afin de documenter les particularités des maladies cardiovasculaires chez les femmes pour ensuite cibler les mesures à prendre auprès des femmes et les formations à offrir aux professionnels de la santé.

Le présent survol de la littérature vise sept aspects de la santé cardiovasculaire des femmes : le contexte scientifique et épidémiologique, les facteurs de risque, la prévention primaire, la symptomatologie et le diagnostic, le traitement, les interventions en prévention secondaire et tertiaire ainsi que l'expérience de la maladie.

Contexte scientifique et épidémiologique

Bien que dans le cadre de plus en plus de recherches les échantillons comptent des femmes, ces dernières ne sont pas toujours représentées en nombre suffisant et les conclusions ne sont pas toujours présentées en fonction du genre ou selon les sous-groupes de la population des femmes. Afin d'acquérir des connaissances en matière de santé cardiaque spécifiques aux femmes, on souligne l'importance de fournir une interprétation physiologique, mais également psychosociale du problème. Pour se faire, on propose de mener simultanément des essais randomisés comprenant de larges échantillons de femmes, des recherches méthodiques, des méta-analyses, mais également des études de type qualitatif afin de documenter l'expérience de la maladie tel que les femmes la perçoivent et la vivent.

Les maladies cardiovasculaires seraient la principale cause de mortalité chez les femmes des pays industrialisés. Bien que l'on remarque depuis les vingt dernières années une diminution des taux de mortalité par MCV chez les femmes et les hommes, cette baisse serait moins rapide chez les femmes et ce taux aurait même tendance à augmenter dans leur cas. La majorité des MCV chez les femmes serait causée par les maladies coronariennes. De façon générale, le pronostic serait moins bon chez les femmes après une MCV et ce, principalement en ce qui a trait à la qualité de vie, aux limitations physiques, aux enjeux émotionnels et au sentiment d'impuissance face à la maladie.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque seraient sensiblement les mêmes chez les femmes et les hommes, à l'exception de l'âge et de la ménopause. Les signes cliniques des MCV apparaissent en moyenne dix ans plus tard chez les femmes que chez les hommes, et on associe la présence de co-morbidité et de mortalité par MCV à l'âge plus avancé. La période de la pré-ménopause constituerait un facteur de protection contre les MCV chez les femmes non diabétiques, alors que l'on chiffre le risque de MCV à dix après la ménopause comparativement à 4 chez les hommes du même âge. Pour ce qui est des autres facteurs de risque, c'est leur prévalence et leur importance qui varieraient en fonction du genre. Sur ce point, on retient que les femmes diabétiques sont particulièrement à risque de développer une MCV et de présenter de moins bons pronostics. On a mené peu d'études sur les facteurs de risque psychosociaux et ces dernières ne permettent pas pour l'instant de tirer de conclusions solides en ce qui concerne les liens entre la dépression, le stress, les traits de personnalité, les facteurs sociaux et économiques, le soutien social et le développement d'une MCV. On souligne également l'émergence de facteurs de risque tels que la présence d'un taux élevé de protéines C-réactive, d'homocystéine, de lipoprotéine a, mais les études effectuées ne permettent pas de tirer de conclusions fiables sur le rôle de ces biomarqueurs. Enfin, le faible degré de prise de conscience des femmes et des professionnels de la santé face à l'existence du problème des MCV chez les femmes serait, selon certains, un facteur de risque en soi puisqu'il est susceptible d'avoir une incidence sur la prévention, le diagnostic et le traitement des MCV au sein de cette population.

Prévention primaire

En général, peu de recherches ont permis de vérifier l'efficacité des interventions visant à améliorer le profil de risque des MCV dans la population des femmes, et on suggère aux professionnels de s'inspirer d'interventions jugées efficaces, par exemple les programmes pour cesser de fumer. Les comportements qui incitent les femmes à adhérer aux changements dans leurs habitudes de vie sont également méconnus. Toutefois, il semble que la première mesure à prendre en matière de prévention primaire des MCV serait de mieux sensibiliser les femmes et les professionnels de la santé à l'importance du problème des MCV et ce, en favorisant une communication positive entre tous les professionnels de la santé et les femmes. De plus, en amenant les femmes à être plus conscientes du risque de MCV, cela peut avoir une incidence sur les habitudes de vie des enfants et de la famille.

Symptomatologie et diagnostic

Pour l'instant, la littérature ne révèle aucun modèle unique et clair quant à la symptomatologie des MCV chez les femmes. La douleur à la poitrine demeure le symptôme le plus commun tant chez les hommes que chez les femmes, toutefois ces dernières présentent plusieurs autres symptômes dont les plus communs sont la dyspnée, les nausées, les vomissements, les indigestions, la fatigue, les douleurs aux bras et aux épaules, les troubles du sommeil et l'impression de manquer de souffle. Malgré le fait que la douleur à la poitrine soit le symptôme le

plus commun, on souligne que ce n'est peut-être pas le plus important dans le cas des femmes. En effet, la majorité des études visaient à établir une liste de symptômes plutôt que de déterminer le ou les symptôme(s) dominant(s) ou celui qui incite la femme à demander l'aide d'un médecin. Ce manque de connaissance général quant à la façon dont la femme perçoit, vit et interprète ses symptômes prodromiques et aigus n'est pas sans conséquence sur le délai d'apparition des symptômes, la reconnaissance de ces symptômes par la femme, la visite médicale, le diagnostic et le traitement. Il existe également certaines différences physiologiques entre les femmes et les hommes qui rendent le diagnostic plus complexe. On mène peu d'études sur l'exactitude des tests de diagnostic, elles sont parfois contradictoires et ne permettent pas pour l'instant de tirer des conclusions claires.

Traitement

Il y a peu d'études portant sur l'efficacité des traitements pour lesquelles les échantillons comprennent un nombre suffisant de femmes. Rien ne permet pour l'instant de confirmer qu'il existe une différence entre les genres en ce qui concerne les avantages tirés des différents traitements médicaux. Les données disponibles ne permettent pas non plus d'affirmer que les femmes sont moins traitées que les hommes pour leur problème cardiovasculaire. Toutefois, on souligne qu'il existe de plus grands délais de traitement chez les femmes et que ces dernières font l'objet de moins de traitements agressifs que les hommes. On explique cette différence par des raisons d'ordre physiologique, mais également par le niveau de prise de conscience des professionnels de la santé et des femmes face aux MCV, ce qui fait qu'on ne reconnaît pas immédiatement les symptômes et que les femmes se présentent à un stade beaucoup plus avancé de la maladie.

Prévention secondaire et tertiaire

La recherche dans ce domaine est embryonnaire et n'a pas encore permis de tirer de conclusion quant à l'efficacité des interventions en réhabilitation et à l'adhérence des femmes à de saines habitudes de vie après un épisode de MCV. Toutefois, on remarque que le taux de participation des femmes aux programmes de réhabilitation est faible et que le taux d'abandon à ces programmes est élevé. Cependant, on en sait peu sur les facteurs qui influencent leur participation. Dans les quelques études menées sur le sujet, les femmes indiquent que les facteurs suivants favorisent leur adhésion aux bonnes habitudes de vie : le renvoi par le médecin, les encouragements des professionnels de la santé et le soutien de la famille, particulièrement celui des enfants. Enfin, on ne sait pas si les femmes et les hommes répondent différemment aux mêmes interventions ou stratégies de réhabilitation et on souligne l'importance de tenir compte de la multiplicité des besoins et des expériences des femmes dans ce domaine.

Expérience de la maladie

Il n'existe pour ainsi dire aucune étude de type qualitatif visant à explorer la perception des femmes relativement à leur expérience après une MCV, c'est d'ailleurs ce que dénonce de plus en plus la littérature. On retient des quelques recherches menées sur le sujet une convalescence caractérisée chez la femme par le besoin de protéger sa « propre personne » et de réduire le plus possible les tensions créées par ses besoins et ceux de la famille et des proches. Le soutien des paires faciliterait la convalescence lorsque l'on définit clairement les attentes et le rôle de chaque membre de la famille quant au processus de réhabilitation, et lorsque les stratégies utilisées par les professionnels visent à donner un sens à l'incident et sont centrées sur l'acceptation de soi.

Conclusion

La santé cardiaque des femmes est un domaine de recherche relativement peu exploré dans lequel il faut effectuer des recherches quantitatives comprenant de larges échantillons de femmes et dont les données sont présentées selon le genre, mais aussi des recherches qualitatives dans le cadre desquelles on détermine les perceptions et l'interprétation des femmes relativement à leur expérience après une MCV. C'est également un domaine de recherche complexe où il faut établir un équilibre entre l'analyse de la population, les expériences multiples des femmes et le caractère unique de chaque cas. S'il est un fait à retenir après ce survol de la littérature et sur lequel les interventions devraient d'abord être centrées, c'est probablement la faible prise de conscience des femmes et des professionnels de la santé quant au risque de MCV dans la population des femmes. Sensibiliser les femmes pourrait avoir une incidence positive sur leur intérêt et leur motivation à apporter des changements dans leur profil de risque, sur leur capacité à reconnaître les symptômes, à demander l'aide d'un médecin en raison de ces symptômes et à intégrer les connaissances acquises en prévention secondaire et tertiaire. Sensibiliser les professionnels de la santé pourrait avoir une incidence sur leur conformité aux lignes directrices en matière de prévention primaire des MCV, sur le diagnostic rendu et le délai de traitement ainsi que sur le renvoi à un programme de réhabilitation et l'encouragement à y participer. Enfin, il s'agit d'un domaine de recherche en plein changement d'où la nécessité de se tenir au courant des développements scientifiques et de contribuer à l'acquisition de nouvelles connaissances et ce, afin de mieux documenter les particularités de la santé cardiaque des femmes.

INTRODUCTION

Le *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007*, publié par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2004) (ci-après appelée Agence), fait état de la spécificité de la condition des femmes sur des problèmes de santé physique, mentale et sociale. Les maladies cardiovasculaires constituant la principale problématique en santé physique, on indique qu'il faut acquérir plus de connaissances en ce qui concerne les différences qu'elles présentent selon que l'on est homme ou femme. À cette fin, le plan d'action prévoit, dans un premier temps, la recension des écrits sur les particularités des maladies cardiovasculaires chez les femmes pour ensuite cibler des activités à mettre en œuvre auprès des femmes et des séances de formation à offrir au personnel.

On souligne dans le plan d'action que la recherche sur les MCV a été effectuée principalement auprès de sujets masculins et que cela a eu une incidence sur la compréhension des causes des MCV chez les femmes, l'exactitude du diagnostic, l'efficacité du traitement et la prévention des MCV. C'est principalement ce que l'on souhaite documenter par le présent survol de la littérature.

Dans un premier temps, on présente les objectifs, la démarche préconisée ainsi que la définition des principaux concepts utilisés. Ce document aborde ensuite sept aspects de la santé cardiaque des femmes : le contexte scientifique et épidémiologique, les facteurs de risque, la prévention primaire, la symptomatologie et le diagnostic, le traitement, les interventions en prévention secondaire et tertiaire ainsi que l'expérience de la maladie.

LES OBJECTIFS ET LA DÉMARCHE

Objectifs

Ce survol de la littérature consiste en une analyse d'articles scientifiques, de textes de réflexion ou de revues systématiques dans lesquels on tente d'expliquer la spécificité de la santé cardiaque des femmes. Il vise également à définir les aspects biologiques, psychosociaux et environnementaux propres à la santé cardiaque des femmes. Dans ce contexte, ce survol constitue un outil de départ afin de cibler les interventions préventives, curatives et organisationnelles des services de santé auxquelles il faut absolument mieux intégrer la réalité féminine. Enfin, l'objectif de ce survol de la littérature consiste à définir l'état général des connaissances sur la question et à fournir les références nécessaires à une exploration plus approfondie de certains aspects. Considérant que la littérature sur la santé cardiaque des femmes est en pleine effervescence et qu'on acquière constamment de nouvelles connaissances, le caractère essentiel d'autres recensions des écrits est indéniable si l'on veut explorer plus en profondeur chacun des aspects de cette problématique.

Ce survol de la littérature se veut, par définition, général et accessible à tous les types d'intervenants qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux puisqu'il s'adresse généralement aux femmes.

Démarche et limites de l'étude

Les articles ou textes ont été répertoriés dans les bases de données MEDLINE, CINHALL, CURRENT CONTENTS et COCHRANE. Selon la stratégie de recherche utilisée pour interroger les bases de données, nous avons tout d'abord limité la recherche aux articles publiés entre janvier 2001 et janvier 2005 et nous avons ensuite utilisé des mots clés libres en texte, de même que le nombre d'articles trouvés et ceux dont les résumés ont été lus. De ceux-ci, 48 textes ont été retenus.

La sélection des mots clés et, par conséquent, des sujets que couvre ce survol de la littérature, a été effectuée par une équipe de l'Agence et la chercheure. Toutefois, ces mots clés ont généré une quantité importante d'articles, et afin de réduire l'ampleur du projet de recherche, des critères ont été retenus afin de décider si un article était intégré ou non à ce survol de la littérature. Ainsi, l'article devait aborder une problématique liée à la santé cardiaque dans une perspective féminine, l'échantillon utilisé devait comprendre des femmes et des hommes et les résultats devaient être présentés en fonction du genre (par sous-groupes). Enfin, le document devait privilégier les articles qui abordaient la prévention primaire, la prévention secondaire, le diagnostic, le traitement et l'expérience de femmes qui ont des problèmes de santé cardiaque. C'est donc à ce niveau que se situe la principale faiblesse de ce document puisque ces critères de sélection étaient insuffisants et laissaient une grande discrétion à la chercheure pour choisir ou non un article. De plus, la sélection des articles, en fonction de ces

critères, n'a pas été examinée par un deuxième chercheur, ce qui limite considérablement l'exhaustivité de la recherche documentaire. Il est également important de mentionner que seuls les articles qui ont fait l'objet d'une publication dans des revues scientifiques répertoriées dans ces bases de données ont été inclus. Ainsi, on n'a pas retenu les textes publiés dans d'autres bases de données, rédigés dans d'autres langues que l'anglais ou le français, ceux publiés avant janvier 2001, ceux qui ne traitent pas spécifiquement de la santé cardiaque des femmes (selon l'expérience des femmes ou dans une perspective comparative entre les genres). De plus, on a également retenu que les textes dont la version intégrale était disponible dans les bases de données au moment de la recherche et ceux dont la publication ne faisait pas l'objet d'un embargo de la part de revues. Enfin, les références citées dans chacun des articles retenus n'ont pas été consultées.

Tel que mentionné précédemment, l'objectif de ce document est donc d'offrir un survol général de la problématique afin de cibler les domaines où une exploration approfondie est nécessaire.

On a trouvé la majorité des 48 articles sélectionnés dans des revues de littérature ou des revues systématiques de la littérature (25 articles). On retrouve 20 études empiriques dont 15 sont de type quantitatif, trois de type qualitatif et deux qui font appel à une méthode à la fois qualitative et quantitative. Les études empiriques ont été effectuées à différents endroits : onze aux États-Unis, six au Canada, une en Australie, une en Israël et une en Italie. Enfin, deux articles décrivent des programmes mis en œuvre pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé cardiaque et dans un autre on interprète les conclusions de différents articles selon un cadre théorique féministe.

Une première version du rapport, rédigée en fonction de ces 48 articles, a fait l'objet d'une révision par une chercheure de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie qui a suggéré l'introduction de quatre articles additionnels publiés à l'intérieur de la période couverte par ce survol de la littérature (janvier 2001 – janvier 2005). Ces articles ont donc été ajoutés au document afin d'en enrichir le contenu.

Définition des principaux concepts

Tel que le précise le Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007, la santé des femmes fait référence à une synergie complexe entre les aspects biologiques, les comportements en matière de santé ainsi que le contexte socio-économique et historique dans lequel les femmes évoluent. Dans la même ligne de pensée, inscrire des travaux dans une perspective comparative entre les genres signifie qu'il faut se donner un outil analytique pour déterminer les particularités biologiques, sociales, culturelles, économiques et historiques des femmes et des hommes, mais aussi pour définir comment ils interagissent et construisent leurs réalités sociales (Condition féminine Canada, 1998).

De plus, la santé cardiaque est un terme qui couvre de multiples réalités et qui sera utilisé ici comme synonyme de maladie cardiovasculaire (MCV) qui elle, est définie ainsi : « maladie ou lésion touchant l'appareil cardiovasculaire, qu'il s'agisse du cœur, des vaisseaux sanguins approvisionnant le cœur ou du réseau de vaisseaux sanguins (artères et veines) dans tout le corps et à l'intérieur du cerveau » (Fondation des maladies du cœur, 2005). Quant à la maladie coronarienne (cardiopathie ischémique), il s'agit d'une des plus courantes manifestations de la maladie cardiovasculaire, elle provoque un ou plusieurs rétrécissements d'une artère coronaire (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000). Toutefois, les auteurs des articles qui ont fait l'objet de ce survol de la littérature précisent rarement ce qu'ils considèrent une maladie cardiovasculaire ou une maladie coronarienne. Dans ces circonstances, rien ne permet d'affirmer que ces termes réfèrent toujours aux mêmes réalités.

Contexte scientifique

La majorité des articles consultés font le constat suivant : la recherche sur les MCV visait principalement des sujets masculins et ces résultats ont ensuite été généralisés aux femmes (Duvall, 2003). Ainsi, bien que les MCV soient la première cause de mortalité chez les femmes, les soins médicaux sont basés sur des preuves obtenues par des essais cliniques menés essentiellement auprès d'hommes. On estime que la proportion de femmes dans les recherches sur les MCV est d'environ 20 %, ce qui limiterait la capacité de la communauté scientifique à trouver des solutions à leurs problèmes particuliers (Duvall, 2003). De surcroît, les femmes âgées seraient encore moins représentées dans les études (Opasish & al., 2004). Bien que depuis les dernières années, les femmes soient incluses dans les essais cliniques en nombre suffisant, on dit que très peu de recherches examinent les résultats en fonction du genre ou selon des sous-populations de femmes et d'hommes (Grady & al., 2003; Grady, Chaput & Kristof, 2004).

Ces constats sont également ceux de Johnson et son équipe (2003) qui ont étudié les travaux de trois groupes de la Cochrane Library (le Heart Group, le Hypertension Group et le Peripheral Vascular Disease Group). Ils ont examiné comment 30 revues systématiques ont abordé les différences entre les genres et la mesure dans laquelle les données se rapportant aux traitements des MCV sont applicables ou non aux femmes. Ils ont conclu que les femmes comptent pour 27 % de la population étudiée dans ces revues systématiques. Des 196 essais cliniques composant ces revues systématiques, 64 ont été conduits dans le but d'effectuer des analyses fondées sur le genre. De ces 64 études fondées sur le genre, 12 abordent des conclusions selon lesquelles il existe une différence significative entre les problèmes propres aux femmes et ceux propres aux hommes. Enfin, seulement trois des 30 revues systématiques contenaient une description des différences possibles entre les genres.

Dans une revue systématique de la littérature effectuée par Grady et son équipe (2003), cinq grands thèmes déterminés par 42 enjeux spécifiques aux MCV chez les femmes ont été documentés (entre 1985 et 2001). Selon les auteurs, aucune donnée n'a été répertoriée pour 13 des 42 enjeux spécifiques, on a recueilli peu de données sur 15 enjeux, on a obtenu des données justes pour huit enjeux et de bonnes données pour six enjeux. En général, il n'existe aucune preuve sur les différences dans l'exactitude des tests de diagnostic, l'impact des facteurs de risque, les effets des traitements, la valeur prédictive des marqueurs pour l'ischémie chez les femmes de différentes ethnies ou races.

Enfin, McCormick et Bunting (2002) ont analysé au hasard neuf recherches qualitatives qui traitent des MCV chez les femmes en utilisant un modèle d'analyse critique féministe. Les auteurs cherchaient à savoir si les articles répondaient à cinq critères. Tout d'abord, en quoi la recherche bénéficie-t-elle aux femmes, et dans quelle mesure a-t-on tenu compte de l'expérience des femmes, de leurs idées et de leurs besoins. Selon les auteurs, les neuf recherches évaluées répondaient à ces deux critères. Un autre critère était de savoir si on y aborde des situations oppressantes pour les femmes. Les auteurs affirment que les neuf articles faisaient référence aux préjugés liés au genre ou au fait que les médecins ne prennent pas au sérieux les sentiments et symptômes des femmes du simple fait qu'elles sont des femmes. On examine également l'oppression liée aux comportements des hommes lorsqu'ils empêchent les femmes d'apporter des changements dans leur style de vie ou lorsqu'ils confinent le rôle de la femme dans un système patriarcal en la poussant à reprendre le plus vite possible ses responsabilités ménagères selon la tradition. Quant au quatrième critère, l'article tenait-il compte de la diversité humaine, ce critère a été bien exploité dans ces neuf articles dont les auteurs étaient sensibles aux différentes expériences des femmes. Pour ce qui est du cinquième critère, la présentation des points forts des femmes, aucune étude n'en a expressément fait état. Dans la plupart des études, on mettait plutôt l'accent sur les difficultés et les faiblesses des femmes relativement à leur vécu. Enfin, en ce qui concerne le sixième critère, l'engagement des professionnels en ce qui concerne les changements que les femmes doivent apporter, aucune étude n'a abordé le sujet explicitement. Selon les auteurs de cette analyse, en général, les articles n'ont pas permis de cerner comment une femme peut se rétablir d'une MCV en tant que femme.

Le contexte scientifique aurait donc contribué à l'élaboration d'un corpus de connaissances sur les MCV centré sur les expériences des hommes. Depuis une dizaine d'années, on mène de plus en plus d'études en se souciant d'y faire participer suffisamment de femmes ayant vécu différentes expériences, mais peu de comptes rendus de données tiennent compte du genre ou des sous-groupes tels que les femmes de minorités ethniques ou de milieux défavorisés. Il semble qu'il n'y ait pas un aspect des MCV pour lequel on possède suffisamment de connaissances en ce qui concerne les femmes.

Contexte épidémiologique

Le contexte épidémiologique présenté ici est celui documenté dans les articles consultés. Il sera question de la prévalence et de l'incidence des MCV chez les femmes, ainsi que de la mortalité et de l'hospitalisation qui y sont liées. On examinera également les sous-populations de femmes particulièrement à risque en ce qui concerne les MCV et les comparaisons à l'échelle internationale. On abordera ensuite certaines présentations cliniques et certains pronostics à la suite d'une MCV chez les femmes.

Prévalence et incidence

Tout d'abord, dans ce document, la prévalence est définie comme étant « la proportion des personnes affectées par une maladie à un moment donné dans une population, définie ici comme étant le nombre de cas de MCV à un moment donné au sein d'une population » (Beaucage & Bonnier Viger, 1996 : 539). En ce qui concerne l'incidence, elle est définie comme le nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant pendant une période donnée et constitue un indice de la rapidité de propagation d'une maladie (Beaucage & Bonnier Viger, 1996 : 537).

La prévalence de MCV serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Bittner, 2002). Toutefois, les projections suggèrent pour leur part que le nombre de femmes souffrant de MCV augmentera de 28 % entre 1995 et 2016 (Wong, 2002). On ajoute que la prévalence et l'incidence des MCV seraient les mêmes chez les femmes que chez les hommes après la ménopause (Cheek, 2003). D'autres études suggèrent que l'incidence des MCV chez les femmes et les hommes est la même à partir de 75 ans (Jneid & Thacker, 2001; Hansen, 2003). On remarque également que l'incidence des maladies coronariennes chez la femme a diminué depuis les deux dernières décennies, mais cette diminution serait moins rapide chez les femmes que chez les hommes (Jneid & Thacker, 2001; Bello & Mosca, 2004).

Mortalité par MCV

Dans une grande majorité des articles consultés, les auteurs introduisent leur sujet en mentionnant que les MCV constituent la principale cause de mortalité chez les femmes (Grady & al., 2003; Mercurio & Rosano, 2003; Hayes, Weisman & Clark, 2003; Hansen, 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003; Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). On ajoute que plus de la moitié des femmes vivant dans les pays industrialisés mourront à la suite d'un événement cardiovasculaire (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). Il semble donc que la plupart des MCV chez les femmes sont causées par des maladies coronariennes (Bello & Mosca, 2004) et qu'elles constituent la principale cause de décès chez les femmes canadiennes, en 1995, car elles sont responsables de 41 % de tous les décès annuels (Arthur, Wright & Smith, 2001). Quant au nombre, plus de femmes que d'hommes sont décédés en raison d'une MCV depuis 1984 (Jneid & Thacker, 2001) et ce nombre de décès continue d'augmenter chaque

année (Lefler, 2002). Malgré une baisse de l'incidence des MCV chez les femmes depuis les dernières décennies, le nombre total de femmes qui meurent d'une MCV chaque année continue d'augmenter dû au vieillissement de la population (Duvall, 2003; Modena, Nuzzo & Rossi, 2003; Bello & Mosca, 2004).

Somme toute, les taux de mortalité par MCV ont diminué depuis les deux dernières décennies, mais cette baisse serait plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002; Cheek, 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003; Hugues & Hayman, 2004). Pour sa part, Duvall (2003) indique que le taux de mortalité par MCV chez les femmes aurait présentement tendance à augmenter.

Dans l'esprit des femmes, le cancer du sein demeure leur principal problème en matière de santé alors qu'en réalité, une femme est huit fois plus susceptible de mourir d'une MCV que du cancer du sein (Krummel & al., 2001; Jneid & Thacker, 2001; Hugues & Hayman, 2004).

Hospitalisation

Les MCV sont les principales causes d'hospitalisation pour les hommes et les femmes (excluant les grossesses et les naissances) (Gallagher, McKinley & Dracup, 2003). Elles étaient la cause de 21 % de toutes les admissions à l'hôpital de femmes canadiennes de plus de 50 ans en 1999 (les taux sont encore plus élevés chez les femmes plus âgées). Au Canada, plus de 70 000 femmes sont hospitalisées pour des problèmes cardiaques chaque année (McCormick Bunting, 2002). De plus, la durée moyenne des séjours à l'hôpital des femmes aux fins de convalescence, à la suite d'une MCV, surpasserait celle des hommes (Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004).

Sous-populations à risque

De façon générale, les risques de MCV sont les mêmes chez les femmes caucasiennes ou noires, mais le taux de décès par MCV serait plus élevé chez les femmes noires (Bittner, 2002) et hispaniques (Jneid & Thacker, 2001). Le taux de décès par maladies coronariennes chez les femmes afro-américaines serait 69 % plus élevé que chez les femmes caucasiennes (Bello & Mosca, 2004). Les femmes immigrantes de l'Asie du Sud ont les taux de malaises cardiovasculaires ischémiques (angine) les plus élevés parmi les femmes canadiennes. Les taux de prévalence des MCV chez les femmes noires (auto rapportés) seraient de 7,3 % comparativement à 2,8 % chez les hommes noirs.

La littérature indique également qu'il existe une prévalence de facteurs de risque de même qu'un taux d'hypertension et de diabète plus élevés chez les femmes afro-américaines, que les délais pour cerner les risques individuels sont plus longs dans le cas de ces femmes et qu'elles ont un accès limité aux soins cardiovasculaires (Bello & Mosca, 2004).

Comparaisons internationales

Grace et ses collaborateurs (2004) sont les seuls à avoir proposé, dans le cadre de leur étude, d'analyser les MCV en effectuant des comparaisons internationales (données de l'OCDE). Ainsi, le taux de mortalité par MCV est environ deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais dans plusieurs pays, le nombre de décès par MCV chez les femmes est semblable à celui des hommes dû à une espérance de vie plus longue chez les femmes.

Présentations cliniques

Plusieurs études ont montré que les MCV n'étaient plus des maladies d'hommes, et ce, particulièrement depuis que la Framingham Study (1986) a rapporté que deux tiers des morts subites survenaient chez les femmes sans antécédent de MCV (Wong, 2002). Après la Framingham Study, d'autres études ont permis d'enrichir les connaissances sur les signes cliniques les plus susceptibles d'être présents chez les femmes.

Plusieurs études rapportent que l'angine de poitrine serait la manifestation des MCV la plus commune chez la femme comparativement à l'infarctus du myocarde ou à la mort subite chez l'homme (Jneid & Thacker, 2001; Bello & Mosca, 2004). À ce sujet, Wenger (2003) rapporte que certaines études soutiennent que le risque de mort subite est plus élevé chez les jeunes femmes que chez les femmes plus âgées. Ce n'est toutefois pas l'avis de tous les auteurs puisque l'on rapporte également que, dans les cas de mort subite, les femmes qui en sont victimes sont âgées d'environ 20 ans de plus que les hommes (Bittner & Sanderson, 2003).

Quant aux maladies ischémiques, près de 20 000 femmes canadiennes en meurent chaque année (McCormick & Bunting, 2002). La prévalence d'angine vasospastique (syndrome X)¹ et d'angine microvasculaire serait plus grande chez les femmes (Jneid & Thacker, 2001). Hansen (2003) ajoute que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'angine récurrente, d'être victime d'un infarctus péri-opératoire, de souffrir d'insuffisance cardiaque (l'auteur ne précise pas si c'est après un infarctus), d'une revascularisation incomplète et de la resténose (l'auteur ne précise pas si c'est après une procédure de revascularisation). Il y a également une plus grande incidence d'infarctus non trans-mural et d'infarctus cliniquement silencieux chez les femmes (Jneid & Thacker, 2001). De plus, les femmes pré-ménopausées seraient victimes d'un infarctus du myocarde ou d'angine instable surtout pendant les menstruations (19 femmes sur 27) plutôt qu'à un autre moment du cycle menstruel (8 femmes sur 27) (Hamelin, Arsenault, Poirier & Bogaty, 2003).

¹ Dans cet article, l'angine vasospastique et le syndrome X sont associés aux mêmes réalités alors que l'angine vasospastique est un spasme des artères coronaires causant une réduction marquée du diamètre et amenant une douleur ischémique et le syndrome X, un syndrome qui s'observe chez un patient qui présente des symptômes d'angine et des altérations ischémiques à l'échocardiogramme lors de tests d'effort ou lors de l'administration de médicament sans évidence de lésions au niveau des coronaires.

En ce qui concerne l'insuffisance cardiaque, une étude de cohorte menée par Opasich et son équipe (2004), auprès d'un échantillon de 1 000 femmes et de 1 127 hommes, a permis d'obtenir un portrait assez clair de la femme qui souffre d'insuffisance cardiaque. Selon ces auteurs, elle est plus âgée et fragile, elle présente une insuffisance cardiaque plus avancée, elle a probablement été dirigée vers le département de médecine interne plutôt qu'en cardiologie, elle fait probablement moins l'objet de procédures de diagnostic ou thérapeutiques et de traitements pharmacologiques. Elle présente un risque relativement faible de mortalité en milieu hospitalier, mais il y a une plus forte probabilité qu'elle soit rapidement réadmise.

Les femmes de tous âges sont moins susceptibles de souffrir d'une maladie coronarienne obstructive que les hommes. La prévalence de MCV étant moindre, la certitude du diagnostic est plus faible et la probabilité d'obtenir des résultats faux positifs est plus élevée lors de test de diagnostic comme un ECG d'effort (Wenger, 2003).

Enfin, deux fois plus souvent, on diagnostique des troubles de l'humeur et d'anxiété chez les femmes de toute race et ethnie que chez les hommes (Hansen, 2003). Toutefois, les articles consultés n'ont pas permis de mesurer la prévalence des troubles de l'humeur et d'anxiété chez les femmes souffrant d'une MCV.

Pronostics

Les conclusions d'études récentes rapportées par Arthur et ses collaborateurs (2001) montrent que les MCV auraient de graves conséquences physiques, psychologiques et sociales chez les femmes, et que ces conséquences seraient différentes selon le genre de maladie cardiovasculaire. En effet, la qualité de vie des femmes serait moins bonne après une MCV et on pourrait observer chez elles plus de symptômes psychosomatiques et de troubles du sommeil (McCormick & Bunting, 2002; Hugues & Hayman, 2004). De plus, comparativement aux hommes souffrant de MCV, le pourcentage de douleur chronique est plus élevé chez les femmes, leurs limites physiques sont plus grandes et elles sont plus impuissantes face à leur maladie (McCormick & Bunting, 2002). Ainsi, bien qu'il y ait eu d'importantes améliorations apportées dans les méthodes de diagnostic et de traitement des MCV au cours des dernières décennies, le taux de mortalité n'a pas diminué dans la même mesure en ce qui concerne les femmes. On prétend également que le fardeau, que représentent les MCV, devient présentement de plus en plus lourd au sein de cette population (Hayes, Weisman & Clark, 2003; Hansen, 2003).

L'étude de King (2001) visait précisément à cibler, dans la littérature, les enjeux psychologiques (perception générale de la santé mentale, dépression et anxiété) et fonctionnels pour les femmes après un pontage ou un infarctus. Ainsi, des dix études menées afin de comparer le taux de dépression chez les femmes et les hommes,

cinq ont rapporté de plus hauts taux chez les femmes, deux de plus faibles taux et trois ont rapporté qu'il n'existait aucune différence entre les genres. Quatre études ont rapporté un plus haut taux de dépression chez les femmes après un infarctus et quatre ont indiqué n'avoir observé aucune différence. Quant au niveau d'anxiété à la suite d'un pontage, une étude a relevé un taux plus élevé chez les femmes, une autre a révélé un taux plus bas et une étude n'a révélé aucune différence. Les résultats de quatre études ont révélé qu'après un infarctus, le taux d'anxiété était plus élevé chez les femmes et dans quatre, on n'a relevé aucune différence. En général, les niveaux d'anxiété étaient modérés tant chez les femmes que chez les hommes. Dans les études où l'on documentait les changements qui surviennent avec le temps, on a observé que les niveaux de dépression et d'anxiété diminuaient avec le temps, mais que le niveau de santé mentale en général lui augmentait avec le temps pour les femmes et les hommes, et ce, jusqu'à six mois après l'événement cardiaque. Deux études ont montré que la santé mentale générale après un pontage s'améliorait dans une mesure plus grande chez les femmes que chez les hommes, suggérant que les femmes tirent de plus grands avantages psychologiques à la suite de cette chirurgie (King, 2001).

En ce qui concerne les enjeux fonctionnels après un pontage, dans six études, on a rapporté chez les femmes un taux de dysfonctionnement plus élevé dans les déplacements et un taux d'activité physique plus faible que chez les hommes, bien que dans quatre études, on n'ait signalé aucune différence. Dans le cadre de quatre études, on a observé un taux d'activité physique ou un état fonctionnel plus faible chez les femmes que chez les hommes. En règle générale, on observe rapidement les différences entre les genres après l'événement cardiaque, mais elles disparaissent dans les six mois. Dans plusieurs études, les femmes ont indiqué plus fréquemment que les hommes qu'elles avaient dû interrompre leurs tâches familiales. Les femmes qui ont subi un pontage ont rapporté qu'elles utilisaient les tâches ménagères pour mesurer leur niveau d'activité alors que les hommes suivent plutôt les directives d'un professionnel. Les femmes vont effectuer les tâches ménagères en insistant que cela ne constitue pas du travail. Sur ce point, la littérature suggère que les femmes ne sont pas prêtes à se distancier de leurs rôles traditionnels même si elles ne se sentent pas bien physiquement (King, 2001).

Infarctus du myocarde

Les conclusions des études visant à documenter le pronostic des femmes à la suite d'un infarctus révèlent qu'il serait moins bon que celui des hommes. Les plus grandes disparités entre les sexes seraient liées à la morbidité et à la mortalité résultant d'un infarctus du myocarde (Duvall, 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003). Les risques de létalité 30 jours après un infarctus du myocarde et un an après sont deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Duvall, 2003; Wenger, 2003). Les facteurs explicatifs suggérés dans la littérature sont les suivants : dans le cas d'un infarctus, les femmes sont plus âgées, les risques de comorbidité et de complications sont plus élevés, elles attendent plus longtemps avant de se présenter à l'urgence, les professionnels de la santé croient qu'il existe un risque moins élevé d'infarctus chez les femmes, et les symptômes sont plus atypiques et

éphémères (Duvall, 2003). Même si cela serait attribuable au fait qu'elles sont plus âgées lors d'un infarctus et que l'incidence de comorbidité augmente également avec l'âge, on a remarqué un taux de décès plus élevé chez les femmes moins âgées lors de l'hospitalisation que chez les hommes du même âge (Wenger, 2003; Bello & Mosca, 2004). Le taux de complication chez les femmes serait également plus élevé à l'hôpital dans le cas d'un infarctus (accident vasculaire cérébral, saignements, rupture cardiaque, etc.) (Jneid & Thacker, 2001). D'autres études ont montré que dans les six années qui suivent un infarctus documenté, 31 % des femmes auront un autre infarctus, 34 % développeront de l'angine, 20 % une insuffisance cardiaque et 6 % mourront subitement (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001; Bello & Mosca, 2004). De plus, il y aurait une plus grande incidence de complications hémorragiques graves chez les femmes après un traitement avec un agent thrombolytique, un traitement qu'elles reçoivent d'ailleurs moins fréquemment que les hommes (Hansen, 2003). Le risque de développer une insuffisance cardiaque congestive dans les 10 années suivant un infarctus serait plus élevé chez les femmes (Hansen, 2003). Enfin, le taux de dépression après un infarctus serait deux fois plus élevé chez les femmes et aurait une incidence sur leur taux de mortalité (Wenger, 2003). Enfin, le pronostic serait moins bon chez les jeunes femmes ayant souffert d'un infarctus que chez les jeunes hommes, peut-être parce qu'elles vont chercher de l'aide médicale plus tard que les hommes. Comparativement aux hommes, plus la femme est jeune lorsqu'elle a un infarctus, moins elle est susceptible d'y survivre.

Au cours de l'année suivant un infarctus du myocarde, non seulement les femmes présentent un plus grand risque de mortalité ou de rechute, mais elles seraient également moins actives physiquement, sexuellement et socialement que les hommes. Les femmes présenteraient des niveaux de dépression et d'anxiété plus élevés suite au diagnostic de maladies coronariennes, elles retourneraient moins souvent au travail, expérimenteraient plus de symptômes et rapporteraient de plus faibles niveaux de satisfaction quant au soutien social obtenu pendant la convalescence (Fleury, Sedikides & Lunsford, 2001).

LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque de MCV ont fait l'objet d'une vaste littérature, bien qu'il y ait encore peu d'études dont l'échantillon de femmes est suffisant et qui fournissent des données fondées sur le genre. Sur ce point, selon Grady et son équipe (2003), seulement de faibles preuves permettraient d'associer de façon spécifique les facteurs de risque aux femmes, mais cela est d'abord dû au fait que, dans le cadre des études, on n'a pas examiné l'ampleur de ces facteurs et que très peu d'études de qualité ont été menées auprès des femmes. Duvall (2003), dans sa revue de la littérature, ajoute que ce n'est pas tant les types de facteurs de risque qui diffèrent entre les hommes et les femmes mais leur prévalence et leur importance relatives, ça serait le cas particulièrement pour le diabète et l'hypertension.

Les facteurs de risque sont généralement classés en fonction de leur caractère modifiable ou non ou selon leur nature biologique, comportementale ou psychosociale. Il y aurait plus de 200 facteurs de risque connus de maladies coronariennes, et ce nombre ne cesserait d'augmenter (Bello & Mosca, 2004).

Des 48 articles retenus pour ce survol de la littérature, six ont pour objet principal un ou plusieurs facteurs de risques de MCV chez les femmes, et dans 14 articles, on a fait qu'un survol de cette question. Ils traitent des principaux facteurs de risque non modifiables et modifiables, des facteurs psychologiques et psychosociaux, des facteurs de risque qualifiés d'émergents dans la littérature ainsi que de la présence de plusieurs facteurs de risque chez une femme.

Facteurs de risque non modifiables

L'âge

De façon générale, les femmes sont plus âgées que les hommes lors d'un épisode de MCV. Chez les femmes naturellement ménopausées, les signes cliniques des maladies coronariennes et les décès surviennent en moyenne 10 ans plus tard que chez les hommes (Bittner & Sanderson, 2003; Duvall, 2003; Wenger, 2003). L'âge avancé est lié à une plus grande comorbidité et, par conséquent, à la mortalité causée par une MCV (Bello & Mosca, 2004).

Il semble que la pré-ménopause soit un facteur de protection contre les MCV (Cheek, 2003) sauf chez les jeunes femmes diabétiques. Toutefois, après la ménopause, une série de changements métaboliques et hémodynamiques annuleraient les effets protecteurs des hormones sexuelles et accéléreraient le développement de maladies coronariennes, de l'hypertension artérielle et de l'instabilité vasomotrice périphérique (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003). Après la ménopause, on rapporte une augmentation du risque de maladie coronarienne qui serait

évaluée à près de 10 comparativement à un risque de 4,6 chez les hommes du même âge (Duvall, 2003). On rapporte également une augmentation du risque de mortalité par MCV après la ménopause (Assaf & al., 2003). Toutefois, la relation entre la ménopause, la morbidité et la mortalité par MCV fait l'objet de controverse. En effet, Bittner (2002) souligne que le taux de mortalité n'augmente pas plus rapidement après la ménopause naturelle et que l'augmentation du risque de MCV observée chez les femmes ménopausées naturellement, mais prématurément, s'expliquerait par un facteur trompeur, le tabagisme. D'autres auteurs soulignent que, dans la littérature, on commence à reconnaître la ménopause comme un facteur de risque de MCV indépendant de l'âge (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003). On retient toutefois que l'incidence de la ménopause est beaucoup plus complexe que ce qui était sous-entendu auparavant dans la recherche, et qu'on ne peut pas l'expliquer seulement par le déficit d'œstrogène.

Les antécédents familiaux positifs

Seule Duvall (2003) a indiqué dans sa revue de la littérature qu'il n'existe pas, pour l'instant, de résultats conclusifs quant aux différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne l'incidence des antécédents familiaux sur le risque de MCV.

Facteurs de risque modifiables

Le tabagisme

Ce serait le facteur de risque le plus prévalent dans la population des hommes et des femmes (Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). Toutefois, on remarque que la prévalence a tendance à diminuer moins rapidement chez les femmes que chez les hommes (Jneid & Thacker, 2001). La prévalence serait plutôt proportionnelle au niveau d'éducation et de revenus et varierait selon l'origine ethnique (une prévalence particulièrement élevée chez les femmes originaires de l'Inde) (Whitlock, 2003; Bello & Mosca, 2004).

Le fait de fumer, ne serait-ce que quelques cigarettes par jour, est associé à une augmentation du risque de maladie coronarienne ou d'infarctus fatal chez les femmes et chez les hommes (Jneid & Thacker, 2001; Cheek, 2003). De plus, plusieurs auteurs soulignent l'existence d'une dose réponse entre la consommation quotidienne de tabac et l'augmentation générale du risque de maladie coronarienne (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002; Duvall, 2003; Bello & Mosca, 2004).

On émet également l'hypothèse que les jeunes femmes qui consomment des produits du tabac annulent probablement toute protection attribuée à la période pré-ménopausale (Cheek, 2003). Sur ce point, Duval (2003) dans sa revue de la littérature, indique que le tabagisme triple le risque d'infarctus du myocarde chez les femmes pré-ménopausées. Le tabagisme est également associé à l'occurrence plus rapide de la ménopause en réduisant l'âge de la ménopause de 1 à 2 ans (Jneid & Thacker, 2001; Assaf & al., 2003; Duvall, 2003).

L'interaction entre le tabagisme et la prise de contraceptifs oraux (aussi bien les contraceptifs à haute ou faible dose d'œstrogène) est largement documentée. On indique que chez les femmes qui consomment des produits du tabac et prennent des contraceptifs oraux (particulièrement chez celles âgées de plus de 35 ans), le risque de thrombose, d'infarctus et de complication des MCV est élevé comparativement à celles qui ne fument pas (Jneid & Thacker, 2001; Bello; Cheek, 2003; Duvall, 2003; Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). On souligne également un lien entre le tabagisme et le diabète qui entraînerait un risque de maladie coronarienne, un risque considérablement plus élevé, particulièrement chez la femme (Bello & Mosca, 2004).

Enfin, dans le compte rendu d'une étude menée par Bittner (2002), publiée en 1994, on rapportait l'incidence importante de la fumée secondaire sur le risque de maladie coronarienne. En effet, on précisait dans cette étude qu'en 1985, 12 000 femmes n'ayant jamais fumé seraient décédées d'une maladie coronarienne, une conséquence de l'exposition à la fumée secondaire (p. ex., le mari qui consomme des produits du tabac).

Le diabète de type 2

On affirme dans plusieurs études que le diabète est le facteur de risque le plus puissant chez les femmes (Jneid & Thacker, 2001). On précise que les femmes de plus de 45 ans seraient deux fois plus susceptibles de développer le diabète que les hommes (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003; Duvall, 2003).

Le risque relatif de développer une maladie coronarienne, lorsque la personne est diabétique, varie de trois à sept chez les femmes, alors qu'il varie de deux à trois chez les hommes (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002; Cheek, 2003; Duvall, 2003; Bello & Mosca, 2004). Une femme diabétique est beaucoup plus susceptible de vivre un problème coronarien qu'une femme non diabétique ou qu'un homme diabétique (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003; Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). Toutefois, l'examen systématique effectué par Grady et son équipe (2004) a permis de constater qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative quant au risque relatif des hommes et des femmes en ce qui concerne la mortalité par MCV, la mortalité (toute cause) et l'infarctus non fatal. C'est également ce que confirment les résultats de la revue de la littérature de Wong (2002). Toutefois, entre 50 et 70 % des personnes diabétiques seraient décédées d'une MCV et le risque de mortalité par MCV serait plus élevé chez les femmes diabétiques (Jneid & Thacker, 2001; Bello; Duvall, 2003; Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). Sur ce point, les résultats d'une étude menée aux États-Unis et rapportée par Mercuro et son équipe (2003) indiquaient que la mortalité par MCV avait diminué chez les personnes non diabétiques (hommes et femmes), que ce recul était moins prononcé chez les hommes diabétiques et que, chez les femmes diabétiques, le taux de mortalité avait augmenté de 23 %.

Le diabète chez les femmes est également associé aux résultats moins intéressants que ceux des hommes dans le cas d'un infarctus du myocarde, d'une revascularisation (Duvall, 2003) et d'une angioplastie transluminale (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002). Enfin, les jeunes femmes souffrant de diabète ne peuvent plus compter sur la protection attribuée à la période pré-ménopausale. Par conséquent, le risque qu'elles développent une maladie coronarienne est semblable à celui des hommes du même âge (Jneid & Thacker, 2001; Cheek, 2003).

L'hypertension

La prévalence de l'hypertension chez la femme augmente au fur et à mesure qu'elle prend de l'âge (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002; Hong, Friedman & Alt, 2003). Avant l'âge de 55 ans, une proportion plus élevée d'hommes souffrent d'hypertension que de femmes (Duvall, 2003). Dans les groupes des 65 à 74 ans, la prévalence de l'hypertension serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Bittner, 2002; Cheek, 2003; Duvall, 2003) alors qu'après 75 ans, la proportion de femmes souffrant d'hypertension serait considérablement plus élevée que chez les hommes (Duvall, 2003). Le facteur de risque de MCV que représente l'hypertension préoccupe de plus en plus en raison de sa plus grande occurrence, du vieillissement de la population et d'une plus grande espérance de vie chez les femmes (Cheek, 2003).

Les femmes souffrant d'hypertension, surtout celles pour qui le problème a commencé avant la ménopause, présentent un plus grand risque de maladie coronarienne que les femmes ou les hommes dont la pression sanguine est normale (Cheek, 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003). Wong (2002) rapporte toutefois les résultats d'une étude dans le cadre de laquelle, après avoir effectué un suivi de 36 ans (Framingham), on a cerné un risque de maladie coronarienne presque identique chez les hommes et les femmes souffrant d'hypertension. Par contre, on s'accorde pour dire qu'en général le risque relatif de mortalité par MCV et de mortalité (toute cause) est beaucoup plus élevé chez les femmes présentant une hypertrophie ventriculaire gauche (séquelle majeure de l'hypertension chronique) que chez les hommes (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002).

Enfin, on a constaté que les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, et plus particulièrement celles qui sont plus âgées et qui font de l'embonpoint seraient deux à trois fois plus susceptibles d'avoir une pression sanguine élevée que les autres (Cheek, 2003; Duvall, 2003).

La sédentarité

Selon ce que rapporte certains auteurs, la sédentarité serait le facteur de risque le plus courant chez les femmes (Wong, 2002; Assaf & al., 2003). On dit souvent que ce facteur est plus prédominant chez les femmes que chez les hommes (Duvall, 2003) et que dans la population féminine, la prévalence varierait selon les groupes

ethniques et les groupes d'âge (Bittner, 2002). Aucune étude retenue n'avait toutefois abordé le lien entre la sédentarité et le risque de MCV chez les femmes.

Obésité

La prévalence de l'obésité serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Duvall, 2003). En se fondant sur les données de deux sondages nationaux menés au Canada, Grace et ses collaborateurs (2004) ont rapporté que 41 % des femmes âgées de 18 à 74 ans ont un excès de poids et que 27 % sont obèses.

L'obésité augmente tant le risque de maladies coronariennes que le risque de décès par MCV (Jneid & Thacker, 2001; Duvall, 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003). On ajoute que le type d'obésité constituerait un facteur de risque indépendant de MCV chez la femme (Jneid & Thacker, 2001; Wong, 2002).

Dyslipidémie

La dyslipidémie est fortement liée à une augmentation du risque de maladies coronariennes chez les femmes et les hommes. Quant à l'augmentation des triglycérides, elle semble être un facteur plus prédictible des maladies coronariennes chez les femmes que chez les hommes (Bittner, 2002). Le taux de cholestérol et les niveaux de LDL sont très étroitement liés aux maladies coronariennes chez la femme, probablement parce que l'œstrogène protège les parois artérielles contre les dépôts de LDL (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003). Un taux élevé de HDL offrirait une meilleure protection cardiovasculaire chez la femme que chez l'homme (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003). Il y aurait des différences entre les genres lorsque le profil lipidique est utilisé pour prédire le risque de maladies coronariennes. En effet, un faible taux de HDL permettrait de mieux prédire le risque chez la femme que chez l'homme (Jneid & Thacker, 2001). Toutefois, un faible taux de HDL-C serait un signe plus prononcé de mortalité par maladies coronariennes chez les femmes que chez les hommes (Cheek, 2003).

De plus, les femmes présenteraient un plus haut taux de HDL-cholesterol que les hommes (Bittner, 2002). Plus précisément, avant la ménopause, on observerait chez les femmes un plus faible taux de LDL et un plus haut taux de HDL que dans la population masculine (Bello & Mosca, 2004). Après la ménopause, le taux de LDL chez les femmes augmenterait progressivement, ce qui expliquerait la raison pour laquelle le taux de LDL chez les femmes plus âgées serait un peu plus élevé que chez les hommes. Même si le taux de HDL diminue après la ménopause, il demeure plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Duvall, 2003).

Enfin, Jneid et Thacker (2001) soulignent que la relation entre le taux de Lp(a), le statut hormonal et les MCV fait toujours l'objet de controverse.

Consommation d'alcool

Une consommation légère à modérée d'alcool aurait un effet protecteur contre les MCV alors qu'aucune consommation ou une très forte consommation augmenterait le risque de maladies coronariennes. Chez les femmes, l'effet protecteur se limiterait au plus de 50 ans et à celles qui présentent d'autres facteurs de risque de maladies coronariennes. Dans le cadre d'une récente étude rapportée par Bittner (2002), on suggérait que la consommation modérée d'alcool est associée, chez les personnes âgées, à une diminution du risque d'insuffisance cardiaque et d'accident vasculaire cérébral ischémique. Les conclusions des études sont contradictoires à savoir si les médecins devraient encourager la consommation modérée d'alcool.

Facteurs psychologiques et psychosociaux

On a longtemps émis l'hypothèse que des facteurs tels que la dépression, l'anxiété, la colère, l'hostilité et une personnalité de type A jouaient un rôle dans le développement et la progression des MCV, en partie dû au fait que les facteurs de risque conventionnels ne permettent pas d'expliquer tout à fait les différences en ce qui concerne les risques de MCV (Hong, Friedman & Alt, 2003). Toutefois, il semble que les mécanismes d'interaction de base entre les facteurs psychosociaux et les MCV soient méconnus (Bittner, 2002). Somme toute, peu d'études visaient à examiner le lien entre ces facteurs et les MCV dans un échantillon composé à la fois de femmes et d'hommes (Consedine, Magai & Chin, 2004).

L'étude de Lifante (2003) menée auprès de 304 femmes hospitalisées pour une maladie coronarienne aux États-Unis a toutefois permis de cibler les facteurs socio-démographiques et les facteurs de risque qui pourraient permettre d'identifier les femmes qui présentent un risque de dépression, d'angoisse et d'isolement social. Ces facteurs sont la responsabilité de personnes à charge, le manque d'exercice, le tabagisme et être âgée de 65 ans et moins. Selon les auteurs, ce genre d'étude permet d'identifier les femmes qui présentent un risque accru de mortalité et de morbidité par MCV parce qu'elles souffrent de problèmes psychosociaux.

La dépression

Selon les études, le risque que présente une femme de développer une dépression majeure au cours de sa vie se situe entre 20 et 25 %. Dans sa revue de la littérature, Bittner (2002) rapporte que les participants (femmes et hommes) aux différentes études présentaient des taux de dépression semblables (taux de prévalence de 15 à 23 %).

La dépression contribuerait à une plus grande incidence de MCV, rendrait plus difficiles la convalescence et les changements à apporter dans les habitudes de vie (Bittner, 2002; Hansen, 2003). Des études ont montré que les femmes canadiennes âgées de 55 à 74 ans, ayant eu un épisode de dépression dans une période de 12 mois,

présentaient trois fois plus de risque de développer une MCV dans les quatre années suivantes que les personnes qui n'ont pas vécu d'épisodes semblables (Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). Quant à Hansen (2003), sa revue de la littérature s'est étendue à plusieurs recherches dans le cadre desquelles on établit des liens entre la présence d'une dépression et le risque de souffrir de plusieurs MCV, mais aucune n'explique en détails ce que

cela signifie pour les femmes. Manifestement, il faut mener d'autres études pour arriver à mieux comprendre comment la dépression chez la femme a une incidence sur le risque de MCV (Hong, Friedman & Alt, 2003).

Le stress

Cheek (2003) commente plusieurs études qui ont montré qu'il existe un plus grand risque de développer des maladies coronariennes et de s'en sortir moins bien que les hommes chez les femmes présentant un niveau de stress élevé et vivant des situations où elles perdent le contrôle dans une sphère ou dans l'autre de leur vie. Wong (2002) a ajouté que chez les femmes, un emploi qui n'apporte pas beaucoup de reconnaissance constituerait un facteur susceptible d'augmenter le risque de MCV. Dans le compte rendu des écrits rédigés par Krummel et son équipe (2001), on ajoute que le fait pour les femmes d'occuper des emplois plus épuisants, moins payants et de voir une distribution inéquitable des responsabilités à la maison constitue des sources de stress susceptibles d'augmenter le risque de MCV. Toujours dans cette revue de la littérature, d'autres études (théoriques et non empiriques) on a suggéré qu'une femme qui joue beaucoup de rôles présente un niveau de stress physique et mental moindre.

Humeur et personnalité

Quant aux traits de personnalité, c'est l'hostilité qui serait le plus étroitement lié aux maladies coronariennes (Bittner, 2002; Hansen, 2003). C'est d'ailleurs ce qu'on se proposait d'examiner dans le cadre de l'étude de Consedine et son équipe (2004) après avoir émis l'hypothèse que la présence de sentiments de colère favoriserait les MCV plus que l'anxiété chez l'homme que chez la femme. Ils ont conclu que chez la femme, l'hostilité ne favorise pas les MCV alors que l'anxiété en augmente fortement le risque, et que c'est l'inverse chez l'homme. L'hostilité serait associée au fait de sentir des obstacles à l'atteinte d'un but et s'apparente plus à l'affrontement d'un défi. L'anxiété serait plutôt associée à un sentiment d'incapacité à atteindre un but. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent l'importance d'élaborer des interventions susceptibles d'aider les femmes à réduire leur taux d'anxiété et que les risques de développer une MCV sont différents chez les hommes et les femmes parce que leurs émotions sont différentes.

Enfin, Bittner (2002) ajoute que le sentiment de soumission serait légèrement associé aux infarctus chez les femmes et que les études portant sur l'anxiété sont contradictoires.

Facteurs sociaux et économiques

La revue de la littérature effectuée par Grace et son équipe (2004) indique que les revenus annuels des Canadiennes et des Canadiens qui rapportent un diagnostic de MCV ont tendance à varier entre 5 000 \$ et 30 000 \$. Dans une étude menée par Wong (2002) et qui visait, entre autres, à évaluer l'impact du statut socio-économique sur les comportements à risque de MCV chez les femmes canadiennes adultes, on a conclu que ces facteurs contribuent à une plus grande prévalence de l'hypertension et de l'obésité. Le revenu familial est un élément qui permettrait de prévoir de façon significative les MCV chez les femmes. L'obésité est également plus prévalent parmi les populations où les revenus sont peu élevés. Wong (2002) conclut que la prévalence des risques de MCV augmenterait de façon importante chez les femmes à faibles revenus.

Pour sa part, Hansen (2003), dans sa revue de la littérature, constate que la pression systolique est plus élevée chez les femmes ayant un niveau d'instruction moins élevé, leur taux de cholestérol est moins bon, elles ont un taux de glucose et d'insuline ainsi qu'un indice de masse corporelle plus élevés. Elles rapportent plus souvent fumer, faire peu d'exercice et avoir des régimes alimentaires faibles en matières nutritives. Wong (2002) rapporte également que dans l'étude Framingham, les femmes ayant huit ans d'instruction ou moins étaient quatre fois plus à risque de développer une MCV que les femmes ayant 12 ans et plus d'instruction.

L'étude de Plotnikoff et de ses collaborateurs (2001) visait à examiner, entre autres, les caractéristiques socio-démographiques d'un échantillon aléatoire de femmes canadiennes divisé en deux groupes : celles présentant plusieurs facteurs de risque de MCV et celles n'en présentant pas. Leurs conclusions confirment les résultats des deux dernières études puisque le niveau d'instruction et de revenus a été associé à la présence de facteurs de risque de MCV. Il semble que le fait de vivre seule pour une femme pourrait représenter un risque de MCV et renforcerait l'hypothèse selon laquelle l'isolement social est un important facteur dont il faut tenir compte dans l'analyse de la santé cardiaque des femmes. Bref, les femmes seules, ayant peu d'instruction et de faibles revenus représentent une sous-population de femmes particulièrement à risque de développer une MCV.

Enfin, une étude menée au Canada (Young, 2004) visait à déterminer s'il existe une relation entre les facteurs de risques de MCV et le statut parental de la mère, et ce, auprès d'un groupe de femmes monoparentales et d'un groupe de femmes vivant avec un partenaire. Young a obtenu les résultats suivants : (1) la prévalence de tabagisme diffère entre les deux groupes de femmes puisque les femmes monoparentales de tous les groupes de revenus rapportent plus souvent une consommation de tabac; (2) ces dernières seront plus vulnérables à la dépression et leur santé sera moins bonne que celle des femmes ayant un partenaire; (3) il n'existe aucune différence importante entre les deux groupes quant au niveau d'activité physique ou à l'indice de masse corporelle; (4) les niveaux d'inactivité et d'excès de poids suggèrent que toutes les femmes présentent un risque

élevé de MCV dû à un faible niveau général d'activité physique. Enfin, l'étude montre que les mères monoparentales forment un sous-groupe de la population à risque de MCV, particulièrement en raison du tabagisme.

Soutien social

Hansen (2003), dans sa revue de la littérature, rapporte que l'isolement social et l'absence de soutien social peuvent entraîner un plus grand risque de MCV. Les résultats des études seraient contradictoires quant à savoir si les femmes dont le réseau social est moins développé présentent un plus haut taux de mortalité par MCV. Même si les femmes semblent plus susceptibles que les hommes d'utiliser efficacement leur réseau social après un infarctus du myocarde, elles seraient plus nombreuses à vivre seules ou à être veuves (Hansen, 2003). Les connaissances demeurent toutefois embryonnaires à ce sujet.

Facteurs de risque émergents

Un taux élevé de protéine C-réactive (lié à l'inflammation), d'homocystéine et de lipoprotéine (a) a été associé au plus grand risque de maladies coronariennes aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Dans sa revue de la littérature, Bittner (2002) rapporte que plusieurs études publiées au cours des deux dernières années montrent une forte relation entre le taux d'homocystéine et la mortalité, l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde et d'autres types de problèmes cardiaques. L'homocystéine serait un facteur plus important chez les diabétiques et chez les jeunes femmes ayant un taux de lipoprotéine (a) élevé. Toujours selon Bittner (2002), les femmes pré-ménopausées présenteraient un taux moins élevé d'homocystéine que les hommes, les femmes enceintes présenteraient un taux d'homocystéine moins élevé que les femmes du même âge qui ne le sont pas, et les femmes qui prennent des œstrogènes après 55 ans présenteraient un taux moins élevé que celles qui n'en prennent pas.

Bittner (2002) rapporte également que la protéine C-réactive, signe d'inflammation, est liée à l'infarctus du myocarde chez les femmes et les hommes. Il existe également un lien entre le taux de protéine C-réactive et d'autres facteurs de risque (adiposité, diabète, niveau de lipoprotéines, facteurs coagulants, tabagisme). On ne sait pas si cette protéine est seulement un signe d'épisodes de MCV futurs ou si elle contribue activement à augmenter l'inflammation et les thromboses comme l'ont suggéré certaines études. Si les conclusions de ces dernières études s'avèrent exactes, l'augmentation du taux de protéine C-réactive lors de l'hormonothérapie pourrait expliquer en partie l'absence de résultat de cette thérapie sur les femmes souffrant d'une maladie coronarienne.

Malgré ces études, le rôle de ces bio-marqueurs comme facteurs de risque des MCV n'a pas fait l'objet d'essais randomisés et il n'est pas recommandé pour l'instant de les intégrer dans les évaluations de routine (Bello & Mosca, 2004). Il est tout à fait certain qu'il faut effectuer d'autres études auprès des femmes.

Pour sa part, Grady (2004) présente dans sa revue systématique trois études qui révèlent qu'un taux de troponine élevé est responsable d'un plus grand risque de mortalité tant chez les femmes que chez les hommes, et qu'il en va de même du plus grand risque d'infarctus non fatal.

Enfin, dans la revue de la littérature effectuée par Mercurio et son équipe (2003), on suggère l'existence d'un lien entre certains facteurs coagulants et les MCV chez les femmes. En effet, un niveau de fibrinogène élevé serait un signe de risque de maladies coronariennes et de maladies vasculaires périphériques chez les femmes.

Présence de multiples facteurs

Encore une fois, les données sur la présence de multiples facteurs de risque et les MCV sont quasi inexistantes. Dans les articles retenus, Bittner (2002) mentionne que la présence d'un groupe de trois facteurs de risque et plus augmenterait le risque de MCV de 2,4 fois chez les hommes et de 5,9 fois chez les femmes. Une récente étude rapportée par Hong et son équipe (2003) et menée auprès de femmes a révélé que celles ayant subi une angiographie présentaient au moins trois facteurs de risque de MCV.

Conclusion

D'emblée, les conclusions de la revue systématique effectuée par Grady et ses collaborateurs (2003) donnaient l'heure juste en ce qui concerne les facteurs de risque biologiques : à défaut d'études comptant un échantillon suffisant de femmes et assez de données publiées selon le genre, la majorité des facteurs de risque de MCV sont semblables chez les femmes et les hommes, toutefois l'âge, le diabète et certaines lipoprotéines semblent être des facteurs plus importants chez la femme. Dans le cadre de plus en plus d'études toutefois on tente de mieux comprendre comment les facteurs psychologiques et psychosociaux sont liés à la vie des femmes et à la hausse du risque de MCV. Toutefois, considérant la prise de conscience des femmes et des professionnels de la santé en ce qui concerne le risque de MCV chez les femmes, Mercurio et Rosano (2003) ont affirmé que le facteur de risque le plus important est probablement la perception assez généralisée que les MCV ne sont pas des maladies de femmes.

Les recommandations formulées dans les articles suggèrent de former les professionnels de la santé afin qu'ils repèrent les facteurs de risque qui s'observent particulièrement chez les femmes tels que l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie, le tabagisme, la sédentarité et un niveau socio-économique plus faible (Grace, Fry,

Cheung & Steward, 2004), qu'ils en assurent un suivi et en discutent avec les patientes. Considérant le taux de mortalité par MCV chez les femmes, on invite les professionnels de la santé à déceler les facteurs de risque plus tôt et à les traiter avec plus de vigueur (Mercuro & Rosano, 2003).

Quant aux études futures, étant donné que le nombre de femmes ménopausées augmente parallèlement avec l'espérance de vie, il faut acquérir des connaissances précises en ce qui concerne ses incidences défavorables sur

les facteurs de risque de MCV pour contrebalancer les conséquences de plus en plus lourdes des MCV chez les femmes de plus de 50 ans (Mercuro, Zoncu & Dragoni, 2003). D'autres études seraient également nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes qui lient les facteurs psychologiques aux MCV (Hong, Friedman & Alt, 2003). Enfin, on ne connaît pas encore assez bien la relation entre le statut socio-économique, le statut d'emploi et la prévalence des facteurs de risque de MCV (Wong, 2002).

LA PRÉVENTION PRIMAIRE

En guise d'introduction, voici les résultats d'une étude de cohortes menée auprès d'un échantillon de jeunes femmes et échelonnée sur 31 ans (Daviglius & al., 2004). L'étude visait à évaluer la relation entre la présence de facteurs de risque traditionnels (selon quatre niveaux de risque) et la mortalité par MCV, par maladies coronariennes et par toute autre cause. On a établi que 20,1 % de ces femmes, âgées de 18 à 39 ans, présentaient un faible risque, 58,5 % d'entre elles présentaient un ou plusieurs facteurs de risque élevé. Lorsque les données ont été compilées selon l'âge, le taux de mortalité par MCV était plus bas chez les femmes à faible risque et augmentait en fonction du nombre de facteurs de risque observé. Ainsi, pour une petite partie des jeunes femmes adultes à faible risque, les MCV et les maladies coronariennes sont rares et le taux de mortalité qui y est associé de même qu'à toute autre cause est remarquablement bas. Ces femmes ont une meilleure qualité de vie, elles prennent moins de médicaments, et on observe chez elles une moins forte prévalence de maladies cliniques. Chez les jeunes adultes, un profil de risque faible est lié à un taux moindre de MCV et de maladies coronariennes à long terme. Daviglius termine son étude en affirmant qu'il est important de prévenir et de contrôler les principaux facteurs de risque de MCV par l'adoption de saines habitudes de vie dès la conception et aussi pendant l'enfance et l'adolescence si l'on veut avoir une plus grande proportion de personnes à faible risque dans la population.

Des 48 articles retenus pour ce survol de la littérature, 11 ont pour objet principal la prévention primaire des MCV chez les femmes, entre autres, neuf articles ont fait un survol de la question. On y traite des intentions des femmes face à l'introduction de changements dans leurs habitudes de vie, de leur adhérence à ces changements, de l'efficacité de différentes interventions ou traitements visant à réduire les facteurs de risque de MCV chez les femmes, des types de stratégies ou d'interventions à privilégier pour rejoindre les femmes ainsi que de la conformité des professionnels de la santé aux lignes directrices en matière de prévention primaire des MCV.

Les intentions

Une étude menée par Assaf et ses collaborateurs (2003) visait à examiner s'il existe des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les intentions (en nombre et en réussite) de modifier les comportements à risque de MCV. Leurs résultats sont les suivants : les taux d'abandon du tabagisme sont les mêmes chez les femmes et les hommes après un mois, mais le taux de succès est meilleur chez les hommes 12 mois après l'abandon du tabagisme. Après ajustement des variables confusionnelles, les hommes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer que les femmes, et dans une mesure de 30 %, sont plus susceptibles de garder leurs bonnes intentions. Au niveau du taux de succès quant à la perte de poids, les femmes investissent plus de temps et d'efforts à tenter de perdre du poids et sont plus susceptibles de participer à des programmes de perte de

poids. Elles rapportent moins manger que les hommes même si la composition en nutriments ne diffère pas entre les genres. Elles ne sont toutefois que 12 % comparativement à 17 % (hommes) à avoir atteint cet objectif. En général, les femmes ont deux fois plus l'intention que les hommes de perdre du poids, mais les hommes ont 40 % plus de chance de succès. Enfin, les femmes participant à cette étude indiquaient plus souvent vouloir augmenter leur activité physique. Après ajustement des variables confusionnelles, les femmes sont plus susceptibles de vouloir être actives, mais dans une mesure de 50 %, les hommes semblent susceptibles d'atteindre cet objectif. Les hommes rapportent également dépenser plus d'énergie lors d'une activité physique que les femmes. Même si l'étude d'Assaf est fondée sur des renseignements auto-rapportés, elle fournit de l'information sur le degré d'intention des femmes de participer aux programmes de réduction des risques de MCV, mais également sur leur difficulté à apporter des changements réels dans leurs habitudes de vie comparativement aux hommes.

L'adhérence aux changements

Dans leur revue de la littérature, King et Arthur (2003) indiquent que la majorité des études sur les comportements lors de l'adoption de changements ont été menées auprès d'hommes. Certaines études suggèrent que plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la compréhension et l'appréciation des femmes quant à leur santé, mais également leur capacité et habileté à entreprendre des changements (Wong, 2002). Ainsi, on cite le fait que les femmes assument fréquemment des rôles d'aidantes naturelles, qu'elles ont une mauvaise estime de soi et qu'elles sont souvent orientées vers les autres (otherness orientation) (King & Arthur, 2003; Bello & Mosca, 2004). Ce dernier comportement limiterait leur capacité à aller chercher de l'information pour leur santé et donc d'agir en fonction de cette information. Toutefois, ces comportements demeurent très peu documentés. On ajoute que les femmes ayant un faible niveau socio-économique et un manque de soutien social vivent dans des conditions qui tendent à encourager des comportements à risque élevé de MCV. De plus, on rapporte que lorsqu'il y a des besoins immédiats en matière de survie (manger, assurer la sécurité de la famille), entreprendre une diète ou un programme d'exercice n'est plus une priorité (King & Arthur, 2003).

Toutefois, ce qui ressort comme le principal obstacle aux changements de comportement à risque chez les femmes est leur prise de conscience face au risque de MCV (Wong, 2002; King & Arthur, 2003; Hugues & Hayman, 2004; Mosca, Ferris, Fabunmi & Robertson, 2004). Sur ce point, Wong (2002) indique que malgré que certaines femmes aient des antécédents familiaux positifs (relation de premier degré) de MCV, elles ne sont pas plus susceptibles de modifier leurs comportements à risque. Selon Wong, ceci confirme que les femmes ne comprennent pas ou nient le risque de maladie cardiaque qu'elles présentent. C'est d'ailleurs ce que l'étude de Mosca, Ferris, Fabunmi et Robertson (2004) a voulu documenter en observant les tendances en matière de prise de conscience, de perception, de connaissance qu'ont les femmes relativement aux MCV, et ce, à partir des résultats de trois sondages effectués en 1997, 2001 et 2003. La moitié des participantes à cette étude ont indiqué

avec raison que les maladies coronariennes constituent la principale cause de décès chez les femmes, 20 % ont nommé le cancer et 15 % le cancer du sein. On note une augmentation significative de ces proportions dans tous les groupes d'âge par rapport à un sondage de 1997, même si les femmes de moins de 45 ans ont moins souvent nommé les maladies coronariennes. Les femmes caucasiennes présentent les meilleurs résultats. Les résultats se sont améliorés pour les femmes noires depuis 1997, mais pas pour les femmes hispaniques. Spontanément, les femmes participant à cette étude ont indiqué que le cancer (51 %) était leur principal problème de santé (35 % ont indiqué le cancer du sein), ces proportions sont toutefois moindres comparativement à 1997. Le nombre de femmes ayant indiqué que les MCV constituent le principal problème de santé n'a cessé d'augmenter de 1997 à 2003 et ce, dans chaque groupe d'âge et chaque groupe ethnique. De ces femmes, 40 % se considèrent très bien ou bien renseignées. Une petite minorité de femmes a été en mesure de nommer les principaux facteurs de risque de MCV. Dans une proportion de 90 %, elles sont conscientes que le fait d'adopter un style de vie sain réduit les risques de MCV. On peut nommer les méthodes non traditionnelles de prévention (p. ex., le counselling sur l'activité physique et les habitudes de vie comparativement aux programmes structurés de remise en forme) des MCV plus souvent en 2003 qu'en 1997. Les magazines seraient la principale source d'information. Dans une mesure de 93 %, elles affirment pouvoir discuter aisément des MCV avec les professionnels de la santé, mais seulement 38 % affirment avoir eu une discussion avec leur médecin. C'est chez les femmes caucasiennes qu'on observe une augmentation du nombre de femmes ayant eu une discussion avec leur médecin alors qu'on observe une diminution chez les femmes d'autres groupes ethniques.

Dans la revue de la littérature effectuée par Hugues et Hayman (2004), plusieurs auteurs affirment que faire prendre conscience aux femmes de l'ampleur du problème des MCV constitue la première étape à entreprendre en prévention primaire. Ainsi, lorsqu'elles auront pris conscience que les MCV sont un enjeu de taille pour elles, elles seront plus en mesure de cerner et de quantifier leurs risques de MCV et d'adopter des comportements pour les modifier. Toutefois, une plus grande prise de conscience face aux risques de MVC ne semble pas s'adresser qu'aux femmes, mais également aux professionnels de la santé. En effet, Wong (2002) rapporte que les services préventifs conçus pour les femmes pendant la visite chez leur médecin seront plus souvent centrés sur le dépistage du cancer du sein que sur les MCV.

Enfin, plusieurs modèles (p. ex., le Health Belief Model ou la Theory of Reasoned Action) sont conçus pour aider les patients à adhérer à de saines habitudes de vie, mais de façon générale, on ne tient pas compte du rôle du genre. Ainsi, ces modèles sont axés sur l'autogestion des facteurs de risque alors que les femmes sont plus orientées vers les autres. Toutefois, ce sont quand même des modèles testés et efficaces chez les hommes qui pourraient être adaptés pour intégrer des interprétations fondées sur le genre (King & Arthur, 2003).

Efficacité des interventions et des traitements

Les résultats de la revue systématique effectuée par Grady et ses collaborateurs (2003) indiquent que seul le traitement de l'hypertension et de l'hyperlipidémie réduisent les risques de MCV chez les femmes. Selon leurs recherches, aucune preuve appréciable n'a permis de tester l'efficacité d'autres interventions visant à modifier les facteurs de risque. De plus, Wong (2002) ajoute que peu d'interventions en prévention primaire ont été conçues spécifiquement pour les femmes, particulièrement pour les femmes âgées. D'autres auteurs affirment tout de même que des interventions visant à augmenter l'activité physique, à cesser de fumer, à traiter l'hypertension, à améliorer la nutrition, à réduire le profil lipidique sont efficaces pour améliorer le profil de risque de MCV chez les femmes. Les principales conclusions de ces études sont présentées dans les paragraphes suivants.

Activité physique

De façon générale, on affirme dans la littérature qu'il n'y a pas assez de recherche consistante sur le succès des interventions visant à améliorer l'activité physique. Toutefois, certaines études suggèrent la présence d'avantages connexes liés à l'activité physique, tels que la perte de poids, la baisse de la pression artérielle, une meilleure tolérance au glucose et l'amélioration du taux de lipide (Bassuk, 2003). Malgré ces avantages, seulement quelques études rapportent des données sur l'efficacité de l'activité physique relativement au risque de MCV (Jneid & Thacker, 2001; Hong, Friedman & Alt, 2003; Bassuk, 2003). Peu de données sont également disponibles sur l'effet des consultations cliniques utilisées en première ligne afin de fournir des renseignements sur les comportements liés à l'activité physique et par conséquent, ces consultations ne sont pas encore intégrées dans les évaluations de routine (Bassuk, 2003; Hayes, Weisman & Clark, 2003).

Il perdure également un débat quant à la quantité ou la dose d'activité physique nécessaire pour maintenir une santé « optimale ». On observe la présence de deux grandes théories : 30 minutes d'activité physique par jour confèrent certains avantages importants ou une heure par jour tel que recommandé dans les directives de l'Organisation mondiale de la santé et qui permettrait, en moyenne, une protection additionnelle contre le développement de MCV (Bassuk, 2003). L'exercice doit être pratiqué régulièrement et de façon continue pour qu'il procure un effet cardio-protecteur et par conséquent, il faut l'intégrer à l'horaire quotidien de la personne. De récentes études ont montré que même une période d'exercice de courte durée (10 minutes) procure des effets bénéfiques en matière de protection contre les MCV. Selon une étude rapportée par Wong (2002), même chez les femmes âgées de plus de 65 ans, l'activité physique permet de réduire les risques d'infarctus jusqu'à 50 % en effectuant une marche de 30 à 45 minutes trois fois par semaine. Une autre étude rapportée par Jneid et Thacker (2001) a montré qu'une marche rapide (trois heures par semaine) et un exercice vigoureux (1,5 heure par semaine) réduit de 30 à 40 % l'incidence de maladies coronariennes chez la femme. Selon ces auteurs, peu

importe quand le changement se produit, une amélioration de l'activité physique réduit le risque de maladies coronariennes chez la femme.

Bassuk (2003) présente d'autres études qui ont montré qu'un entraînement plus intensif réduit l'incidence de MCV et améliore les fonctions musculo-squelettiques qui, chez les femmes, sont particulièrement importantes (pour prévenir les fractures ostéoporotiques). En ce qui concerne les effets sur le contrôle du poids, Bassuk (2003) dans sa revue de la littérature, précise que de récentes études menées auprès de femmes ont suggéré que moins d'une heure d'exercice par jour serait nécessaire pour obtenir des avantages mesurables. Wong (2002) rapporte d'autres études dans lesquelles on indiquait également qu'une plus grande activité physique (l'équivalent d'une marche de 30 à 45 minutes 3 fois par semaine) était liée à une baisse de la pression systolique et diastolique et du taux de cholestérol, ainsi qu'à une réduction de l'indice de masse corporelle et du taux de triglycérider.

Enfin, des questions de sécurité sont associées à l'activité physique, particulièrement dans certaines populations à risque (personne diabétique, personne qui débute l'activité, etc.). Aussi, on a établi un lien entre une activité physique prolongée et l'augmentation significative du risque de MCV chez les femmes (Hong, Friedman & Alt, 2003). D'autres risques sont également liés à un niveau trop élevé d'exercice chez la femme : les décès subits liés à des problèmes cardiaques, les chutes, les douleurs musculo-squelettiques et même des dysfonctions menstruelles et reproductives. Selon Hong et son équipe (2003), les médecins doivent encourager l'exercice modéré et régulier comme une importante stratégie pour réduire les risques de MCV chez les femmes, d'autant plus que des études ont montré que les médecins peuvent avoir un impact sur les comportements qu'adoptent les patients relativement à l'exercice.

Atteindre un niveau d'activité physique optimal est difficile pour la majorité des femmes (Krummel, 2001; Bittner, 2002). Dans sa revue de la littérature, Krummel (2001) présente des études dans le cadre desquelles on a évalué des stratégies pour améliorer l'exercice chez les femmes. Ainsi, des stratégies axées sur les comportements telles que l'auto-surveillance (self-monitoring), les rétroactions positives (feedback), les contrats d'entraînement et les encouragements semblent efficaces afin d'augmenter le niveau d'activité physique chez les femmes. Toutefois, on ne sait pas si ces changements sont maintenus dans le temps. De plus, les femmes répondraient mieux aux recommandations de faire de l'exercice lorsque cet exercice est intégré dans leurs habitudes de vie. Des méthodes visant à augmenter la dépense énergétique quotidienne dans les activités de la vie quotidienne seraient de bonnes solutions pour les femmes occupées. Pour plusieurs femmes, il est plus approprié d'intégrer la séance d'entraînement à la maison plutôt que dans un gymnase par exemple. Cette conclusion va dans le même sens qu'un essai clinique randomisé rapporté par Wong (2002) qui a montré que le counselling sur l'activité physique est aussi efficace que les programmes d'exercice structurés pour réduire les

risques de MCV chez les femmes et les hommes en santé, sédentaires et d'âge moyen. Il semble également que la flexibilité des horaires soit importante pour augmenter l'adhérence aux programmes d'activité physique. Enfin, on trouve des recommandations dans certaines recherches selon lesquelles il faut mettre sur pied des programmes personnalisés (Whitlock, 2003).

Abandon du tabagisme

Plusieurs études montrent une rapide diminution du risque de MCV après l'abandon du tabagisme et ce, dans tous les groupes d'âge et de genre (Bittner, 2002; Wong, 2002). Les hommes réussissent mieux que les femmes à cesser de fumer (Hong, Friedman & Alt, 2003). On évoque les raisons suivantes pour expliquer cette différence : les femmes seraient moins susceptibles d'associer le tabagisme à l'augmentation du risque pour leur santé, et elles auraient plus de difficulté à cesser de fumer puisqu'elles utilisent la nicotine pour contrer la dépression et le stress (Hong, Friedman & Alt, 2003). Krummel (2001) ajoute que le taux d'abandon est plus bas chez les femmes ayant de faibles revenus et chez les femmes appartenant à des minorités.

Pour aider les femmes à cesser de fumer, les médecins peuvent ajouter des agents (bupropion) aux produits de remplacement de la nicotine et peuvent suggérer aux femmes d'arrêter de fumer pendant la phase folliculaire du cycle menstruel (Hong, Friedman & Alt, 2003). De plus, on peut rejoindre une grande quantité de femmes en centrant les interventions pour cesser de fumer pendant la grossesse et en se donnant comme défi d'amener les femmes à maintenir cette habitude, particulièrement pendant les quatre semaines suivant l'accouchement (Krummel, 2001). Toutefois, aucune étude ne décrivait une méthode ayant permis d'éviter avec succès les rechutes (Krummel, 2001).

La littérature portant sur l'abandon du tabagisme fournit les meilleures preuves sur l'efficacité du counselling dans le but de changer les habitudes de vie dans le cadre des soins de santé primaire. Ce counselling s'avère aussi efficace chez les hommes que chez les femmes, même si on a observé certaines différences en ce qui concerne les préférences relatives aux méthodes (Hayes, Weisman & Clark, 2003). À cet effet, plusieurs auteurs affirment que les cliniciens devraient intervenir systématiquement auprès de toutes les femmes pour identifier, conseiller et accompagner les fumeuses, les encourager à cesser de fumer et leur offrir un soutien. De plus, les femmes voient régulièrement plusieurs professionnels de la santé (p. ex., l'obstétricien gynécologue) d'où l'importance d'intégrer des interventions de lutte contre le tabagisme dans toutes ces sphères de pratique, et ce, pour avoir un impact plus grand sur la prévention des MCV. Withlock (2003) insiste sur l'importance d'aborder cette problématique dans une perspective d'équipe. Selon cet auteur, il faut également diversifier et multiplier les moyens de rejoindre les femmes.

Hypertension

De façon générale, les essais qui visaient un nombre suffisant de femmes ont révélé les effets favorables des traitements pour l'hypertension sur les événements cardiaques chez les femmes âgées de plus de 65 ans (Wong, 2002). La seule autre étude qui a abordé le traitement de l'hypertension a été rapportée par Wong (2002) et a révélé une baisse du taux de mortalité (toute cause) chez les femmes âgées entre 30 et 69 ans qui sont traitées pour l'hypertension comparativement à celles qui n'ont que des contrôles. Toutefois, on mentionne fréquemment dans la littérature que les femmes sont sous-traitées ou non traitées pour leur hypertension (Bittner, 2002) et particulièrement les femmes de plus de 70 ans (Hong, Friedman & Alt, 2003).

Nutrition

Très peu de recherches se seraient penchées sur la façon de changer les habitudes alimentaires des femmes, on ne sait donc pas quelles stratégies sont efficaces. À ce jour, il semble que les meilleures stratégies seraient les interventions intensives personnalisées utilisées par les nutritionnistes dans une perspective behavioriste (Krummel, 2001; Bittner, 2002). Donner le contrôle aux femmes serait également un bon point de départ (Krummel, 2001). De plus, il n'existe pas assez de preuves pour recommander automatiquement le counselling sur la nutrition dans le cadre des soins de première ligne (Hayes, Weisman & Clark, 2003). On ne sait pas comment les femmes répondent aux interventions ni quel est le meilleur moyen de les rejoindre.

Réduction des lipides et perte de poids

Hayes et son équipe (2003) indiquent que les preuves sont satisfaisantes quant à l'importance de conseiller les femmes sur l'hyperlipidémie et d'autres facteurs de risque connus de MCV liés à la nutrition. Selon les études menées jusqu'à présent, la réduction du taux de lipide pour réduire le risque de développer une MCV serait aussi efficace chez les femmes que chez les hommes (Bello & Mosca, 2004).

De plus, même si aucune preuve ne permet d'avancer que la perte de poids réduit les risques de MCV, elle permet de réduire l'intolérance au glucose, la pression sanguine et d'améliorer le profil lipidique. Toutefois, il est reconnu qu'il n'est pas facile de perdre du poids et de maintenir un poids idéal (Hong, Friedman & Alt, 2003).

Prise d'aspirine²

Même si plusieurs données existent sur les bienfaits de l'aspirine en prévention primaire, elles proviennent pour la plupart d'études effectuées auprès des hommes. Sur trois études présentées impliquant des femmes et rapportées par Hong et son équipe (2003), une seule a révélé une réduction du risque de MCV. Jneid et Thacker (2001) pour leur part indiquent que les femmes de plus de 50 ans qui prennent six comprimés d'aspirine ou plus par semaine ont moins d'épisodes coronariens que les femmes qui n'en prennent pas. L'aspirine ne semble toutefois pas avoir d'effet chez les jeunes femmes ou chez celles qui prennent de fortes doses. Hong et son équipe (2003) soutiennent que pour l'instant, il n'existe pas assez de données pour formuler des recommandations générales sur la prescription d'aspirine en prévention primaire. Cette décision doit être prise selon les risques et les avantages que présente chaque personne.

Prise d'antioxydants

Il existe peu de données sur le rôle des suppléments en vitamine C et B-carotène dans la réduction du risque de MCV chez les femmes. Selon les conclusions d'une étude, il existe un lien entre la vitamine C et la réduction du risque, mais on n'a pu le faire pour la vitamine E. Peu d'études ont été menées sur la B-carotène parce qu'elle est associée à un plus grand risque de cancer du poumon. Le rôle des suppléments en vitamine E dans le cadre de la prévention primaire des MCV est également un sujet controversé. Pour l'instant, les lignes directrices de la American Heart Association en matière de prévention chez la femme, publiées en 2004, ne recommandent pas la prise de suppléments d'antioxydants (recommandation de niveau III) (Mosca & al., 2004). Les médecins devraient plutôt encourager les femmes à adopter un régime alimentaire sain et équilibré (Hong, Friedman & Alt, 2003).

Hormonothérapie

Il existe depuis plusieurs années une grande controverse à savoir si l'hormonothérapie permet de prévenir les MCV ou de ralentir leur progression. Selon Duvall (2003), plusieurs études ont suggéré dans le passé que l'hormonothérapie était liée à une diminution de 40 à 50 % du risque de MCV, mais de récentes études

² Depuis la rédaction de ce document, un nouvel article publié en mars 2005 fait état d'un essai randomisé à l'aspirine versus placebo en prévention primaire des MCV et mené auprès de 39 876 femmes de 45 ans et plus pendant 10 ans. Dans cette étude, l'aspirine ne diminue pas le risque d'infarctus du myocarde mais diminue le risque d'accident vasculaire cérébral de 17 % chez les femmes randomisées à l'aspirine. Dans le sous-groupe de femmes de 65 ans et plus, une diminution du risque d'événements cardiovasculaires majeurs, d'accident vasculaire cérébral ischémique et d'infarctus du myocarde est observée pour celles qui sont randomisées à l'aspirine. Suite à cette publication, l'aspirine n'est pas recommandée en prévention primaire chez les femmes de moins de 65 ans et pour celles de plus de 65 ans, la décision est fondée sur les risques et les bénéfices individuels de chaque femme. Référence : Ridker, P.M. & al. (2005). A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. *The New England Journal of Medicine*, 352(13), 1293-1303.

randomisées contrôlées avec un placebo ont mis en doute la véracité de ces affirmations en concluant que cette diminution était plutôt liée à de meilleurs profils de risque de MCV chez les femmes. En fait, dans la littérature on s'accorde de plus en plus pour dire que l'hormonothérapie n'est plus recommandée comme outil de prévention primaire des MCV (Hugues & Hayman, 2004). Sur ce point, Hansen (2003) rapporte les résultats de l'étude WHI (Women's Health Initiative) publiée en 2002 et menée auprès de 27 000 femmes post-ménopausées (avec utérus) afin d'évaluer l'incidence de l'hormonothérapie sur le risque cardiovasculaire en prévention primaire. On a mis fin à cette étude prématurément puisque les risques dépassaient les avantages. Les résultats montrent que pour chaque 10 000 femmes traitées à l'hormonothérapie pendant un an, on a observé sept événements coronariens, huit accidents vasculaires cérébraux, huit embolies pulmonaires et huit cancers du sein évènements de plus que chez 10 000 autres femmes recevant un placebo pendant la même période. Dans l'ensemble, on n'a observé aucune différence quant à la mortalité due à toute cause.

Interventions psychosociales ou psychologiques

Il n'existe aucune preuve qui permette de cibler des interventions en période de dépression susceptibles de modifier le pronostic de MCV (Bittner, 2002). De plus, il existe peu d'interventions visant à améliorer les réseaux d'entraide comme mesure de prévention primaire des MCV et à travailler sur les points forts des femmes (Krummel, 2001).

Présence de multiples facteurs de risque

Très peu d'études sont menées dans le but précis d'évaluer la réduction du profil de risque de MCV chez les femmes présentant plusieurs facteurs de risque. Krummel (2001) rapporte les résultats d'études qui indiquent que des interventions liées à plusieurs facteurs de risque peuvent diminuer l'incidence de certains facteurs présents chez la femme (pression sanguine, cholestérol, tabagisme), mais sans avoir de conséquence sur d'autres facteurs de risque (obésité, habitudes alimentaires, niveau d'activité physique).

Selon Whitlock (2001), il n'y a pas assez de données pour déterminer quelles interventions sont à privilégier lorsqu'une femme présente de multiples risques de MCV. Krummel (2001) soutient que des approches visant à réduire un groupe de facteurs de risque ne sont pas ce qu'il y a de mieux pour les femmes. Les interventions visant un seul facteur de risque à la fois seraient donc plus appropriées. Withlock (2001) pour sa part propose que les cliniciens concentrent leurs efforts sur les lignes directrices existantes (dans le cas du tabagisme par exemple). Pour les femmes qui ne fument pas, il conclut que promouvoir l'activité physique est plus réaliste et plus urgent que de promouvoir des habitudes alimentaires saines. L'activité physique a un impact important sur les maladies coronariennes, le diabète et l'hypertension, elle aide également à gérer l'humeur (y compris la dépression et l'anxiété), des troubles plus fréquents chez les femmes, et elle permet de contrôler le poids.

Efficacité des programmes de prévention primaire

Peu d'études décrivent et évaluent des programmes concrets de prévention primaire des MCV qui s'adressent aux femmes. Il peut être difficile de montrer l'efficacité de ces programmes en raison des styles de vie et des besoins variés des patients. L'étude menée par Halm et Denker (2003) a toutefois permis d'évaluer un programme qui comprenait une évaluation personnalisée, des séances de counselling et des activités éducatives, un suivi individuel (à 3, à 6 et à 12 mois) ainsi que l'assurance d'un soutien téléphonique. Le programme s'adresse aux femmes de la population en général vivant dans une ville américaine et qui ont ou non des symptômes d'une maladie cardiaque (les auteurs ne définissent pas la maladie cardiaque). D'un échantillon de 175 femmes, le taux de réponse à trois mois était de 41 %, à six mois de 30 % et à douze mois de 18 %. On a observé des résultats positifs après trois mois en ce qui concerne la pression sanguine diastolique (baisse de 4 %), la fréquence et la durée de l'exercice (augmentation de 52 % et 32 % respectivement). Après six mois, on a observé des résultats positifs quant au poids (baisse de 2 %) et également dans la fréquence et la durée de l'exercice (31 % et 25 % respectivement). Après douze mois, on a observé des résultats positifs que dans la fréquence et la durée de l'exercice (52 % et 23 % respectivement). On n'a pu obtenir de données suffisantes pour la majorité des paramètres, particulièrement après six et douze mois où le taux de réponse était moindre. Au niveau de la santé mentale, les résultats chez les femmes étaient légèrement inférieurs à la moyenne au départ. À trois mois, les résultats de santé mentale ont augmenté (48,3 à 51,2). On peut supposer que le programme de prévention a mieux encouragé les femmes dans leur estime de soi et dans l'introduction de changements dans les habitudes de vie. Toutefois, l'absence de changement quant aux résultats à six mois suggère qu'il devrait y avoir des activités de suivi afin de soutenir les femmes et les encourager à faire des progrès pour atteindre leur objectif global et améliorer leurs comportements en matière de santé.

Types de stratégies à privilégier

Les cliniciens qui fondent leurs interventions en prévention primaire sur une communication positive et réaliste en mettant l'accent sur les attentes du patient sembleraient obtenir de meilleurs résultats chez les femmes (Wong, 2002). Bello et Mosca (2003) sont également d'avis que la communication devrait être la première étape pour encourager une prise de conscience face aux MCV et aux facteurs de risque qui lui sont associés. Ces derniers commentent une étude où 90 % des femmes interrogées indiquaient un désir de discuter avec leur médecin afin de modifier leur risque de MCV, alors que seulement 30 % de celles-ci avaient réellement ces discussions, ces données sont d'ailleurs renforcées par les travaux de Wong (2002). Il faudrait plutôt favoriser une approche où le patient trouve lui-même les arguments favorisant l'adoption de changement plutôt qu'une approche où l'on tente de le convaincre. Dans le cas des interventions visant à modifier les habitudes, les cliniciens devraient entreprendre des interventions plus intensives, et ce, plus rapidement dans le cadre du processus de soins. Les recherches montrent que les femmes ont besoin d'interventions plus intensives, variées et qui s'intègrent à

plusieurs niveaux dans leur environnement, et c'est ce qu'elles préfèrent (Plotnikoff, Hugo & Cousineau, 2001). Elles demandent également plus de soutien officiel et un appui continu pour les aider à maintenir les changements dans les habitudes (Withlock, 2001; Wong, 2002).

La prise en charge de la santé des femmes exige la participation de plusieurs types de professionnels dans plusieurs secteurs d'où l'importance, comme le soulignent Hayes, Weisman et Clark (2003), de coordonner les efforts de ces nombreux intervenants. On peut commencer par les soins de santé primaires pour les interventions auprès des femmes visant à réduire et à prévenir les risques de MCV puisque, à titre d'exemple, 90 % des femmes américaines rendent visite à un professionnel de la santé au moins une fois par année. De plus, le counselling devrait être offert par des équipes multidisciplinaires et, de préférence, dans le cadre de séances individuelles. Ainsi, les meilleures stratégies compréhensives seraient celles qui incluent les services d'une grande variété de professionnels de la santé, tels que plusieurs médecins spécialistes, des infirmières d'expérience, des nutritionnistes et bien d'autres. Étant donné que l'on possède beaucoup de données sur les avantages des interventions visant l'abandon du tabagisme, c'est dans ce premier domaine que l'on devrait concentrer les efforts en matière de prévention (Hayes, Weisman & Clark, 2003). Enfin, les postes dans les secteurs de la promotion et de la prévention étant essentiellement occupés par les infirmières, c'est pour elles une grande occasion de créer un mouvement de promotion de la lutte contre les MCV chez les femmes (Wong, 2002). Hugues et Hayman (2004) ajoutent qu'étant donné que 95 % des services infirmiers sont constitués de femmes d'en moyenne 44 ans, il est fort probable que les femmes s'identifient aux infirmières. Ces dernières ont donc à la fois un intérêt personnel et professionnel à mettre en œuvre des initiatives visant à sensibiliser les femmes sur les MCV. On doit également tenir compte du statut socio-économique de chaque personne pour adopter des stratégies que les femmes perçoivent comme convenables et réalistes. C'est ce que Young (2004) décrit comme la nécessité de passer d'un paradigme médical à un paradigme comportemental en s'attaquant aux obstacles sociaux et financiers qui nuisent à l'adoption d'un style de vie favorable à la santé.

Adhérence des professionnels aux lignes directrices

La conformité des médecins aux recommandations émises dans les lignes directrices en matière de prévention des MCV est une des façons d'améliorer l'état de santé, mais en fait, il semble que cette conformité ne soit pas optimale (Cabana & Kim, 2003; King & Arthur, 2003). L'étude menée par Cabana et Kim (2003) avait pour objectifs de cerner les obstacles qui empêchaient les médecins de se conformer aux lignes directrices et de cibler les interventions qui permettraient d'éliminer ces obstacles. Ainsi, selon leur étude, les principaux obstacles sont les suivants : le degré de connaissance et de familiarité quant à l'existence des lignes directrices, le fait que l'on n'approuve pas toujours le principe des lignes directrices en soi, le manque de confiance des médecins en leur capacité de fournir du counselling sur la nutrition par exemple, le manque de confiance dans les effets positifs de l'application des lignes directrices pour le patient, l'inertie due aux habitudes dans les pratiques et les

obstacles externes qui ont une incidence sur les pratiques (temps pour faire le counselling, aide-mémoire sur les lignes directrices, modes de remboursement des consultations). Ces obstacles sont les mêmes que ceux cernés par King et Arthur (2003) et Hayes et son équipe (2003). D'ailleurs, ces derniers rapportent une récente étude qui montre qu'il faudrait à un médecin 7,4 heures de travail par jour pour qu'il puisse offrir tous les services préventifs prévus par les Task Force (groupe de travail américain) en matière de prévention des MCV.

Selon Cabana et Kim (2003), les interventions susceptibles d'éliminer ces obstacles sont la formation continue afin de mieux connaître les lignes directrices (Hayes, Weisman & Clark, 2003), la collaboration d'un leader dans les milieux cliniques pour en faire la promotion, la dissémination des lignes directrices à grande échelle, l'organisation de conférences présentées sur l'heure du midi et l'envoi de documents directement aux professionnels. La participation des médecins à l'élaboration de lignes directrices est également une stratégie qui peut les aider à mieux s'y conformer tout comme l'appui des lignes directrices par une société spécialisée. Il faut faire connaître aux médecins les résultats positifs de la mise en œuvre de lignes directrices à partir de cas concrets. D'autres solutions à envisager sont l'introduction d'autres professionnels tels que les infirmières dans la mise en œuvre des lignes directrices ou la création de systèmes d'aide-mémoire. Les interventions qui pourraient être les meilleures sont celles qui misent à la fois sur l'éducation du patient, les changements dans les pratiques organisationnelles et les comportements des médecins relativement aux lignes directrices.

Conclusion

On retient principalement qu'en matière de prévention primaire, peu de recherches ont permis de comprendre l'efficacité de certaines interventions et traitements sur l'amélioration du profil de risque de MCV chez les femmes ainsi que les comportements qui amènent des femmes à ne pas maintenir les changements apportés dans leurs habitudes de vie, et de savoir quelles sont les stratégies les plus efficaces pour rejoindre les femmes. À défaut de preuve de qualité quant à l'efficacité des interventions, il est conseillé aux cliniciens de s'inspirer des interventions qui ont été jugées efficaces en ce qui concerne l'abandon du tabagisme (Whitlock, 2001). De plus, tel que le suggère Bassuk (2003), il semble qu'un des défis en prévention primaire est de transmettre un message clair au grand public quant aux stratégies susceptibles de produire des résultats mesurables sur le profil de risque des MCV. Ainsi, Bassuk est d'avis qu'il est préférable d'observer une amélioration modeste dans les habitudes de vie d'une grande portion de la population que d'observer des changements radicaux dans une modeste partie de la population. Enfin, promouvoir de saines habitudes de vie chez la femme c'est comme encourager indirectement de meilleurs comportements chez son (sa) partenaire et chez ses enfants (Wong, 2002).

Les principales recommandations formulées dans les articles visent l'élaboration d'interventions qui correspondent au statut socio-économique et culturel de la femme (Wong, 2002). En donnant des ressources éducationnelles aux femmes et en encourageant les professionnels à les utiliser, on pourrait faciliter l'accès et

l'information sur les services préventifs (Hayes, Weisman & Clark, 2003; Hugues & Hayman, 2004). Les infirmières en pratique avancée peuvent jouer un rôle central dans l'éducation des femmes. Elles peuvent également partager leurs connaissances et leurs expériences avec les autres professionnels de la santé. En utilisant la base de leur connaissance de pointe et leurs capacités de leadership, les infirmières en pratique avancée peuvent créer des partenariats avec les infirmières et les collègues d'autres disciplines afin d'intégrer la prévention au continuum de soins fournis aux femmes (Halm & Denker, 2003). Enfin, selon Cabana et Kim (2003), il serait nécessaire de mener des enquêtes nationales sur les connaissances, les attitudes et les comportements des médecins face aux lignes directrices.

Dans le cadre de recherches futures, on pourrait explorer le profil comportemental des femmes, examiner dans quelle mesure elles sont prêtes à apporter des changements, connaître leurs intérêts en nutrition, leur niveau d'activité physique, apprendre quelles sont les interventions d'abandon du tabagisme, et ce, sur le plan communautaire et/ou personnel (Wong, 2002; King & Arthur, 2003; Halm & Denker, 2003). Le défi consiste également à documenter comment les femmes maintiennent de saines habitudes de vie. En recherche, le défi est de documenter à la fois l'adoption, mais également le maintien de saines habitudes chez les femmes (Krummel, 2001). D'autres études devraient se pencher sur les méthodes les plus susceptibles d'aider la femme à apporter des changements telles que des séances de suivi personnalisées plus fréquentes ou des groupes de soutien communautaire. Whitlock (2001) indique également la nécessité de recherches pratiques afin de déterminer les façons d'établir la priorité, d'organiser et de coordonner des séances de counselling pour les femmes présentant de multiples facteurs de risque. Il faudrait également acquérir plus de connaissances sur l'impact de l'adoption par la femme de comportements sains sur le profil de risque des membres de la famille (Halm & Denker, 2003). À ce jour, il n'existerait aucune donnée compréhensive sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins relativement aux lignes directrices en matière de santé cardiaque (Hayes, Weisman & Clark, 2003). Bref, des études de types qualitatif et quantitatif doivent permettre de comprendre la diversité et la spécificité socioculturelles de la perspective des femmes qu'il est important de connaître pour améliorer leurs habitudes de vie et leur qualité de vie (Wong, 2002).

LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE DIAGNOSTIC

Des 48 articles retenus pour la revue de la littérature, cinq articles visaient principalement à comprendre la symptomatologie et le diagnostic des MCV chez les femmes, et neuf articles présentaient un survol de la question. On y aborde les différents symptômes de MCV chez les femmes, leur manifestation relativement à certains signes cliniques, les symptômes prodromiques, les causes possibles des différences qui existent entre les femmes et les hommes relativement aux symptômes, certains tests de diagnostic, et on y présente des affirmations à l'effet que les femmes sont généralement sous-diagnostiquées ou même non diagnostiquées.

La symptomatologie

Lorsque l'on dit qu'un symptôme ou un signe est typique dans le domaine des MCV, on fait référence aux recherches effectuées auprès d'hommes et qui ont permis de déterminer que la douleur à la poitrine constituait le symptôme le plus commun. C'est également le symptôme le plus fréquemment repéré (Miller, 2002; Patel, Rosengren & Ekman, 2004). En effet, Miller (2002) explique que la majorité des questions posées lors d'une évaluation visent particulièrement à documenter la douleur à la poitrine relativement aux MCV. Les antécédents médicaux de la personne sont donc plus susceptibles de faire référence surtout à la présence ou à l'absence de ce symptôme plutôt qu'aux symptômes qui ont amené le patient à demander de l'aide médicale. De plus, même s'il est important de documenter la douleur à la poitrine, ce n'est peut-être pas le symptôme le plus significatif en ce qui concerne les femmes pour établir le diagnostic (Miller, 2002; Patel, Rosengren & Ekman, 2004). Ainsi, la majorité des auteurs s'accordent pour dire que la douleur à la poitrine constitue encore le symptôme le plus commun chez les femmes et les hommes, mais que les signes non classiques et non localisés à la poitrine sont plus communs chez les femmes. Enfin, selon une étude de Méthot (2004) menée au Québec auprès de 73 femmes caucasiennes, les femmes pré-ménopausées présenteraient davantage de symptômes atypiques à la poitrine comparativement à celles qui sont post-ménopausées, et ce, indépendamment du fait qu'elles sont traitées ou non à l'hormonothérapie.

D'emblée, les qualificatifs pour décrire les symptômes de MCV chez la femme sont nombreux : on indique une douleur plus généralisée, plus discrète, plus subtile, (Cheek, 2003), plus graduelle (Granot, Goldstein-Ferber & Azzam, 2004), parfois aiguë ou passagère, ou très prolongée (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). Les femmes seraient plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes que l'on qualifie d'atypiques. L'étude CASS (Coronary Artery Surgery Study) a défini les symptômes atypiques comme la douleur localisée à gauche ou à droite de la poitrine, à l'abdomen, au dos ou aux bras malgré l'absence de douleur au milieu de la poitrine (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). Il semble toutefois que ce que l'on entend par symptomatologie atypique dans la recherche ne soit pas toujours défini de la même façon. En effet, on définit dans la littérature une variété de

symptômes atypiques chez les femmes tels que la dyspnée, la nausée, les vomissements, l'indigestion, la fatigue, la douleur aux bras et aux épaules, les troubles du sommeil, le souffle coupé (Duvall, 2003). Chez les hommes, les symptômes atypiques les plus communs seraient les vertiges et les évanouissements (Hugues & Hayman, 2004).

La douleur typique à la poitrine irradie à la mâchoire, au dos, au cou ou se transforme en nausée et en palpitations chez les femmes (Mercuro & Rosano, 2003). Les nausées et les étourdissements sont des signes fréquents d'ischémie cardiaque chez la femme. La douleur au repos (at rest) serait plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et apparaîtrait pendant des périodes de stress ou pendant le sommeil. D'autres symptômes particuliers sont, entre autres, l'essoufflement, la transpiration et un sentiment d'oppression à la poitrine. Les femmes présentent une plus haute prévalence de vasospasmes et d'angine microvasculaire associées à des douleurs atypiques à la poitrine (Mercuro & Rosano, 2003). Quant à l'étude PIMI (Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia) rapportée par Modena et ses collaborateurs (2003), on y rapporte que les femmes ressentent une douleur à la poitrine plus souvent que les hommes pendant leurs activités de la vie quotidienne et pendant des épisodes de stress, mais pas en faisant de l'exercice. Dans cette étude, quatre signes ont également été précisés par les deux sexes : la fatigue, la douleur pendant le sommeil, la dyspnée et des faiblesses, toutefois les femmes ont également indiqué des pertes d'appétit, de la dyspnée paroxysmale et des douleurs au dos. Enfin, une étude rapportée par Miller (2002) indique que les femmes de 65 à 75 ans montrent le pourcentage de symptômes atypiques le plus élevé (indigestion, souffle court, douleur épigastrique ou abdominale, nausées, vomissements, diarrhées et un malaise généralisé).

Dans le cadre d'autres études, on a évalué les symptômes en fonction de MCV particulières. Ainsi, Miller (2002) rapporte que les symptômes liés à l'infarctus chez les hommes et les femmes ont été explorés dans plusieurs recherches. La douleur à la poitrine, la diaphorèse, le souffle court sont, dans cet ordre, aussi communs chez les femmes que chez les hommes. Les hommes sont significativement plus susceptibles de présenter des signes de diaphorèse alors que les femmes souffrent de douleurs au dos, aux mâchoires, au cou, elles ont des nausées et le souffle court (ces résultats proviennent d'une étude visant à établir la symptomatologie selon le genre). La fatigue, la douleur au repos, la faiblesse et le souffle court sont les signes et les symptômes les plus communs observés chez les femmes et chez les hommes. Dans une autre étude, on a établi que la douleur à la poitrine (89 %) et le souffle court (52 %) constituent les principaux symptômes. Dans le cadre de cette étude, tant les femmes que les hommes (44 %) ont rapporté dans une même fréquence des sueurs, des nausées et des vomissements. La majorité des études citées par Miller (2002) ont toutefois montré que l'inconfort à la poitrine était le symptôme initial le plus souvent rapporté par les femmes et par les hommes ayant souffert d'un infarctus du myocarde aigu, une conclusion à laquelle sont également arrivés Patel et son équipe dans le cadre de la revue systématique de la littérature qu'ils ont effectuée (2004). Wenger (2003) rapporte pour sa part que plusieurs

femmes ayant vécu un infarctus décrivent un manque de souffle et une fatigue extrême accompagnés ou non de douleur à la poitrine, mais elles rapportent rarement avoir ressenti une douleur écrasante à la poitrine. Une autre étude rapportée par Miller (2002) s'est plutôt penchée sur les différences entre les femmes selon l'ethnie. La grande conclusion est que les femmes mexicaines américaines sont plus susceptibles de ressentir des douleurs au dos et des palpitations alors que les femmes caucasiennes ressentiront plus de douleur aux bras et aux mâchoires. Une autre étude a permis de conclure que les femmes afro-américaines présentent moins souvent des symptômes classiques (douleur/inconfort à la poitrine), mais une plus grande incidence de dyspnée comparativement aux femmes caucasiennes (Miller, 2002). Cheek (2003) pour sa part ajoute que les femmes âgées de 65 ans et plus et souffrant de diabète peuvent ne ressentir aucune douleur pendant un infarctus.

L'étude de Granot et ses collaborateurs (2004) visait à évaluer la perception des femmes post-ménopausées et des hommes souffrant d'angine instable relativement à la douleur ressentie à la poitrine. On a conclu qu'il existe des différences significatives entre les femmes et les hommes quant à l'endroit où la douleur est ressentie (poitrine pour les hommes et estomac, menton, dos et poitrine pour les femmes). De plus, 84 % des femmes ont décrit la douleur comme une pression alors que seulement 37 % des hommes l'ont mentionné. Chez les femmes, 41 % ne pouvaient pas définir la nature exacte de la douleur ressentie à la poitrine alors que ce pourcentage était de 15,6 % chez les hommes. De plus, on a indiqué une relation significative entre les genres quant à l'attribution de la douleur à la poitrine à une MCV (28/31 chez les hommes et 8/21 chez les femmes). Dans cet échantillon, les femmes et les hommes ont rapporté que la dyspnée était la douleur ressentie la plus fréquente. Enfin, les femmes ont rapporté avoir beaucoup plus de symptômes douloureux que les hommes (dyspnée, palpitation, irritabilité, nausée, vertige). Bien qu'il s'agisse d'un petit échantillon (N = 61), les auteurs de cette étude ont conclu que la perception de la douleur à la poitrine et les différences quant à la présentation de la douleur chez les femmes et les hommes souffrant d'angine instable constituaient des éléments complexes. Les femmes rapportent des douleurs plus intenses et un plus grand nombre de symptômes, et décrivent plus souvent la douleur comme une pression ou une sensation indéfinie que les hommes.

Bref, en ce qui concerne la symptomatologie, on remarque un manque flagrant d'études de type qualitatif visant à examiner comment les femmes perçoivent, interprètent et vivent leurs symptômes avant une MCV. Miller l'a fait en 2000 auprès de dix femmes, et les symptômes les plus communs étaient le souffle court, des sueurs, de la fatigue et des faiblesses, bien que plusieurs femmes aient rapporté avoir ressenti de l'inconfort à la poitrine. Plusieurs femmes, avant d'être diagnostiquées, ont mentionné se sentir trop faibles ou fatiguées pour effectuer leurs tâches quotidiennes habituelles. Une autre étude semblable toujours rapportée par Miller (2002) a été menée auprès de 20 femmes après un infarctus. Les conclusions de cette étude indiquent qu'on n'a cerné aucun modèle clair dans la symptomatologie. L'étude a toutefois révélé que seulement 30 % des femmes ont ressenti une douleur grave à la poitrine ou aux bras et 25 % n'ont rapporté aucune douleur ou très peu de douleur lors de

l'infarctus. Les symptômes les plus fréquents étaient des épisodes de sueurs froides (60 %), de la fatigue (55 %) et un malaise général à la poitrine (50 %).

Les symptômes prodromiques

Les symptômes prodromiques sont les symptômes avant-coureurs des MCV. Ils sont rarement décrits dans la littérature et la pratique. On remarque que les femmes et les professionnels de la santé ne les reconnaissent pas comme des symptômes avant-coureurs de MCV. L'étude de McSweeney et ses collaborateurs vise précisément à décrire ces symptômes prodromiques ainsi que les symptômes aigus tels que perçus par les femmes après un infarctus du myocarde. Ainsi, de façon générale, les femmes n'ont pas reconnu l'importance de leurs symptômes prodromiques. Les femmes participant à cette étude et qui ont rapporté avoir consulté un professionnel pour la sensation de fatigue ou parce qu'elle avait le souffle court (symptômes prodromiques) ont été traitées avec des antidépresseurs ou des médicaments pour combattre l'anxiété. Au niveau des douleurs, celles aux épaules et au bas du dos étaient les plus prédominantes (47 %). Toutefois, lorsqu'on ajoute la proportion de femmes ayant ressenti une douleur à la poitrine et une douleur aiguë au centre et à la partie supérieure de la poitrine, on se retrouve avec 54 % de femmes, ce qui rend ce symptôme prodromique le plus fréquent. Au niveau des symptômes aigus, 90 % des femmes ressentent une douleur inconfortable dans la poitrine. Étant donné que ces symptômes aigus sont plus subtils, ils sont souvent assimilés aux symptômes prodromiques. Les femmes n'en tiennent pas compte et on diagnostique par la suite chez elles un infarctus silencieux. Les auteurs soulignent qu'il n'existe pas de mesures permettant de différencier la fatigue, signe avant-coureur d'un infarctus, d'autres types de fatigue. Les professionnels questionnent rarement les femmes en détail sur leur degré de fatigue, et les femmes attribuent souvent leur fatigue à leur âge, au stress et ne la considère pas importante.

Origines des différences

Dans très peu d'études menées, on s'est arrêté pour expliquer les raisons de cette différence entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les symptômes et les signes cliniques. Miller (2002), dans sa revue de la littérature, rapporte que ces variations seraient dues en partie à la pathophysiologie et aux différences qui existent entre les femmes et les hommes en matière d'anatomie et de physiologie. En effet, la cavité thoracique est plus petite chez les femmes, leur cœur est plus léger et les artères sont plus petites que chez les hommes. Les vaisseaux sont plus petits et le processus de remodelage cardiaque est différent, ce qui cause une diminution de l'hypertrophie ventriculaire gauche. Le cœur de la femme répond différemment à l'exercice et aux tests de diagnostic, c'est ce qui expliquerait également les fluctuations d'œstrogène, le rythme cardiaque plus élevé et la fraction d'éjection plus intense. On a également observé des différences dans la composition des plaques et les fonctions de l'endothélium et de l'hémostase qui causent des réactions physiologiques précises (Mercuro & Rosano, 2003). Duvall (2003) pour sa part affirme que les femmes ont une incidence plus élevée d'infarctus du myocarde silencieux ou non reconnu comparativement aux hommes, ce qui rend la détermination des

symptômes et le diagnostic plus complexes. Ces femmes sont plus souvent âgées et moins actives que les hommes et présentent moins de symptômes typiques liés à l'effort physique (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003).

Enfin, certains symptômes peuvent ne pas être associés à une MCV. Les douleurs à la poitrine peuvent s'expliquer ou être interprétées autrement. Une femme qui a des nausées, qui est fatiguée et qui a le souffle court peut souffrir d'autres troubles physiologiques.

Tests de diagnostic

Comme c'est le cas pour la majorité des enjeux en matière de santé cardiaque chez les femmes, l'exactitude des outils de diagnostic relativement à ce dernier n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches. À titre d'exemple, dans la revue systématique de la littérature effectuée par Grady et ses collaborateurs (2004), dans 34 études sur le sujet, on avait demandé la participation de femmes, mais seulement neuf études ont publié des données en fonction du genre. Le diagnostic de maladies coronariennes présente des défis plus importants chez les femmes que chez les hommes, tant à cause de la présence de symptômes « atypiques » qu'en raison du degré de certitude moindre lors de l'interprétation des résultats des tests de diagnostic (Duvall, 2003).

Démarche générale

Seuls Modena, Nuzzo et Rossi (2003) ont rapporté une démarche de diagnostic générale des MCV chez les femmes. Ainsi, en se fondant sur les travaux de Douglas et Ginsberg effectués en 1996, ils affirment que la probabilité du pré-test de MCV chez les femmes est le meilleur critère pour déterminer le test idéal. Ainsi, devant un risque faible (moins de 20 %), aucun autre test n'est recommandé. Dans le cas d'un risque modéré (20 à 80 %), on devrait faire passer une épreuve d'effort. Si le test est négatif, aucune autre investigation n'est requise, mais si les résultats ne sont pas concluants ou positifs, une imagerie ou une angiographie est indiquée. Alors qu'un résultat négatif de l'imagerie permet de rendre un diagnostic, on suggère, dans le cas d'un résultat non positif, de faire passer à la patiente une angiographie. Selon Modena et son équipe (2003), cette même procédure devrait être utilisée pour les femmes à risque élevé, alors que Duvall (2003) soutient que dans le cas d'une femme présentant une probabilité de plus de 80 %, il est préférable de procéder directement à un cathétérisme.

L'électrocardiogramme

Selon les conclusions de plusieurs études, l'électrocardiogramme d'effort est moins précis chez les femmes dû à une plus faible prévalence de maladies coronariennes dans tous les groupes d'âge et à l'incidence possible des hormones sexuelles et des résultats autonomiques à l'électrocardiogramme (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). C'est d'ailleurs à cette conclusion que Grady et son équipe (2003) en sont venus dans leur revue systématique de la littérature indiquant que des preuves fiables suggèrent que l'exactitude des électrocardiogrammes est faible

pour la femme. En effet, plusieurs études ont montré que les femmes présentent un taux considérablement plus élevé de faux positifs en ce qui concerne les épreuves d'efforts en général (Cheek, 2003; Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). D'autres études ont de plus contribué à augmenter le doute quant à la précision de ce type de test chez les femmes en déterminant une spécificité et une valeur prédictive positives beaucoup plus faibles chez les femmes que chez les hommes (Modena, Nuzzo & Rossi, 2003). Cheek (2003) pour sa part précise que l'électrocardiogramme d'une femme qui a fait un infarctus serait moins susceptible qu'un homme de présenter une élévation du ST-segment (Cheek, 2003). Les autres types d'électrocardiogramme n'ont pas été abordés dans les articles consultés.

L'imagerie médicale

Les femmes sont sous-représentées dans les études portant sur la scintigraphie myocardique (d'effort). Pour le moment, on dit que l'exactitude des résultats de ce test est faible chez les femmes et qu'elle ne varierait pas, peu importe l'agent d'imagerie utilisé (thallium ou le Sestamibi) (Grady, Chaput & Kristof, 2004). On suppose que la présence d'artéfacts spécifiques (atténuation des artefacts et présence d'artefacts causés par une chambre ventriculaire gauche plus petite) et de réactions physiologiques particulières sont responsables de la faible exactitude des résultats de ce test chez la femme (Duvall, 2003; Modena, Nuzzo & Rossi, 2003).

Quant à la scanographie au thallium, Grady et son équipe (2003) dans leur revue de la littérature, ont conclu que des preuves fiables suggèrent que l'exactitude des résultats de ce test est faible pour la femme.

Échocardiographie

Dans leur revue systématique, Grady et ses collaborateurs (2003) mentionnent que l'exactitude de l'échocardiographie semble être plus élevée que celle de l'électrocardiogramme, mais que les données demeurent somme toute limitées. Grady a effectué une autre revue systématique en 2004 qui a confirmé que l'exactitude générale de l'échocardiographie était faible en ce qui concerne le diagnostic de MCV chez les femmes. Cheek (2003) précise qu'on est plus susceptible de détecter les maladies coronariennes chez les femmes avec ce test, particulièrement lorsque les fonctions de transport membranaires ou les fonctions des valves sont visées. Enfin, Jneid et Thacker (2001) pour leur part précisent que l'échocardiographie d'effort est moins sensible et précis chez les femmes que chez les hommes qui ressentent une douleur à la poitrine. Ils ajoutent qu'il est important, lorsqu'on utilise l'échocardiographie, d'être conscient des différences entre les femmes et les hommes étant donné que la masse ventriculaire gauche, même après avoir tenu compte de la taille corporelle, demeure plus petite chez la femme.

Cathétérisme cardiaque

L'angiographie coronarienne est le diagnostic le plus fiable chez les femmes. Toutefois, parce qu'il s'agit d'une procédure évasive, il y a des risques de saignement, d'infection et même d'accident vasculaire cérébral et on ne devrait y recourir que si l'on suspecte fortement la présence d'une MCV (Cheek, 2003).

Marqueurs de MCV

En ce qui concerne les marqueurs biochimiques, Grady, Chaput et Kristof (2004) ont examiné 171 articles portant sur la troponine et seulement trois présentaient des résultats spécifiques aux femmes. On retient de ces trois articles qu'un taux élevé de troponine a été observé chez 35 % des femmes et chez 39 % des hommes sans qu'il y ait élévation du segment ST des syndromes coronariens (Grady, Chaput & Kristof, 2004). Enfin, aucune preuve n'appuie la valeur diagnostique des troponines, de la créatine kinase ou de la myoglobine chez la femme souffrant d'ischémie (Grady & al., 2003).

Quant à la calcification coronarienne, quelques preuves suggèrent que l'absence de calcification coronarienne peut permettre d'écarter la possibilité d'une MCV chez la femme et chez l'homme (Grady & al., 2003).

Cette variabilité dans l'évaluation de la validité des tests de diagnostic serait explicable selon Modena, Nuzzo et Rossi (2003). Ils affirment que les résultats des études sur la validité des tests portent à confusion, ce qui est sûrement la conséquence des approches adoptées par les médecins dans le cas des femmes qui ressentent une douleur à la poitrine et qui se caractérisent par un plus grand nombre de requêtes pour des tests de diagnostic comparativement aux hommes. En croyant, à tort, que les femmes ont une moins forte probabilité de maladies coronariennes, les médecins se sentent justifiés de recommander tous les tests possibles plutôt que de risquer de se tromper dans le diagnostic. Par conséquent, on obtient des résultats non homogènes lors des tests de validité et de spécificité des tests de diagnostic chez les femmes.

Des femmes sous-diagnostiquées ?

On indique souvent dans la littérature que les femmes sont sous-diagnostiquées et même non diagnostiquées comparativement aux hommes (Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004). Toutefois, de récentes études tempèrent ces constats en indiquant qu'il y aurait des améliorations au niveau de l'utilisation de tests objectifs lorsqu'une femme présente des symptômes à la poitrine. De plus, lorsque des résultats de test non évasif sont anormaux, un nombre de plus en plus grand de femmes sont susceptibles d'avoir été dirigées vers une artériographie qu'auparavant (Wenger, 2003). Selon Grady et son équipe (2003), quelques preuves suggèrent que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir des tests de diagnostic. Selon Wenger (2003), des preuves suffisantes permettraient d'affirmer qu'on établit plus souvent un diagnostic d'infarctus chez les hommes que les

femmes à leur arrivée à l'urgence. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont plus susceptibles d'avoir un infarctus silencieux ou difficilement discernable. Les différences observées dans l'utilisation des tests et des traitements sont souvent appuyées par des différences dans la gravité de la maladie ou la présence de comorbidité entre les femmes et les hommes, ou par une sur-utilisation de tests et de traitements chez les hommes (Grady & al., 2003).

Délais

Les femmes et les personnes âgées en général sont identifiées dans la littérature comme celles qui attendent le plus longtemps avant de demander des soins. Les femmes âgées sont donc particulièrement à risque. Toutefois, aucun consensus ne semble établi dans la recherche quant aux raisons pour lesquelles les femmes attendent avant de demander des soins (Lefler, 2002). On émet plusieurs hypothèses afin d'expliquer la nature de ce délai : des facteurs biologiques, culturels, des attentes divergentes face aux rôles sociaux et le réflexe qu'ont certaines femmes de ne pas signaler leur douleur pour ne pas faire perdre de temps au médecin (Granot, Goldstein-Ferber & Azzam, 2004).

Ainsi, une étude de 2001, rapportée par Miller (2002), indique que la gravité des symptômes, une lente progression de la maladie ou des symptômes intermittents constituent les facteurs cliniques qui permettent le mieux d'expliquer le temps que prennent les femmes avant de demander des soins. Ce délai a bien entendu une incidence sur la mesure de succès du traitement, l'augmentation de complications létales et de morts subites. Granot et son équipe (2004) expliquent que les hommes seraient, de façon générale, plus intéressés à connaître la cause de leur douleur et la décrivent de façon très concrète alors que les femmes semblent endurantes et décrivent leur douleur de façon très diffuse. De plus, les hommes attribueraient plus souvent leur douleur à une MCV que les femmes, ce qui appuie l'hypothèse selon laquelle les femmes sont plus susceptibles de nier la gravité des MCV et de ne pas y associer leurs symptômes. D'autres rapportent des études où les femmes ont admis retarder l'analyse de leurs symptômes et la gestion de leur maladie pour accorder la priorité aux besoins de la famille. De plus, elles ne veulent pas inquiéter ni déranger leur famille ou leurs amis et préfèrent partager leur expérience avec d'autres femmes (Lefler, 2002; King & Arthur, 2003).

Deux autres études ont permis d'en apprendre davantage sur les raisons du plus grand délai entre l'apparition des symptômes et la demande d'aide médicale. D'abord, Miller (2002) a procédé à l'étude de douze articles qui lui a permis de constater qu'en l'absence de douleur à la poitrine, les patients risquent de ne pas reconnaître la signification des autres signes et symptômes malgré le fait que de larges campagnes de sensibilisation du public aient été organisées pour informer la population sur les signes prodromiques, surtout lors d'un infarctus. Les professionnels de la santé, en l'absence de douleur à la poitrine, sont également susceptibles d'établir le mauvais diagnostic ou de retarder le traitement. Quant à l'étude de Lefler (2002), elle a résumé la littérature en sciences

infirmières qui traite des raisons pour lesquelles les femmes attendent avant d'être traitées pour un infarctus du myocarde aigu. Les raisons sont d'abord d'ordre clinique puisque le caractère atypique des symptômes serait en partie responsable d'un plus grand délai étant donné que les femmes jugent souvent qu'ils ne sont pas assez graves pour demander une assistance médicale. Plus les symptômes sont nombreux, plus les femmes sont susceptibles de demander de l'aide. Enfin, le délai est susceptible d'être plus grand si le symptôme est différent de celui que la femme croyait être un symptôme d'infarctus du myocarde aigu. Des motifs socio-démographiques seraient également des raisons pour lesquelles les femmes et les femmes âgées sont celles qui attendent le plus longtemps, mais on n'a pas précisé ces motifs. De plus, les études sont contradictoires à savoir si l'ethnie a une incidence sur le délai. Enfin, des raisons psychosociales seraient liées au délai. En effet, l'auto-traitement et l'automédication seraient plus communs chez les femmes et se traduiraient par un plus grand délai avant de demander des soins. Le déni face à l'infarctus du myocarde serait un comportement commun chez les femmes qui refuseraient de reconnaître leurs symptômes ou le caractère grave de ces derniers. Enfin, les femmes auraient plus tendance à attribuer d'autres causes aux symptômes de l'infarctus du myocarde aigu (p. ex., une indigestion), ce qui entraîne de plus longs délais.

Conclusion

Il devient difficile d'établir un modèle unique et clair quant à la symptomatologie des MCV chez les femmes. Le fait que les études sur la question visent généralement de petits échantillons de femmes peut contribuer à cette absence de tendances significatives (Miller, 2002). Les propos de Miller (2002) semblent tout indiqués comme conclusion. Selon cet auteur, plusieurs éléments peuvent avoir une incidence sur l'expérience et l'interprétation des symptômes tels que l'âge, les différences physiologiques, l'avancement de la maladie, la comorbidité et le caractère atypique des symptômes. Toutefois, en plus des symptômes ressentis, les femmes vivent différents sentiments dont le refus d'accepter la réalité, la culpabilité et la honte pendant des épisodes de MCV, ce qui peut avoir une incidence sur l'interprétation de leurs symptômes. Les praticiens doivent reconnaître ces sentiments afin d'établir un meilleur diagnostic. Le principal objectif des études est généralement de produire une liste de symptômes plutôt que de déterminer le ou les symptôme(s) dominant(s) ou celui qui incite la femme à demander de l'aide médicale. Enfin, les particularités liées aux symptômes chez les femmes, ainsi que l'arrivée tardive à l'hôpital et/ou l'absence d'un triage rapide, peuvent contribuer au délai des interventions susceptibles de sauver la vie de la femme (Grady & al., 2003).

Au chapitre des recommandations, Miller (2002) affirme qu'il est essentiel, lors du diagnostic, d'être sensible à la présence de plusieurs facteurs de risque chez la femme ainsi qu'aux symptômes moins fréquents, et ce, afin de cerner plus rapidement les problèmes cardiaques chez les femmes. On devrait intégrer aux consultations auprès des femmes plus de discussions sur les risques de MCV et sur l'apparition possible de certains symptômes. Wenger (2003) abonde dans le même sens en suggérant d'être plus méfiant à l'égard de la douleur à la poitrine

et de procéder à une évaluation appropriée de la femme pour qu'ainsi les références et les interventions nécessaires soient effectuées plus tôt. Lefler (2002) pour sa part voit en cette problématique, une occasion pour la pratique infirmière avancée. Selon cet auteur, les infirmières doivent encourager l'évaluation de l'état de santé de la personne selon une approche holistique et en cernant le facteur le plus susceptible de contribuer à prolonger le délai et d'agir selon ce facteur. Elles doivent préparer des documents d'information qui s'adressent particulièrement aux femmes. À l'urgence, elles devraient s'assurer que les femmes âgées et les femmes en général sont traitées de façon prioritaire étant donné qu'elles ont probablement attendu longtemps avant de s'y présenter. De plus, les infirmières peuvent influencer positivement la capacité des femmes à cerner et à interpréter leurs symptômes, à améliorer leurs connaissances sur le caractère parfois atypique de ces derniers. Enfin, McSweeny, Cody et Crane (2001) concluent leur article en précisant que l'on peut s'attendre à ce que les femmes demandent à être traitées pour leurs symptômes moins précis seulement si on les aide à comprendre qu'il s'agit de signes possibles de MCV.

En matière de recherche, Miller (2002) suggère de déterminer les symptômes les plus communs chez les femmes, et ce, en fonction de chaque maladie cardiovasculaire. En ce qui concerne les tests non évasifs, il serait important d'exclure des prochaines études les personnes qui ont des MCV connues et de documenter l'exactitude des différents tests non évasifs de diagnostic des MCV chez les femmes et chez les hommes (Grady, Chaput & Kristof, 2004). Quant à Mercuro et Rosano (2003), ils déplorent le manque d'études visant à mieux définir ce qu'est un symptôme prodromique et à préciser la différence avec un symptôme aigu chez la femme. Miller (2002) ajoute qu'il est nécessaire de mener des recherches dans le cadre desquelles les femmes rapportent leurs symptômes puisque ces études semblent offrir l'occasion de découvrir les symptômes cardiaques qui leur sont propres et permettent plus souvent de déterminer clairement le processus de prise de décision des femmes lorsqu'elles demandent de l'aide médicale. McSweeny et son équipe (2001) vont dans le même sens en appuyant la nécessité de décrire de façon qualitative les symptômes et leurs liens à d'autres variables telles que l'âge, la race, la comorbidité, et ce, afin de développer un portrait clinique complet de la symptomatologie des femmes souffrant d'une MCV.

LE TRAITEMENT

Des 48 articles retenus pour cette revue de la littérature, deux articles abordaient principalement les enjeux relatifs au traitement des MCV chez les femmes, et dans 12 articles, on faisait un survol de la question. On examine dans ces articles certains traitements selon leur efficacité sur les femmes, on y aborde les enjeux de la transplantation cardiaque et on y affirme que les femmes sont sous-traitées et parfois même non traitées pour leur MCV.

Types de traitement et efficacité

Dans l'ensemble, les études n'ont pas montré de différences entre les sexes en ce qui concerne les avantages que l'on peut tirer des différents traitements médicaux (Duvall, 2003). On fournira tout de même dans les prochains paragraphes les détails de l'information contenue dans les articles retenus en ce qui concerne l'efficacité des traitements en prévention secondaire, des interventions percutanées, de l'angioplastie transluminale percutanée, des traitements thrombolytiques et des traitements non médicaux.

Traitements en prévention secondaire

D'entrée de jeu, la majorité des études portant sur les traitements en prévention secondaire, la participation des femmes n'était pas suffisante pour qu'on puisse en tirer des conclusions. Les principaux résultats de ces études indiquent tout de même que les traitements anti-plaquettaires, la prise de bêta-bloqueurs, de bloqueurs calciques, le traitement fibrinolytique et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine réduisent la mortalité de façon comparable chez les femmes et chez les hommes à la suite d'un infarctus (Duvall, 2003). Les études menées sur les bienfaits de l'aspirine sont unanimes quant à son efficacité en prévention secondaire chez les femmes et chez les hommes à risque élevé (Hong, Friedman & Alt, 2003). Selon plusieurs auteurs, des preuves fiables ou adéquates suggèrent que la prise de bêta-bloqueurs, d'aspirine et d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion angiotensine réduit les risques de MCV chez la femme qui a une MCV connue (Grady & al., 2003; Hong, Friedman & Alt, 2003; Duvall, 2003). Selon Grady et son équipe (2003), il n'existerait pas beaucoup de preuves de l'efficacité des traitements tels que la prise de bloqueurs de canaux calciques, d'héparine, de ticlopidine, de clopidrogel et la pose de tuteurs coronariens. Ils ajoutent qu'il existe de bonnes preuves que les nitrates ne réduisent pas les risques de MCV chez la femme ayant une MCV connue. Des preuves fiables suggèrent toutefois que les inhibiteurs des récepteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa administrés à la femme qui a subi une revascularisation percutanée résultent en une réduction du risque de MCV et des besoins en revascularisation, mais que ce traitement chez la femme ayant des syndromes coronariens aigus peut résulter en un taux de mortalité plus élevé. C'est d'ailleurs le seul traitement pour lequel on indiquait dans la littérature une

interaction possible entre les genres puisque les hommes qui reçoivent ce traitement et qui ont des syndromes aigus n'en retirent que des avantages.

En ce qui concerne l'hormonothérapie, depuis l'étude HERS publiée en 1998 (The Heart Estrogen/Progestin Replacement Study), l'American Heart Association ne la recommande plus en prévention secondaire des MCV (Hansen, 2003). Cette étude, la première d'envergure randomisée et contrôlée avec placebo chez les femmes atteintes d'une maladie coronarienne, a été menée auprès de 2 763 femmes et n'a pas montré d'avantage lié à l'hormonothérapie après un suivi de 4,1 ans (risque à 0,99). On a même observé une augmentation de 50 % des incidents cardiovasculaires après la première année. L'étude HERS II publiée en 2002 se voulait un suivi échelonné sur 2,7 ans additionnels auprès de 2 321 personnes ayant participé à l'étude HERS. L'hormonothérapie pendant une période totale de 6,8 ans n'a pas révélé d'avantages cardiovasculaires. Ainsi, ces publications ont modifié la perspective de la communauté médicale et de la population quant au recours à l'hormonothérapie. Les dernières recommandations de l'American Heart Association publiées en 2004 stipulent que l'hormonothérapie ne doit pas être entreprise dans un but de prévention secondaire des MCV. Les cliniciens devraient songer à mettre fin au traitement d'hormonothérapie lorsqu'une femme développe une maladie coronarienne. La décision de continuer ou d'arrêter un traitement d'hormonothérapie chez les femmes atteintes de MCV et utilisant l'hormonothérapie à long terme doit être fondée sur les avantages et les risques non coronariens établis ainsi que sur la préférence de la patiente.

Thérapies de revascularisation

Premièrement, peu de femmes ont participé aux essais à grand déploiement sur la revascularisation, et on les dirige moins souvent que les hommes vers des tests évasifs, il est donc difficile d'évaluer ces stratégies en fonction des femmes (Duvall, 2003). Toutefois, le recours à des procédures de revascularisation de nos jours serait, de façon générale, « neutre » puisqu'on se fonde sur le degré de gravité de l'obstruction artérielle (Wenger, 2003). La majorité des auteurs demeurent toutefois prudents en soulignant le caractère controversé des études portant sur l'efficacité du pontage chez les femmes (Hansen, 2003) et le peu de preuves disponibles (Grady & al., 2003).

De récentes études ont montré qu'il existe moins de différences entre les femmes et les hommes après une intervention percutanée et que les résultats sont meilleurs qu'auparavant chez les femmes (Hansen, 2003). Le profil des femmes dirigées vers des interventions percutanées est le suivant : elles sont plus âgées que les hommes, ont des antécédents d'insuffisance cardiaque et d'angine instable et elles sont moins susceptibles d'avoir déjà souffert d'un infarctus.

On a longtemps affirmé que le sexe était un facteur de risque indépendant pour les pontages et donc, que le taux de mortalité après un pontage était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, particulièrement chez les femmes de moins de 50 ans. On a eu tendance à y diriger moins de femmes alors que le défi est plutôt d'ordre technique : les artères coronariennes sont plus petites chez les femmes, ce qui rend le pontage plus difficile. On a également avancé que d'autres variables telles que la comorbidité et l'âge pourraient constituer des facteurs explicatifs (Wenger, 2003). En raison de ce biais référentiel, les femmes se présentent à un stade plus avancé de la maladie et présentent un plus grand risque de comorbidité (Duvall, 2003). Par contre, quand on tient compte de toutes ces variables, la plupart des études concluent qu'il n'existe pas de différences significatives entre les femmes et les hommes en ce qui concerne le pontage. Dans d'autres études rapportées par Wenger (2003), on souligne également de moins bons résultats psychosociaux chez la femme après un pontage (plus d'épisodes de dépression, retard dans la reprise des activités, retour au travail tardif). Ces constats peuvent être attribués à une plus grande comorbidité, à un soutien social moindre, au fait d'être veuve et aux contraintes financières.

Angioplastie transluminale percutanée

Il existe peu de preuves quant à l'efficacité de l'angioplastie transluminale percutanée (Grady & al., 2003). Duvall (2003) mentionne que le fait que les essais cliniques n'ont jamais révélé de différence significative entre les femmes et les hommes vient probablement du fait qu'en moyenne, seulement 20 à 30 % des sujets des études sont des femmes. On sait cependant que pendant l'angioplastie transluminale percutanée, le taux de succès technique est le même chez les femmes et les hommes, mais le taux de mortalité et de complication est plus élevé chez les femmes (Jneid & Thacker, 2001). Dans les quatre années suivant ce traitement, on constate un nombre plus élevé de décès chez les femmes que chez les hommes, mais autant d'hommes que de femmes sont susceptibles d'avoir un infarctus ou de subir des pontages. Bref, les résultats d'une angioplastie transluminale percutanée chez la femme diffèrent selon les études tant au niveau de la mortalité, des complications majeures que des bienfaits (Wenger, 2003).

Traitements thrombolytiques

Les femmes sont moins susceptibles de se voir administrer des agents thrombolytiques et on le fait plus tardivement dans le processus des soins (Jneid & Thacker, 2001). De plus, il y aurait plus de risque de mortalité précoce et de complications hémorragiques graves pour elles que pour les hommes. Les interventions coronariennes percutanées peuvent être plus efficaces chez les femmes que la thrombolyse parce qu'elles sont moins susceptibles de causer des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (Wenger, 2003).

Traitements non médicaux

Aucune étude retenue n'a abordé l'efficacité d'approches non pharmacologiques ou médicales dans le traitement des MCV chez les femmes.

Transplantation cardiaque

La seule étude qui a abordé la question de la transplantation cardiaque est celle de Hansen (2003), et selon cet auteur, les femmes sont moins susceptibles de recevoir une transplantation cardiaque que les hommes. Elles tendent à être plus âgées lors de la transplantation et elles présentent plus de complications. Les instruments et l'équipement développés pour les chirurgies sont souvent trop gros pour l'anatomie de la femme. Les femmes présentent un risque de mortalité élevé lorsqu'elles sont sur les listes d'attente parce que la surface de leur corps est trop petite pour permettre l'insertion d'un instrument. Les études sont contradictoires à savoir si le taux de survie, à la suite d'une transplantation, est moins bon chez les femmes ou non. De façon générale, on souligne dans les études que les hommes souhaitent régler leur problème cardiaque alors que les femmes ont plus tendance à vouloir réduire le problème, elles optent donc pour des traitements plus conservateurs. Elles sont effectivement plus susceptibles de refuser la transplantation.

Des femmes sous-traitées, non traitées ?

Les principaux constats soulevés dans la littérature sont que les femmes, en plus d'être sous-diagnostiquées, seraient sous-traitées et qu'on les dirigerait moins souvent vers des cathétérismes cardiaques, elles subiraient deux fois moins de cathétérisme cardiaque, d'angioplastie transluminale percutanée, de thrombolyse et de pontage (Wenger, 2003). Toutefois, selon la revue systématique effectuée par Grady et son équipe (2003), peu de preuves fiables suggèrent que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir des tests de diagnostic et des traitements pour les MCV.

En ce qui concerne la pharmacothérapie, les études sont contradictoires à savoir si les femmes sont moins traitées par des médicaments que le sont les hommes (Wenger, 2003; Jelinski, Ghali, Parsons & Maxwell, 2004). Plusieurs auteurs soulignent qu'on leur prescrit moins d'aspirine, d'héparine et de bêta-bloqueurs (Jneid & Thacker, 2001; Hugues & Hayman, 2004). Devant ces constats, une étude menée par Jelinski et son équipe (2004) a permis d'évaluer la possibilité d'une différence entre les genres en ce qui concerne l'utilisation de la médication cardiovasculaire chez les patients récemment hospitalisés pour un infarctus aigu dans des services de santé situés en région urbaine d'une ville canadienne. Selon leurs conclusions de façon générale, l'utilisation de médicaments est semblable chez les femmes et les hommes, mais il existe une différence en ce qui concerne l'acide acétylsalicylique administré à l'hôpital puisque les femmes de plus de 75 ans sont moins susceptibles d'en recevoir que les hommes du même âge. Une autre différence est relative à la proportion de patients âgés à

qui on prescrit des bloqueurs de canaux calciques à la sortie de l'hôpital, une différence qu'on explique peut-être par le fait que plus de femmes souffrent d'hypertension. Quant au nombre moyen de minutes avant de recevoir un traitement thrombolytique, il était significativement différent chez les patients de moins de 75 ans (53 minutes pour les femmes et 42 minutes pour les hommes), bien que cette période soit moins longue que dans des études précédentes. Aucune différence significative n'a été observée chez les patients de plus de 75 ans. Somme toute, il existe plus de similarités entre les femmes et les hommes que de différences dans le traitement par médicaments. Il est possible d'expliquer le peu de différences par un ajustement des pratiques médicales après des études portant sur les différences entre les sexes relativement aux traitements des infarctus aigus.

Au niveau du processus de soins, les femmes feraient l'objet de moins de thérapies agressives, et des auteurs suggèrent que des traitements moins agressifs produiraient des résultats moins favorables chez les femmes que chez les hommes (Wenger, 2003). Les hommes font également l'objet d'une thérapie de revascularisation plus tôt dans le processus de soins (Wenger, 2003), et le délai serait également plus long entre le transfert de l'urgence à l'unité de soins chez les femmes. Les femmes présentant les mêmes symptômes que les hommes sont moins susceptibles d'être admises aux unités de soins coronariens que les hommes (Duvall, 2003) et les médecins prodigueraient moins de soins intensifs aux femmes lors d'un infarctus (Wenger, 2003).

Chez les patients ayant un infarctus du myocarde, les résultats d'essais cliniques randomisés ont montré que le risque de mortalité ou de morbidité était réduit si le patient reçoit des soins rapidement (Lefler, 2002). Toutefois, les femmes seraient moins susceptibles de recevoir des traitements agressifs que les hommes dans le cas d'un infarctus : moins de diagnostic à l'aide de cathéters, une prise d'aspirine moins rapide et moins de thrombolyse. Jneid et Thacker (2001) précisent que ceci ne s'est pas traduit par une différence en matière de mortalité 30 jours après l'infarctus. Une étude menée au Canada indique que les femmes canadiennes de tous âges, ayant eu un infarctus aigu du myocarde, sont moins susceptibles que les hommes de passer une angioplastie transluminale percutanée, de subir un pontage ou une revascularisation (Grace, Fry, Cheung & Stewart, 2004).

Les raisons à l'origine des différences possibles dans le traitement des MCV entre les hommes et les femmes seraient liées à la présence de symptômes non classiques de MCV, au fait que les médecins ne traitent pas les femmes aussi agressivement que les hommes parce que leur cœur et leurs artères sont plus petits et que les femmes admettent plus lentement la possibilité de souffrir d'une MCV (Heid & Schmelzer, 2004).

Conclusion

Le peu de littérature disponible fondée sur des échantillons ne comprenant pas suffisamment de femmes et dans laquelle on analyse les données en fonction du genre suggère qu'il existe peu ou pas de différences entre les

femmes et les hommes en ce qui a trait à l'efficacité des traitements. Par contre, il semble que selon les données disponibles, les femmes sont moins dirigées vers certains traitements et le sont moins rapidement que les hommes. On explique ces différences en se fondant sur des aspects physiologiques, mais également par l'attitude moins agressive des professionnels de la santé lors du traitement des MCV, par le manque de prise de conscience des femmes qui les amène souvent à ne pas reconnaître leurs symptômes et le fait qu'elles attendent avant de demander de l'aide médicale et qu'elles se présentent à un stade beaucoup plus avancé de la maladie.

Dans les études consultées, on n'a pas formulé de recommandation particulière relativement au traitement. On souligne toutefois l'importance de mener des essais cliniques randomisés comprenant des femmes pour mieux évaluer l'efficacité des différents types de traitements disponibles (Grady & al., 2003).

INTERVENTIONS EN PRÉVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE

Des 48 articles retenus pour rédiger ce rapport, sept ont pour objet principal la prévention secondaire et/ou tertiaire chez les femmes atteintes d'une MCV et, dans cinq articles, on a fait un survol de ces questions. On entend par prévention secondaire le traitement reçu après l'établissement d'un diagnostic de MCV. En ce qui concerne la prévention tertiaire, elle peut se définir comme étant « l'ensemble des mesures visant à freiner l'évolution de la maladie ou à en réduire les conséquences une fois celle-ci établie » (Beaucage & Bonnier Viger, 1996, p. 539), c'est le cas des programmes de réhabilitation cardiaque par exemple. Les articles abordent les incidences des interventions en prévention secondaire et tertiaire, les facteurs qui incitent la participation en prévention tertiaire et les types de programmes et de stratégies à privilégier.

Les incidences des interventions en prévention secondaire

Les études n'ont pas permis d'évaluer si on adopte plus de changements dans les habitudes de vie en prévention secondaire, lorsque le risque est perçu comme immédiat. Des études ont montré que les patients étaient souvent très impressionnés et influencés par l'information épidémiologique reçue après un infarctus du myocarde (King & Arthur, 2003), mais on n'en sait pas plus sur le sujet, ni sur la réalité propre aux femmes. Ce qui a été documenté, c'est que les femmes seraient moins susceptibles de recevoir de l'enseignement en prévention secondaire que les hommes (Hansen, 2003). C'est d'ailleurs une des conclusions de l'étude de Caulin-Glaser (2001) dans laquelle les hommes avaient reçu plus d'enseignement sur la prévention secondaire lors de leur séjour à l'hôpital après une revascularisation. Toutefois, il semble que les femmes et les hommes aient les mêmes habiletés à demander de l'information ou à identifier une personne capable de donner de l'information. Il faudrait donc agir pour sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance de cet enseignement pour les femmes puisque ce sont ces connaissances qui leur permettraient de protéger leurs propres intérêts. Caulin-Glaser et son équipe ajoutent que ceci serait d'autant plus nécessaire chez les femmes plus âgées qui sont parfois moins confiantes en leur capacité à participer à des programmes d'exercice. Toutefois, dans plusieurs études, on a souligné qu'en raison d'un séjour hospitalier moins long après un événement cardiaque il est difficile de dispenser l'enseignement sur la prévention secondaire (Bittner & Sanderson, 2003; Gallagher, McKinley & Dracup, 2003). Dans ce contexte, d'autres stratégies d'enseignement sont mises de l'avant. Par exemple, dans le cadre de l'étude menée par l'équipe de Gallagher (2003), on a évalué l'efficacité d'un suivi téléphonique sur l'ajustement psychosocial des femmes après un événement cardiaque. Les auteurs ont conclu que bien que le suivi téléphonique soit une méthode acceptable, la combinaison de plusieurs interventions flexibles serait probablement souhaitable pour enseigner la prévention secondaire aux femmes qui sont en période de réhabilitation.

Les effets des traitements utilisés en prévention secondaire des MCV chez les femmes ont été abordés à la section précédente.

Les incidences des interventions en prévention tertiaire

L'objectif général d'un programme de réhabilitation cardiaque est de diminuer les effets physiologiques et psychologiques des MCV en contrôlant les symptômes cardiaques, en diminuant les risques d'un autre épisode de maladie et de décès, et de prévenir la progression de la maladie (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001). La réhabilitation cardiaque fait l'objet de plus en plus d'études comprenant des sujets féminins bien que pour l'instant, il n'existe que très peu d'études dans le cadre desquelles on a effectué des analyses en fonction du genre. Les thèmes abordés dans la littérature consultée sont les effets de la réhabilitation, les facteurs qui incitent la participation des femmes, les types de programmes de réhabilitation mis de l'avant ainsi que les principales recommandations et conclusions formulées dans le cadre de ces études. Dans la littérature, on divise les incidences de différentes interventions en réhabilitation cardiaque en trois catégories : les résultats cliniques, les résultats psychosociaux et les résultats sur les changements comportementaux et l'adhérence à ces changements. Une seule étude a abordé brièvement le rendement coût efficacité de la réhabilitation. De plus, il importe de rappeler que peu d'études visaient à déterminer les effets de la réhabilitation et lorsque c'était le cas, les échantillons comprenaient peu de femmes. Dans ce contexte, il est difficile d'affirmer que ces résultats peuvent être généralisés aux réalités propres aux femmes.

Résultats cliniques

D'emblée, dans l'étude de Grace (2004) on indique qu'aucune donnée canadienne n'est disponible en ce qui concerne l'efficacité des programmes d'intervention en prévention secondaire des MCV. Toutefois, des études suggèrent que les programmes de réhabilitation améliorent la capacité d'exercice et l'endurance, et ce, de façon similaire chez les femmes et chez les hommes (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001; Bittner & Sanderson, 2003). Quant aux autres effets, la revue de la littérature effectuée par Bittner et Sanderson (2003) permet de suggérer que les programmes de réhabilitation ne sont pas assez longs pour qu'ils produisent des changements significatifs dans le profil des lipoprotéines. Grady, Chaput et Kristof (2004) ont pour leur part examiné neuf études dans le cadre desquelles on évaluait l'efficacité de traitements visant à réduire les lipides chez les femmes avec une MCV connue. Ils ont conclu que ces traitements réduisent les risques de mortalité par MCV (26 %), les risques d'infarctus (36 %) et les risques de MCV majeurs de 21 %. Il n'y avait pas de preuves suffisantes pour soutenir que ce traitement réduit le taux de procédures de revascularisation et aucune preuve quant à la réduction du risque total de mortalité. Quant au poids, les changements sont nuls ou minimaux alors que les données sur la pression sanguine sont contradictoires. Aucune étude n'a révélé de changements dans le taux d'insuline ou d'hémoglobine glyquée et aucune intervention en

réhabilitation n'a révélé avoir une incidence sur la mort subite ou sur les infarctus non fatals. De façon générale, les études suggèrent que les femmes tirent des avantages cliniques et comportementaux semblables à ceux des hommes en participant aux programmes de réhabilitation (Bittner & Sanderson, 2003; Heid & Schmelzer, 2004). Enfin, les résultats de la revue systématique de la littérature effectuée par Grady et ses collaborateurs (2003) indiquent que des preuves fiables ou adéquates suggèrent que l'abandon du tabagisme après un infarctus réduit les facteurs de risque de MCV chez les femmes et chez les hommes.

Résultats psychosociaux

D'emblée, Bittner et Sanderson (2003) précisent que de toutes les études portant sur les facteurs psychosociaux et qui ont fait l'objet de leur revue de la littérature, seulement la moitié comprenait des femmes ou de l'information sur les différences entre les genres. Pour l'instant, on ne sait simplement pas si les interventions psychosociales en réhabilitation doivent être spécifiques au genre. On a prouvé que les programmes de réhabilitation permettent de réduire les symptômes de dépression, d'anxiété et de somatisation chez les femmes (Bittner & Sanderson, 2003). En fait, ces améliorations ne seraient pas générales et varieraient beaucoup d'une femme à une autre. Les données sur l'efficacité personnelle (croire en soi, en ses capacités) suggèrent que les femmes font preuve de moins d'efficacité personnelle lorsqu'il est temps de faire de l'exercice ou des activités de la vie quotidienne. Enfin, certaines études ont rapporté un bon niveau de qualité de vie chez les femmes qui participent à des programmes de réhabilitation (Bittner et Sanderson, 2003), mais de façon générale, on connaîtrait mal les avantages des interventions d'éducation et de soutien sur la qualité de vie des femmes après un événement cardiovasculaire (Gallagher, McKinley & Dracup, 2003).

Changements comportementaux et adhérence

La littérature semble unanime en ce qui concerne les difficultés que rencontrent les femmes à adopter des changements comportementaux et à y adhérer pendant et après la réhabilitation. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs souligné le taux d'abandon élevé des femmes participant aux programmes de réhabilitation (Arthur, Wright & Smith, 2001; Blanchard, Rodgers, Courneya, Daub & Black, 2002) ainsi qu'un faible taux d'adoption de changements dans les habitudes de vie après un événement cardiaque (Marcuccio, 2003). Malgré ces statistiques, certaines études ont souligné le grand désir manifesté par les femmes d'améliorer leur santé grâce à la réhabilitation (Heid et Schmelzer, 2004). Fleury et son équipe (2001) affirment que plusieurs d'entre elles ont démontré que la personnalité est susceptible de jouer un rôle central dans la régulation des pensées d'une personne, dans ses motivations, dans sa prise de décision relative aux comportements face à sa santé et dans la formulation des objectifs à atteindre durant la convalescence. C'est d'ailleurs ce que l'étude de Gallagher, McKinley et Dracup (2003) a exploré en cernant les éléments qui permettent de prévoir un faible ajustement psychosocial chez les femmes qui participent à des programmes de réhabilitation cardiaque, des éléments qui influencent leur capacité à intégrer des changements dans leurs habitudes de vie. Ils ont conclu que

minimalement l'âge (avoir moins de 55 ans), le fait d'avoir vécu un événement très stressant pendant le suivi, d'être sans emploi, d'être à la retraite et d'avoir une faible capacité d'ajustement a une incidence sur la capacité d'intégrer des changements en réhabilitation. Les éléments qui permettent de prévoir l'anxiété sont l'expérience d'un événement très stressant pendant le suivi, la réadmission à l'hôpital pour un problème cardiaque, le fait d'être sans emploi, d'être à la retraite et de ne pas avoir eu de contrôle sur le problème cardiaque avant son apparition. Ce sont les mêmes éléments pour la dépression, mais on y ajoute le fait d'avoir vécu des épisodes de dépression avant le problème cardiaque. Selon les auteurs, la connaissance de ces éléments qui laissent envisager un faible recouvrement psychologique peut aider à identifier les femmes qui ont particulièrement besoin d'intervention lors de la réhabilitation. Quant à l'étude de Blanchard et de son équipe (2002), on s'est intéressé au lien entre la « task efficacy »³, la « barrier efficacy »⁴, l'anxiété et l'humeur positive (la vigueur) relativement à l'adhérence aux changements dans les habitudes de vie, et ce, de la pré à la post-réhabilitation. Ils ont conclu que les femmes présentent des augmentations plus significatives que les hommes tant en ce qui concerne l'efficacité à accomplir les tâches que les obstacles qui y sont liés de la pré à la post-réhabilitation, mais qu'on a observé des diminutions semblables entre les hommes et les femmes lors du suivi post-réhabilitation. De plus, les femmes et les hommes montrent une diminution semblable du niveau d'anxiété et une même augmentation de la vigueur pendant la période de la pré à la post-réhabilitation alors que la vigueur diminue significativement chez les hommes et les femmes pendant le suivi de post-réhabilitation. Ces études suggèrent que les hommes et les femmes ont peut-être, comme le proposent Gallagher et son équipe (2003), des modèles de réhabilitation psychosociale différents.

Coût-efficacité

Une étude a indiqué qu'on atteint un meilleur rendement coût efficacité avec les programmes de réhabilitation qu'avec les traitements pour les infarctus du myocarde comprenant l'administration d'agents thrombolytiques, la gestion de l'hyperlipidémie (lovastatin) et le traitement de l'hypertension au moyen de bêta-bloqueurs (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001).

Les facteurs qui incitent la participation en prévention tertiaire

L'efficacité des services de réhabilitation dépend en grande partie de l'habileté du patient à assister aux séances et à adopter les stratégies qui lui permettront de tirer profit de ces services (Bittner & Sanderson, 2003). Sur ce point, la littérature est unanime et indique qu'une faible proportion de femmes participe à des programmes de réhabilitation cardiaque alors qu'elles y sont admissibles. On a proposé plusieurs hypothèses pour expliquer ce faible taux de participation des femmes : un faible taux de renvoi de la part des médecins, peu de

³ La confiance en ses propres capacités à accomplir une tâche

⁴ Les obstacles à leur propre capacité à accomplir une tâche, mais dans un environnement où il existe des défis à relever

recommandation de la part des professionnels de la santé, le rôle de la famille et des proches, l'âge plus avancé de la femme au moment de la réhabilitation et les problèmes d'accessibilité.

Référence et recommandation des professionnels

Seulement un faible pourcentage de patients admissibles serait dirigé en réhabilitation (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001) et cette proportion serait plus importante chez les femmes que chez les hommes (Hansen, 2003). On rapporte des études dans lesquelles on a reconnu le renvoi par un médecin comme un élément permettant de prévoir fortement la participation des femmes en réhabilitation cardiaque (Missik, 2001; Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001; Bittner & Sanderson, 2003). Toutefois, les raisons pour lesquelles les médecins font peu de renvoi, particulièrement chez les femmes, demeurent obscures. Bien que les résultats de Missik (2001) aient permis de cibler les couvertures d'assurance comme principale barrière aux renvois par les médecins (cette conclusion ne s'applique pas à la réalité du Québec étant donné la couverture d'assurance qui prévaut). D'autres hypothèses sont émises, entre autres, un certain scepticisme de la part des médecins face aux avantages réels de la réhabilitation pour le patient et le fait que les femmes sont trop âgées et présentent une trop grande comorbidité. De plus, il semble que parce que les femmes sont suivies par plusieurs professionnels de la santé, on relègue la responsabilité du renvoi en réhabilitation aux autres professionnels (Caulin-Glaser, Blum, Schmeizl, Prigerson, Zaret & Mazure, 2001). Dans le cadre de l'étude de Caulin-Glaser et son équipe, on a suggéré d'évaluer les différences possibles entre les genres relativement aux renvois des médecins en réhabilitation cardiaque. Ils ont conclu qu'il existe des différences entre les genres puisque les hommes étaient plus souvent dirigés vers les programmes de réhabilitation et obtenaient plus de soutien et d'encouragement de la part des professionnels. Sur ce dernier point, dans leur étude, Heid et Schmelzer (2004) soulignaient également que l'encouragement des professionnels constitue un élément qui favorise fortement la participation des femmes en réhabilitation.

Rôle de la famille et des proches

Un autre élément déterminant en ce qui concerne la participation des femmes en réhabilitation serait l'encouragement et le soutien des proches. Chez les femmes, il semble que ce soit l'encouragement des enfants qui ait le plus d'influence sur leur participation (Bittner & Sanderson, 2003; Hansen, 2003). Dans le cadre de l'étude de Caulin-Glaser et son équipe (2001), on a conclu que les hommes bénéficient d'un meilleur encouragement de la part de leur conjointe que les femmes de la part de leur conjoint. Quant à l'étude de Heid et de Schmelzer (2004), elle a confirmé la conclusion de Marcuccio et de son équipe (2003) qui ciblait l'encouragement de la famille comme élément déterminant de la participation.

L'âge

L'âge avancé de la femme lors de la réhabilitation est un élément fréquemment cité dans la littérature pour expliquer le faible taux de renvois de la part des médecins et, par conséquent, la faible participation des femmes en réhabilitation. Une revue de la littérature de Bittner et Sanderson (2003) a permis de confirmer que les femmes avaient tendance à être plus âgées que les hommes au moment de la réhabilitation, mais on avait également pu déterminer que le taux de participation variait selon le diagnostic au moment de l'admission. Par exemple, après un infarctus du myocarde, le taux de renvoi est plus bas, et ce, particulièrement chez les femmes (6,9 % comparativement à 13,3 % chez les hommes). De plus, on associe à l'âge avancé la présence de comorbidité et de plusieurs facteurs de risque (Hansen, 2003). Dans la revue de la littérature effectuée par Bittner et Sanderson (2003), les femmes ont rapporté des niveaux d'activité physique plus bas que les hommes, de moins bons niveaux de qualité de vie et une plus grande prévalence de l'anxiété alors que la dépression était aussi commune chez les hommes que chez les femmes. L'étude de Heid et Schmelzer (2004) a également permis de constater que les femmes questionnées ne se jugeaient pas en assez bonne santé pour participer à la réhabilitation. Enfin, Caulin-Glaser et son équipe (2001) rappellent que l'âge n'est pas une contre-indication à la réhabilitation cardiaque, mais qu'il exige des interventions adaptées à cette réalité.

Accessibilité

Les principales barrières à l'accessibilité cernées dans la littérature sont liées au transport et à la couverture d'assurance (Hansen, 2003; Heid, & Schmelzer, 2004).

Autres raisons citées

Une étude qualitative dans le cadre de laquelle on a procédé à des entrevues auprès de 241 femmes a permis d'ajouter les éléments suivants à la liste des obstacles cités précédemment : l'insatisfaction relativement aux soins, le manque d'éducation sur la réhabilitation, le manque de ressources en réhabilitation et la présence de symptômes de dépression et d'anxiété (Marcuccio, Loving, Bennett & Hayes, 2003).

Types de programmes et de stratégies à privilégier

De façon générale, on souligne que les études ne permettent pas de savoir si les approches mises de l'avant en matière de réhabilitation sont aussi efficaces chez les hommes que chez les femmes, et ce, bien que, selon les conclusions de certaines études, on affirme qu'ils répondent différemment aux mêmes interventions (Gallagher, McKinley & Dracup, 2003). On cite généralement deux types de programmes dans la littérature, ceux axés sur les exercices et ceux de type compréhensif. En ce qui concerne les programmes d'exercice, seul Bittner et Sanderson (2003) soulignent que les interventions axées exclusivement sur les exercices ont un meilleur impact sur la mortalité en général et sur la mortalité par MCV. Toutefois, ces derniers recommandent d'offrir aux

femmes des programmes de réhabilitation de type compréhensif, comprenant des interventions éducationnelles, des séances de counselling et des interventions liées aux comportements dans le cadre de la gestion de la maladie, la réduction du risque et l'intégration de changements dans les habitudes de vie. On recommande des approches personnalisées en matière de nutrition et des interventions visant l'abandon du tabagisme, mais encore une fois, il existe peu de données sur la façon dont ces interventions sont mises en œuvre. D'autres auteurs ont souligné l'importance de mettre les femmes en contact avec d'autres femmes qui ont vécu une expérience semblable (Arthur, Wright & Smith, 2001). Il serait également important de comprendre que les personnes doivent vivre différentes étapes avant d'être prêtes à passer à l'action. Dans ce contexte, certaines femmes peuvent être prêtes à prendre une décision pendant le séjour à l'hôpital, mais d'autres peuvent avoir besoin de plus de temps (Heid, 2004). King (2001) pour sa part ajoute que le déficit fonctionnel observé chez certaines femmes tôt dans le processus de rétablissement est peut-être dû au fait qu'elles en font plus qu'elles ne le devraient. Dans ce même ordre d'idée, les programmes de réhabilitation qui encouragent à faire de l'exercice et à reprendre rapidement les activités habituelles ne sont peut-être pas adéquats pour les femmes qui font tout ça par elles-mêmes. Encore une fois, on recommande de tenir compte des différentes capacités fonctionnelles de chacun et des responsabilités de la femme dans les objectifs de la réhabilitation.

Conclusion

Les seuls éléments qui ressortent clairement de tous les articles lus sur le sujet de la réhabilitation cardiaque et de la prévention secondaire et des analyses effectuées en fonction du genre sont le faible taux de participation des femmes aux programmes de réhabilitation, le taux élevé d'abandon de ces programmes et la quasi-absence d'études dont les échantillons comprennent un nombre suffisant de femmes. La littérature sur les stratégies d'éducation en prévention secondaire à adopter auprès des femmes est particulièrement peu abondante. Dans ce contexte, on ne sait pas grand-chose de l'efficacité des programmes de réhabilitation tant sur les plans cliniques que psychosociaux alors que quelques recherches ont récemment permis d'amorcer des réflexions sur l'adhérence des femmes aux changements de comportement après une MCV. Les connaissances sont également insuffisantes en ce qui concerne les facteurs qui influencent la participation des femmes aux programmes de réhabilitation. Le renvoi par le médecin, les encouragements des professionnels de la santé et le soutien de la famille, particulièrement de la part des enfants, sont les facteurs les plus souvent cités. Enfin, on ne sait pas si les femmes et les hommes répondent différemment aux mêmes interventions ou stratégies en matière de réhabilitation, et on souligne qu'il est important de tenir compte de la multiplicité des expériences des femmes.

Les principales recommandations formulées dans les différents articles indiquent qu'en prévention secondaire, il faut centrer les interventions sur l'éducation du patient et de la famille et sensibiliser les médecins à l'importance de la prévention secondaire. De plus, on souligne l'importance de mettre en œuvre des programmes de réhabilitation plus agressifs quant aux interventions et aux approches psychosociales tout en se souvenant des

différents besoins individuels des femmes. Missik (2001) pour sa part propose des approches alternatives aux programmes de réhabilitation, par exemple la réhabilitation à la maison, dans la collectivité, dans le milieu immédiat des femmes ou les intégrer dans d'autres services de santé existants.

Des études sur l'efficacité des approches en réhabilitation en fonction du genre sont nécessaires. On souligne également qu'il est important de mieux comprendre pourquoi le taux d'adoption de changements dans les habitudes de vie demeure si bas chez les femmes après qu'elles ont reçu un diagnostic de MCV. En ce qui concerne la participation aux programmes de réhabilitation, dans le cadre d'autres études, on pourrait explorer en quoi la présence ou non du conjoint, d'un membre de la famille, d'un ami constitue un facteur ayant une incidence sur la participation de la femme. Enfin, il existe très peu de données sur la conformité à la prise des médicaments prescrits par les patients en réhabilitation et on ne sait pas vraiment s'il existe des différences entre les sexes.

EXPÉRIENCE DE LA MALADIE

Cette section regroupe les résultats d'études visant à explorer le sens que les femmes confèrent à leur expérience de la maladie. Ces études de type qualitatif, bien que peu nombreuses et difficilement généralisables aux réalités d'autres femmes, explorent en profondeur les sentiments des femmes et comment elles intègrent leur MCV à leur nouvelle réalité. On commence à déplorer dans la littérature le manque de connaissances flagrant sur la façon dont les femmes vivent après une MCV (Arthur, 2001; Marcuccio, Loving, Bennett & Hayes, 2003).

Des 48 études, seulement deux visaient à explorer le sentiment des femmes à l'égard de leur MCV.

Tout d'abord, dans l'étude de Arthur (2001), on décrit l'expérience qui a mené à l'élaboration et à la formation d'un groupe de soutien psycho-éducatif et communicationnel dans la collectivité pour les femmes vivant avec une MCV. L'étude a été menée auprès de 20 femmes canadiennes admises à l'hôpital pour un infarctus du myocarde, un pontage, une angioplastie transluminale percutanée ou de l'angine. Les deux groupes de soutien (10 femmes dans chaque groupe) se sont rencontrés une fois par mois pendant deux heures pour un total de cinq mois.

L'analyse du contenu des entrevues a permis de relever les expériences suivantes. De façon générale, les participantes ont dit se sentir seules, vulnérables et confuses. Elles répriment leurs sentiments et leurs émotions devant leur famille et leurs amis. La période de convalescence serait terrible en terme d'isolement, une situation que l'on qualifie de destructrice. Elles disent toutes avoir besoin d'exprimer leurs sentiments et de partager leurs expériences. La relation avec le médecin semble fondée sur le principe qu'il faut « sauver les apparences », on encourage la femme à oublier ce problème cardiaque et à aller de l'avant. Ainsi, les MCV sont présentées comme des événements statiques qui interrompent brièvement le fonctionnement normal. Les membres de la famille réagiraient plutôt en voulant protéger qu'en essayant de comprendre et de partager les sentiments. Par rapport au groupe de partage, les femmes ont indiqué se sentir à la fois soutenues par les autres femmes et un soutien pour elles. Le rôle des infirmières accompagnatrices s'est avéré essentiel dans la promotion du soin et ces dernières ont pu être témoins de la souffrance vécue. Elles étaient à la fois une source d'information sur les MCV, mais également une présence réconfortante et à l'écoute des préoccupations des femmes.

Cette étude a donc permis de cerner les lacunes relativement aux soins offerts tant au niveau institutionnel que dans la collectivité. Ainsi, les programmes de réhabilitation ne permettraient pas de répondre aux besoins émotionnels et d'adaptation à la nouvelle situation des femmes. Les femmes vivant avec des MCV ont des problèmes qu'il faut souvent plus que six mois à résoudre (la durée des programmes de réhabilitation). Les

enjeux ciblés par les femmes sont différents de ceux des hommes qui ont été répertoriés dans la littérature. L'expérience unique des femmes face à leur réhabilitation serait probablement caractérisée par leur incapacité à vivre leur souffrance ouvertement avec leur famille.

La deuxième étude menée par Fleury (2001) visait à déterminer et à décrire l'expérience de femmes qui s'efforcent de reconstruire leur « estime de soi » après un diagnostic de MCV. L'échantillon était constitué de 13 femmes ayant vécu un épisode cardiaque aigu et âgées entre 42 et 78 ans. On a déterminé trois thèmes pour comprendre la lutte qu'entreprennent les femmes en vue de restaurer leur « estime de soi » après un diagnostic de MCV : 1) la recherche d'une explication; 2) le développement de nouvelles capacités; 3) l'acceptation de soi.

D'abord, la recherche d'une explication est ni plus ni moins qu'une recherche associée tant à l'établissement de lignes directrices dans les efforts visant à modifier les facteurs de risque qu'aux sentiments de colère et de culpabilité ressentis envers soi. Dans cette recherche d'une explication, les femmes expliquent qu'elles sont reconnaissantes d'avoir eu droit à une seconde chance. La femme est également en processus de découvrir la nouvelle personne qu'elle est devenue. Elle est consciemment engagée dans une lutte visant à réévaluer les rôles qu'elle tenait auparavant ainsi que sa propre valeur.

Au niveau du développement des nouvelles capacités, la femme découvre de nouvelles sources de capacités émotionnelles et physiques après un diagnostic de MCV. En explorant ces nouvelles forces, elle est en mesure de définir les buts à atteindre pour apporter des changements dans les habitudes de vie et pour trouver la motivation d'entreprendre et de maintenir ces changements. Elle apprend à se faire confiance et à croire en ses capacités. Elle redéfinit ses priorités, elle réalise ce qui est important maintenant, ce qui lui donne un certain contrôle sur son processus de réhabilitation. C'est peut-être la première fois depuis des années qu'elle fait l'objet de ses propres soins. Développer de nouvelles capacités permet à la femme de passer d'une perception défaitiste de la maladie à la considération des multiples occasions et possibilités qu'elle permet.

Au niveau de l'acceptation de soi, on observe l'émergence d'une intégrité qui est atteinte petit à petit par le respect, la croyance en soi et l'auto-soin. Selon la majorité des femmes, leur réseau relationnel ne leur donne pas le type de soutien qu'elle espérait. Dans leur quête de partage et de compréhension, les femmes souhaitent donc entrer dans une relation sur un pied d'égalité et que cette relation puisse soutenir leur croissance personnelle et leur nouvelle vision du monde.

Conclusion

Il faut privilégier les stratégies qui permettent de promouvoir la découverte de sentiment, les points forts personnels, l'acceptation de soi et qui mettent en relation des personnes qui se rétablissent d'une MCV. La

recherche d'une explication exige de comprendre le diagnostic et ses conséquences possibles, et ce, dès le début de la convalescence (les premiers jours ou semaines). La convalescence est caractérisée par le besoin de se protéger tout en réduisant la tension face aux besoins des autres et à ses propres besoins d'où l'importance de faire participer les membres de la famille pour cerner les attentes, définir les rôles et les compétences de chacun dans le cadre du processus de réhabilitation. Le soutien des pairs s'avère également très efficace dans ce processus (Fleury, 2001).

CONCLUSION

Les enjeux et les mécanismes liés aux différences entre les hommes et les femmes face aux MCV sont loin d'être clairs pour la majorité des auteurs. Le manque de connaissances et le faible degré de prise de conscience face aux MCV contribuent à ce que l'on peut qualifier de crise en santé publique.

S'il y a un message à retenir après ce survol de la littérature et sur lequel on devrait centrer les interventions, c'est probablement la faible prise de conscience des femmes et des professionnels de la santé face au risque de MCV dans la population féminine. Chez les femmes, ce manque de prise de conscience a des conséquences directes, entre autres, sur leur intérêt et leur motivation à apporter des changements dans leur profil de risque de MCV, sur leur capacité à reconnaître leurs symptômes de MCV et à demander de l'aide médicale en raison de ces symptômes et même d'intégrer à leur quotidien des enseignements en prévention secondaire et tertiaire. En ce qui concerne les professionnels de la santé, ce faible niveau de prise de conscience a des répercussions, entre autres, sur l'adoption de lignes directrices en matière de prévention primaire des MCV chez les femmes, sur le diagnostic et le délai dans lequel les MCV peuvent être traitées ainsi que sur le renvoi et l'encouragement à participer à des programmes de réhabilitation.

De plus, on a fait ressortir tant l'importance de développer un corpus de savoir sur les MCV qui soit spécifique à la population des femmes, et ce, afin d'orienter la santé publique, mais également de développer une sensibilité face à la multiplicité des expériences des femmes ainsi que l'importance d'incorporer cette diversité au sein des différentes interventions. Il semble également crucial d'offrir une lecture physiologique, mais également sociologique de la santé cardiaque des femmes. Pour ce faire, on signale l'importance de mener des essais randomisés incluant de larges échantillons de femmes ainsi que des revues systématiques et des méta-analyses. On ajoute l'importance de présenter les résultats en fonction du genre, par sous-groupes de la population des femmes et de publier les résultats qu'il y ait différence ou non entre les femmes et les hommes. On souligne également le manque flagrant d'études qualitatives susceptibles de documenter la façon dont les femmes comprennent et vivent leurs MCV et comment elles se sentent. Aucune étude parmi celles retenues n'a toutefois invoqué l'importance de mener à la fois des études quantitatives et qualitatives sur le sujet, ce qui pourrait être une façon d'explorer à la fois la complexité et la diversité des expériences des femmes relativement à la santé cardiaque.

Enfin, on n'a pas documenté dans ce survol de la littérature toutes les dimensions de la santé cardiaque des femmes. Pour être plus précis, il n'a pas fait ressortir les enjeux relatifs aux sous-populations de femmes plus vulnérables, particulièrement les femmes de collectivités culturelles et celles vivant dans des conditions socio-économiques précaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (2004), *Plan d'action régional en santé des femmes 2004-2007. Pour s'adapter à votre réalité*, recherche et rédaction : Josette Tardif, Québec, 116 p.
- ARTHUR, H.M., D.M. WRIGHT et K.M. SMITH, « Women and heart disease : the treatment may end but the suffering continues », *Can J Nurs Res*, vol. 33, n° 3, (2001), p. 17-29.
- ASSAF, A.R., « Does the Y chromosome make a difference? Gender differences in attempts to change cardiovascular disease risk factors », *J Womens Health*, vol. 12, n° 4, (2003), p. 321-330.
- BASSUK, S.S., « Physical activity and cardiovascular disease prevention in women : how much is good enough? », *Exerc Sport Sci Rev*, vol. 31, n° 4, (2003), p.176-181.
- BEAUCAGE, C. et Y. BONNIER VIGER, « *Épidémiologie appliquée* », Gaëtan Morin, Montréal, (1996), 550 p.
- BELLO, N., et L. MOSCA, « Epidemiology of coronary heart disease in women ». *Progress in Cardiovascular Diseases*, vol. 46, n° 4, (2004), p. 287-295.
- BITTNER, V. J., « Women and coronary heart disease risk factors », *Cardiovasc Risk*, vol. 9, n° 6, (2002), p. 315-22.
- BITTNER, V. et B.K. SANDERSON, « Women in Cardiac Rehabilitation », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 58, n° 4, (2003), p. 227-235.
- BLANCHARD, C.M., W.M. RODGERS et K.S. COURNEYA, B. DAUB et M. BLACK, « Self-Efficacy and Mood in Cardiac Rehabilitation : Should Gender Be Considered? », *Behavioral Medicine*, vol. 27, n° 4, (2002), p. 149-160.
- CABANA, M.D., et C. Kim, « Physician adherence to preventive cardiology guidelines for women », *Women's Health Issues*, vol 13, n° 4, (2003), p. 142-149.
- CAULIN-GLASER, T., M. BLUM, R. SCHMEIZL, H.G. PRIGERSON, B. ZARET et C.M. MAZURE, « Gender differences in referral to cardiac rehabilitation programs after revascularization », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, vol. 21, n° 1, (2001), p. 24-30.
- CHEEK, D., « What's different about heart disease. Learn how the symptoms, diagnosis and treatment of coronary artery disease differ between the sexes », *Nursing*, vol. 33, n° 8, (2003), p. 36-42.
- Condition féminine Canada, *Gender-based analysis. A guide for policy making*. Gouvernement du Canada, Ottawa, 1998, 38 p.
- CONSEDINE, N.S., C. MAGAI, et S. CHIN, « Hostility and Anxiety Differentially Predict Cardiovascular Disease in Men and Women », *Sex Roles*, vol. 50, n° 1/2, (2004), p. 63-75.
- DAVIGLUS, M.L., et al., « Favorable cardiovascular risk profile in young women and long-term risk of cardiovascular and all-cause mortality ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 292, n°13, (2004), p. 1588-1592.

- DUVALL, L. W., « Cardiovascular Disease in Women », *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 70, n° 5, (2003), p. 293-305.
- FLEURY, J., C. SEDIKIDES, et V. LUNSFORD, « Women's experience following a cardiac event : the role of the self in healing », *J Cardiovasc Nurs*, vol.15, n° 3, (2001), p. 71-82.
- Fondation des maladies du Cœur, *Qu'est-ce qu'une maladie cardiovasculaire?*2005, page consultée le 5 mars 2005 dans <http://ww1.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=903>
- GALLAGHER, R., S. MCKINLEY, et K. DRACUP, « Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event », *Heart and Lung*, vol. 32. n° 2, (2003), p. 79-87.
- GRACE, S.L., R. FRY, A. CHEUNG, et D.E. STEWART, « Cardiovascular disease », *BMC Women's Health*, vol. 25, n° 4, (2004), suppl, 1-9.
- GRADY, D. et al., « Results of systematic review of research on diagnosis and treatment of coronary heart disease in women », *Health Technology Assessment Database*, (2003), p. 4.
- GRADY, D., L. CHAPUT, et M. KRISTOF, *Diagnosis and treatment of coronary heart disease in women : systematic reviews of evidence on selected topics*, 2004.
- GRANOT, M., S. GOLDSTEIN-FERBER, et Z.S. AZZAM, « Gender differences in the perception of chest pain ». *Journal of Pain & Symptom Management*, vol. 27. n° 2, (2004), p. 149-155.
- HALM, M.A., « Primary prevention programs to reduce heart disease risk in women », *Clin Nurse Spec*, vol. 17, n° 2, (2003), p. 101-109.
- HANSEN, S., « Mental health issues associated with cardiovascular disease in women », *Psychiatr Clin North Am*, vol. 26, n° 3, (2003), p. 693-712.
- HAYES, S.N., C.S. WEISMAN, et A. CLARK, « The Jacobs Institute of Women's Health report on the prevention of heart disease in women : findings and recommendations from the "Women and Heart Disease : Putting Prevention into Primary Care" Conference », *Women's Health Issues*, vol.13, n° 4, (2003), p. 115-121.
- HEID, H.G. et M. SCHEMELZER, « Influences on women's participation in cardiac rehabilitation », *Rehabilitation Nursing*, vol. 29, n° 4, (2004), p. 116-121.
- HONG, S., J. FRIEDMAN, et S. ALT, « Modifiable Risk Factors for the Primary Prevention of Heart Disease in Women », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 58, n° 4, (2003), p. 278-284.
- HUGUES, S. et L. HAYMAN, « Improving Cardiovascular Health in Women : An Opportunity for Nursing », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 19, n° 2, (2004), p. 145-147.
- JELINSKI, S.E., W.A. GHALI, G.A. PARSONS, et C.J. MAXWELL, « Absence of sex differences in pharmacotherapy for acute myocardial infarction », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 9, (2004), p. 899-905.
- JNEID, H. et H.L. THACKER, « Coronary artery disease in women : different, often undertreated », *Cleve Clin J Med*, vol. 68, n° 5, (2001), p. 441-448.

- JOHNSON, S.M., C.A. KARVOVEN, C.L. PHELPS, S. NADER, et B.M. SANBORN, « Assessment of Analysis by Gender in the Cochrane Review as Related to Treatment of Cardiovascular Disease », *Journal of Women's Health*, vol.12, n° 5, (2003), p. 449-457.
- KING, K.B., « Emotional and Functional Outcomes in Women with Coronary Heart Disease », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 15, n° 3, (2001), p. 54-70.
- KING, K.M. et H.M. ARTHUR, « Coronary Heart Disease Prevention. Views on Women's Gender-Based Perceptions and Meanings », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 18, n° 4, (2003), p. 274-281.
- KRUMMEL, D.A. et al., « Cardiovascular health interventions in women : What works? », *J Womens Health Gen Based Med*, vol. 10, n° 2, (2001), p. 117-136.
- LEFLER, L. « Evidence-based practice. The advanced practice nurse's role regarding women's delay in seeking treatment with myocardial infarction », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol.14, n° 10, (2002), p. 449-456.
- LEWIS, S.M., M. M. HEITKEMPER, et S.R. DIRKSEN, *Medical Surgical Nursing*, 5^e édition, Mosby, St-Louis, 2000, 1998 p.
- LINFANTE, A., R. ALLAN, S.C. SMITH, et L. MOSCA, « Psychosocial Factors Predict Coronary Heart Disease, But What Predicts Psychosocial Risk in Women », *Journal of the American Medical Women's Association*, n° 58, (2003), p. 248-253.
- MARCUCCIO, E., « A survey of attitudes and experiences of women with heart disease », *Women's Health Issues*, vol. 13, n° 1, (2003), p. 23-31.
- MCCORMICK, K.M., et S.M. BUNTING, « Application of Feminist Theory in Nursing Research : The Case of Women and Cardiovascular disease », *Health care for Women International*, n° 23, (2002), p. 820-834.
- MCSWEENEY, J.C., M. CODY, et P.B. CRANE, « Do You Know Them When You See Them? Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction », *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 15, n° 3, (2001), p. 26-39.
- MERCURO, G., « Gender differences in cardiovascular risk factors », *Italian Heart Journal*, vol. 4, n° 6, (2003), p. 363-366.
- MERCURO, G., et G.M.C. ROSANO, « Coronary heart disease in women. Past gaps and current understanding », *Italian Heart Journal*, vol. 4, n° 8, (2003), p. 505-507.
- MILLER, C.L., « A review of symptoms of coronary artery disease in women », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 39, n° 1, (2002), p. 17-23.
- MISSIK, E., « Women and cardiac rehabilitation : accessibility issues and policy recommendations », *Rehabilitation Nursing*, vol. 26, n° 4, (2001), p.141-147.
- MODENA, M.G., « Gender differences in diagnostic procedures », *Italian Heart Journal*, vol. 4, n° 8, (2003), p. 518-521.
- MOSCA, L., A. FERRIS, R. FABUNMI, et R.M. ROBERTSON, « Tracking women's awareness of heart disease », *Circulation*, vol.109, n° 5, (2004), p. 573-579.

OPASICH, C. et al., « The real' woman with heart failure. Impact of sex on current in-hospital management of heart failure by cardiologists and internists », *European Journal of Heart Failure*, vol. 6, n° 6, (2004), p. 769-779.

PLOTNIKOFF, R.C., K. HUGO, et N. COUSINEAU, « Heart disease risk factor prevalence and profiles in a randomized community sample of Canadian women », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, n° 2, (2001), p. 121-126.

WENGER, N.K., « Coronary heart disease : the female heart is vulnerable », *Prog Cardiovasc Dis*, vol. 46, n° 3, (2003), p. 199-229.

WHITLOCK, S.W., « The primary prevention of heart disease in women through health behavior change promotion in primary care », *Women's Health Issues*, vol. 13, n° 4, (2003), p. 122-141.

WONG, J., « Trends in lifestyle cardiovascular risk factors in women: analysis from the Canadian National Population Health Survey », *Int J Nurs Stud*, vol. 39, n° 2, (2002), p. 229-242.

YOUNG, L.E., « Lone motherhood and risk for cardiovascular disease : the National Population Health Survey (NPHS) », *Can J Public Health*, vol. 95, n° 5, (2004), p. 329-335.

ARTICLES AJOUTÉS APRÈS RÉVISION DU DOCUMENT

HAMELIN, B.A., M. ARSENAULT, P. POIRIER, et P. BOTAGY, « Influence of the Menstrual Cycle on the Timing of Acute Coronary Events in Premenopausal Women », *The American Journal of Medicine*, n° 114, (2003), p. 599-602.

MÉTHOT, J., B.A. HAMELIN, P. BOGATY, M. ARSENAULT, S. PLANTE, et P. POIRIER, « Does Hormonal Status Influence the Clinical Presentation of Acute Coronary Syndromes in Women? », *Journal of Women's Health*, vol. 13, n° 6, (2004), p. 695-702.

MOSCA et al., « Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women ». *Circulation*, n° 10, (2004), p. 672-693.

PATEL, H., A. ROSENGREN, et I. EKMAN, « Symptoms in acute coronary syndromes : Does sex make a difference? », *American Heart Journal*, n° 148, (2004), p. 27-33.