

Infarctus : masculin ou féminin ?

Rachel Alhadeff, Morgane Baehler, Sarah Baehler, Leo Cattarinussi, Feres Ravarelli

Introduction

L'infarctus du myocarde est une situation d'urgence nécessitant de ce fait une prise en charge rapide et systématique. Si une telle approche permet un traitement égalitaire, favorise-t-elle pour autant une approche équitable, notamment entre les hommes et les femmes ? Les maladies cardiovasculaires ont longtemps été considérées comme essentiellement masculines et de nombreuses études mettent en évidence une iniquité dans l'efficacité de la prise en charge, en défaveur des femmes. Pourtant, la prévalence des maladies cardiovasculaires a fortement augmenté chez la femme ces dernières décennies (1), à tel point que les cardiopathies sont aujourd'hui l'une des principales causes de décès, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Au Tessin, le taux d'incidence de l'infarctus s'élève à 70% d'hommes contre 30% de femmes. Toutefois, le taux de mortalité chez la femme est 1.5 fois plus élevé que chez les hommes (2). De plus, plusieurs études montrent que tant la physiopathologie de l'infarctus que la présentation clinique qui en découle diffèrent entre homme et femme (3, 4). Ceci explique certainement en partie le retard voire le manquement de diagnostic d'infarctus chez certaines femmes, induisant ainsi une mortalité supérieure chez ces dernières (5).

Les différences de sexe (attributs biologiques) et de genre (construction sociale) entre homme et femme semblent ainsi exercer une grande influence sur l'évolution et le pronostic de la maladie, d'où notre question de recherche suivante : En quoi la détection et la prise en charge de l'infarctus varient-elles en fonction du sexe et du genre du·de la patient·e ? Cette différence est-elle basée sur les dernières évidences scientifiques ou sur des biais amenant à des iniquités ?

Dans ce travail, le terme genre ne fait pas référence à l'identité de genre, mais à un stéréotype de construction sociale du comportement attendu d'un individu d'un certain sexe.

Méthodologie

Le but de cette étude est d'évaluer l'influence du sexe et du genre du·de la patient·e sur la détection et la prise en charge des infarctus. L'objectif est d'identifier dans quelles mesures les connaissances et les pratiques des soignants au Tessin varient en fonction de leurs professions et de leurs expériences. De plus, nous cherchons à mettre en évidence la présence éventuelle de biais de genre entre l'homme et la femme impactant la détection et la prise en charge de l'infarctus. Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative au travers d'entretiens semi-dirigés, enregistrés et menés à l'aide d'une grille d'entretien ainsi qu'une figure présentant les statistiques de l'infarctus pour le Tessin (2) auprès de différents acteurs de la santé sélectionnés par choix raisonné puis par réseau. Ces soignants sont issus de professions, de spécialisations, et de niveaux hiérarchiques différents en préhospitalier et intra-hospitalier, ainsi que diverses personnes hors du contexte hospitalier engagées sur ce sujet. Nous avons donc interviewé treize professionnels de la santé autour de cette thématique (infirmiers·ères, cardiologues, chirurgien cardiaque, étudiant·e·s en soins infirmiers au centre de cardiologie de Lugano, pharmacien, membre de la fondation Ticino Cuore, ambulancier, enseignant infirmier au sein de la SUPSI). Après avoir recueilli une quantité satisfaisante d'informations, celles-ci ont été synthétisées, codées puis analysées et interprétées afin de parvenir à une conclusion dans le but d'élaborer différentes interventions politiques basées sur les théories infirmières.

Résultats

Les intervenants ont explicité différentes interprétations et réponses à ce phénomène. Premièrement, divers professionnels de la santé estiment qu'il existe des différences anatomiques et physiologiques entre les sexes qui peuvent affecter la gravité de l'infarctus, sa détection, et l'efficacité du traitement reçu. Les différences les plus citées sont : la plus petite taille des coronaires des femmes et les conséquences de la baisse du taux des hormones lors de la ménopause augmentant les risques cardiovasculaires. Deuxièmement, la majorité de nos interlocuteurs estime qu'un certain nombre de femmes tarde ou omet d'appeler les secours en cas d'infarctus. Les raisons fréquemment évoquées étaient : une priorité donnée à la famille, une résistance majeure à la douleur, une banalisation des symptômes, un temps plus important passé seules à la maison. Ce retard est également expliqué par une corrélation fréquente entre symptomatologie des femmes et troubles anxieux. Troisièmement, si le Tessin dispose d'un matériel de prévention important, les intervenants s'accordent à dire que la victime

d'un infarctus est systématiquement représentée par un homme, rendant la prévention moins efficace chez les femmes. Ensuite, notre récolte de données a permis de relever que seuls les ambulanciers utilisent rigoureusement un protocole lors de symptômes d'infarctus. Comme les protocoles n'intègrent pas la notion de genre, ceci les oblige à traiter les deux sexes de manière parfaitement égalitaire. Concernant la formation des soignants, les relations entre sexe/genre et infarctus sont peu abordées dans les différentes écoles/universités mais nos interlocuteurs jugent toutefois que les jeunes professionnels sont plus sensibilisés que leurs aînés. Finalement, comme la fréquence des symptômes varie entre les hommes et les femmes et non les symptômes, la majorité des intervenants estime que les termes *typique* et *atypique* devraient être abandonnés.

Discussion

Il est extrêmement probable que le sexe et le genre exercent une influence sur la détection et la prise en charge de l'infarctus du myocarde, sur l'attitude des différents professionnels de la santé et sur l'efficacité des soins prodigués. Hommes et femmes ne sont pas égaux : des différences anatomiques et physiologiques entraînent une divergence dans la fréquence, les modalités de présentations d'un symptôme donné et dans l'efficacité d'une intervention thérapeutique donnée, voire dans la signification d'un test de dépistage en particulier. Anatomiquement, il nous a été rapporté que la femme a des artères coronaires de diamètre plus petit que l'homme (6), qu'elle présente ainsi plus facilement des infarctus de la microcirculation, non visibles à la coronarographie et donnant des symptômes plus équivoques. Les femmes perdent également leur protection hormonale lors de la ménopause, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de l'incidence dès 50 ans (2). Nous suspectons donc que la méconnaissance de ces éléments puisse amener à des retards de diagnostics et explique donc en partie la mortalité supérieure chez le sexe féminin. Un probable retard de prise en charge chez la femme peut également s'expliquer par une majeure tolérance à la douleur, et par des facteurs sociétaux, dont les plus cités étaient : la banalisation des symptômes et la priorité donnée à la famille. Il est également possible que les biais des soignants, optant plus facilement pour un syndrome anxieux chez la femme, induisent parfois des retards de diagnostics (6).

Pour endiguer cette problématique, nous pensons qu'il conviendrait d'agir sur trois fronts. Premièrement, la prévention auprès des patients pourrait être améliorée, notamment en privilégiant des campagnes de sensibilisation de l'infarctus du myocarde, englobant la question de sexe et genre. Celles-ci représenteraient une victime féminine pour que les femmes puissent également s'y identifier. Deuxièmement, il conviendrait d'introduire plus sérieusement la thématique de sexe et genre dans les études et formations des soignants dans le but de sensibiliser ces derniers. Les congrès autour de ce sujet pourraient notamment être rendus plus accessibles. Finalement, il est nécessaire que d'autres études soient menées afin d'améliorer nos connaissances dans ce domaine et d'apporter des pistes de réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles à adopter.

Références

1. The EUGenMed, Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek V, Ortelt-Prigione S, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*. 2016;37(1):24-34. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv598
2. Observatoire suisse de la santé [En ligne]. Neuchâtel: OBSAN; 2022. Infarctus du myocarde; 2020 [cité le 05 juillet 2022]. Disponible: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/infarctus-du-myocarde>
3. Stanford Gendered Innovation [En ligne]. Heart Disease in Diverse Populations: Analyzing Sex and Gender [cité le 05 juillet 2022]. Disponible: <http://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/heart.html#tabs-2>
4. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp O, et al. Sex differences in prodromal symptoms in acute coronary syndrome in patients aged 55 years or younger. *Heart*. 2017;103(11):863-9. DOI:10.1136/heartjnl-2016-309945
5. Pancholy SB, Shantha GP, Patel T, Cheskin LJ, et al. Sex differences in short-term and long-term all-cause mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary percutaneous intervention : a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1822-30. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.4762
6. Entretien avec Dr. Grego, Cardiologue à la Clinica Sant'Anna, Sorengo, 19 juin 2022

Mots-clés

Sexe et Genre ; Infarctus du myocarde ; Détection ; Prise en charge ; Interdisciplinarité

5 juillet 2022

Infarctus : masculin ou féminin ?

Rachel Alhadeff, Morgane Baehler, Sarah Baehler, Leo Cattarinussi, Feres Ravarelli

Introduction

L'infarctus du myocarde est une situation d'urgence nécessitant une prise en charge systématique. Cependant, est-elle équitable, notamment entre les hommes et les femmes ? Au cours des dernières décennies, la prévalence des maladies cardio-vasculaires chez les femmes a fortement augmenté (1) et la présentation clinique des symptômes peut diverger de la description traditionnelle basée sur les standards masculins (2, 3). Cela pourrait expliquer pourquoi la maladie coronarienne chez les femmes est reconnue plus tardivement, voire manquée, entraînant un taux de mortalité plus élevé (4). Au Tessin, les données montrent que le taux d'incidence de l'infarctus s'élève à 70% d'hommes contre 30% de femmes, et que la mortalité est 1.5 fois plus élevée (5) indiquant potentiellement des biais de genre dans la prise en charge.

Les différences de sexe (attributs biologiques) et de genre (construction sociale) entre homme et femme semblent ainsi exercer une grande influence sur l'évolution et le pronostic de la maladie, d'où notre question de recherche suivante :

En quoi la détection et la prise en charge de l'infarctus varient-elles en fonction du sexe et du genre du/de la patient-e ? Cette différence est-elle basée sur les dernières évidences scientifiques ou sur des biais amenant à des iniquités ?

Discussion

Anatomiquement, il nous a été rapporté que la femme a des artères coronaires de diamètre plus petit que l'homme (7), qu'elle présente ainsi plus facilement des infarctus de la microcirculation, non visibles à la coronarographie et donnant des symptômes plus équivoques. Les femmes perdent également leur protection hormonale lors de la ménopause, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de l'incidence dès 50 ans (5). Nous suspectons donc que la méconnaissance de ces éléments puisse amener à des retards de diagnostics et explique donc en partie la mortalité supérieure chez le sexe féminin.

Un probable retard de prise en charge chez la femme peut également s'expliquer par une majeure tolérance à la douleur, et par des facteurs sociétaux, dont les plus cités étaient : La banalisation des symptômes, la priorité donnée à la famille. Il est également possible que les biais des soignants, optant plus facilement pour un syndrome anxieux chez la femme, induisent parfois des retards de diagnostics (6).

Méthodologie

- Entretiens semi-dirigés et enregistrés
- Grille d'entretien et statistiques de l'infarctus du myocarde au Tessin
- 13 acteurs de la santé engagés sur ce sujet
- Choix raisonné puis par réseau
- Issus de professions, de spécialisations, et de niveaux hiérarchiques différents en pré, intra et hors-hospitalier.

Résultats

- Des différences anatomiques et physiologiques entre ♂ & ♀ affectent la gravité de l'infarctus et l'efficacité des traitements reçus;
- Un certain nombre de femmes manifestant cette pathologie diffèrent l'appel des secours, voire ne les appellent pas;
- Les femmes ont une tolérance à la douleur plus élevée;
- Corrélation fréquente entre la symptomatologie des femmes et les troubles anxieux;
- Représentation essentiellement masculine de la victime d'infarctus du myocarde dans le matériel de prévention;
- Un protocole à suivre est présent uniquement chez les ambulanciers mais sans notion de sexe évitant ainsi quelconque biais de genre;
- Relations entre sexe et genre et infarctus peu ou pas abordées dans les écoles ou au cours des formations continues. Toutefois, les jeunes professionnels semblent plus sensibilisés que leurs aînés;
- L'éventail des symptômes d'un infarctus ne change pas entre ♂ & ♀. Il semble pertinent d'abandonner les termes *typique* et *atypique* au profit d'une terminologie plus appropriée. Seule la fréquence d'apparition des symptômes diffère entre ♂ & ♀.

Perspectives

Pour endiguer cette problématique, nous pensons qu'il conviendrait d'agir sur trois fronts. Premièrement, la prévention auprès des patients pourrait être améliorée, notamment en privilégiant des campagnes de sensibilisation de l'infarctus du myocarde, englobant la question de sexe et genre. Celles-ci représenteraient une victime féminine pour que les femmes puissent également s'y identifier.

Deuxièmement, il conviendrait d'introduire plus sérieusement la thématique de sexe et genre dans les études et formations des soignants dans le but de sensibiliser ces derniers. Les congrès autour de ces sujets pourraient notamment être rendus plus accessibles. Finalement, il est nécessaire que d'autres études soient menées afin d'améliorer nos connaissances dans ce domaine et d'apporter des pistes de réflexion sur les bonnes pratiques professionnelles à adopter.

Références

1. The EUGenMed, Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek V, Ortelt-Prigione S, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*. 2016;37(1):24-34. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv598
2. Stanford Gendered Innovation [En ligne]. *Heart Disease in Diverse Populations: Analyzing Sex and Gender* [cité le 05 juillet 2022]. Disponible: <http://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/heart.html#tabs-2>
3. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp O, et al. Sex differences in prodromal symptoms in acute coronary syndrome in patients aged 55 years or younger. *Heart*. 2017;103(11):863-9. DOI:10.1136/heartjnl-2016-309945
4. Pancholy SB, Shantha GP, Patel T, Cheskin LJ, et al. Sex differences in short-term and long-term all-cause mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated by primary percutaneous intervention : a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(11):1822-30. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.4762
5. Observatoire suisse de la santé [En ligne]. Neuchâtel: OBSAN; 2022. Infarctus du myocarde; 2020 [cité le 05 juillet 2022]. Disponible: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/infarctus-du-myocarde>
6. Entretien avec Dr. Grego, Cardiologue à la Clinica Sant'Anna, Sorengo, 19 juin 2022
7. Entretien avec Dr. Demertzis, Chef du service de chirurgie cardiaque au Cardiocentro, Lugano, 20 juin 2022

Remerciements : Nous tenons à remercier sincèrement notre tutrice Dr Joëlle Schwarz, l'UNIL, l'ELS ainsi que la SUPSI pour nous avoir permis de réaliser ce travail.

Contacts : rachel.alhadeff@etu.ecolelasource.ch, morgane.baehler@etu.ecolelasource.ch, sarah.baehler@etu.ecolelasource.ch, leo.cattarinussi@unil.ch, feres.ravarelli@unil.ch