

La nutrition au service de la santé cardiovasculaire des femmes : des écarts à combler

Amélie Bertrand, Dt.P., M. Sc.

Volume 16, numéro 3, hiver 2019

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1059219ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1059219ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Ordre professionnel des diététistes du Québec

ISSN

2561-620X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bertrand, A. (2019). La nutrition au service de la santé cardiovasculaire des femmes : des écarts à combler. *Nutrition Science en évolution*, 16(3), 25–28.
<https://doi.org/10.7202/1059219ar>

LA NUTRITION AU SERVICE DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE DES FEMMES: DES ÉCARTS À COMBLER



#TempsDeVoirRouge

Amélie Bertrand, Dt.P., M. Sc.
Chargée de projets
Prévention et promotion de la santé,
Québec, Cœur + AVC

Introduction

Les maladies du cœur sont la principale cause de mort prématurée chez les femmes canadiennes⁽¹⁾. Les femmes sont six fois plus susceptibles de mourir d'une maladie du cœur ou d'un accident vasculaire cérébral que du cancer du sein⁽²⁾. Les deux tiers des études cliniques sur les maladies cardiaques portent exclusivement sur les hommes. Or, la communauté scientifique rapporte de plus en plus des différences entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires⁽³⁾. L'AVC tue un

tiers plus de femmes que d'hommes; le sexe, mais aussi le genre (représentation sociale des différences non biologiques entre les hommes et les femmes) contribuent tous deux à expliquer cet écart⁽⁴⁾. En effet, un indice de genre féminin plus élevé serait associé à plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, indépendamment du sexe⁽⁵⁾.

Les résultats de santé démontrent que la santé cardiovasculaire des hommes et des femmes présente des caractéristiques distinctes; cela implique possiblement de différencier les approches en matière de sensibilisation, de recherche, de diagnostic, de traitement et de soutien. Seulement 22 % des médecins généralistes et 42 % des cardiologues se sentent bien outillés pour évaluer les maladies du cœur chez les femmes⁽⁶⁾. Tous les professionnels de la santé devront adapter leur pratique en considérant les nouvelles données, laissant place à des approches plus personnalisées. L'adoption d'un mode de vie sain, caractérisé par un régime alimentaire équilibré, permet de prévenir jusqu'à 80 % des maladies du cœur et de l'AVC. Voilà une retombée significative pour les nutritionnistes en milieu clinique⁽⁷⁾.

26 Particularités de la santé cardiovasculaire des femmes

Les femmes en proie à une crise cardiaque tendent à être diagnostiquées moins rapidement⁽⁸⁾. Dre Louise Pilote, professeure de médecine à l'Université McGill et directrice de la division de médecine interne générale du Centre universitaire de santé McGill, souligne que la sensibilité des tests de dépistage standards des maladies du cœur chez les femmes est moindre. La douleur thoracique, le signe le plus classique d'une crise cardiaque, passe inaperçue chez 53 % des femmes⁽⁹⁾. Elles ressentent et décrivent les signes et symptômes d'une crise cardiaque de manière bien différente, ce qui peut avoir des répercussions sur les soins demandés et obtenus⁽¹⁰⁾. Les femmes peuvent exprimer leur malaise autrement ; elles peuvent rapporter une « pression » au lieu d'une « douleur ». Elles peuvent éprouver des symptômes plus subtils comme la fatigue, l'essoufflement, une douleur au dos, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des maux de tête ou des inconforts digestifs⁽¹¹⁾.

Facteurs de risque biologiques et socioéconomiques propres aux femmes

Selon Dre Sonia Anand, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la diversité ethnique et la maladie cardiovasculaire, le sexe, l'origine ethnique et le statut socioéconomique interagissent de sorte à accroître la vulnérabilité propre à chaque personne. Il est démontré qu'un statut socioéconomique plus faible est associé à un risque accru de maladies du cœur. Par ailleurs, le statut socioéconomique des femmes est généralement inférieur à celui des hommes⁽¹²⁾. D'un autre côté, les femmes occupant un emploi stressant peuvent voir ce risque augmenter jusqu'à 40 %⁽¹²⁾.

Les femmes d'origine sud-asiatique, chinoise ou afrocaribéenne sont davantage touchées par les

maladies du cœur comparativement aux femmes blanches. Elles ont leur premier événement cardiaque en moyenne dix ans plus tôt que le reste de la population⁽¹³⁾ ; de plus, nombre d'entre elles présentent des facteurs de risque comme la sédentarité, une pression artérielle élevée et le diabète⁽¹⁴⁾. Pour ce qui est des personnes d'origine autochtone, elles sont également beaucoup plus susceptibles de développer une maladie du cœur et d'en mourir à un plus jeune âge^(15,16). La majorité des femmes, peu importe leur âge et leur origine ethnique, sous-estiment leur risque de maladies du cœur et d'AVC⁽¹⁷⁾. La sensibilisation au risque de maladies cardiovasculaires selon le sexe et le genre accuse donc des lacunes importantes.

Grossesse

La grossesse est une étape de la vie des femmes où elles sont plus sujettes à un AVC^(18,19). En effet, durant la grossesse tout comme de 6 à 12 semaines post-partum, les femmes sont trois fois plus sujettes aux AVC que les femmes non enceintes du même âge⁽²⁰⁾. La prééclampsie et l'éclampsie, deux conditions liées à une pression artérielle élevée durant la gestation, sont les plus grands prédicteurs d'AVC durant la grossesse, expliquant près de 50 % des cas⁽²¹⁾. L'hypertension artérielle et l'obésité avant la grossesse peuvent être des prédicteurs de prééclampsie, mais celle-ci demeure difficile à prévenir pour l'instant. Un suivi régulier par un professionnel de la santé tout au long de la grossesse ainsi qu'une vérification fréquente de la pression artérielle sont de mise⁽²²⁾.

Outre les risques d'AVC, les complications liées à la grossesse peuvent également avoir des répercussions sur la santé cardiaque. En effet, le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle et la prééclampsie doublent le risque à long terme de maladies du cœur^(23,24). Ces femmes ont besoin d'un suivi personnalisé pour optimiser la gestion de leurs facteurs de risque. Toute-

fois, une meilleure compréhension des obstacles à la présence aux rendez-vous de suivi est nécessaire. Le quart des femmes ayant une pression artérielle élevée durant la grossesse ne se présente pas au premier rendez-vous post-partum ; parmi celles qui s'y présentent, la moitié n'ira pas aux rendez-vous subséquents⁽²⁵⁾.

Ménopause

Chez les femmes, 25 % des AVC se produisent entre l'âge de 50 et 69 ans, comparativement à 17 % chez les hommes⁽²⁶⁾. À la ménopause, le niveau abaissé d'œstrogène et l'obésité abdominale croissante augmentent le risque d'une pression artérielle élevée et d'une dyslipidémie, deux des facteurs de risque de l'AVC⁽²⁷⁾. Si la ménopause survient à un âge précoce, le risque d'AVC en est accru⁽²⁸⁾. Pour ces femmes, une hormonothérapie substitutive peut s'avérer intéressante pour retarder les effets de la ménopause. Cependant, l'utilisation d'un tel traitement augmenterait le risque d'AVC jusqu'à 30 %, et ce, d'autant plus lorsqu'il s'échelonne sur une longue période^(29,19).

Approche nutritionnelle des maladies cardiovasculaires

Les femmes voient s'additionner tout au long de leur vie plusieurs facteurs de risque, dont certains sont liés au sexe et au genre. Bien qu'aucune nouvelle recommandation n'ait encore été émise pour les nutritionnistes, l'approche auprès des femmes devrait être personnalisée et tenir compte des obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie.

Il convient de miser sur la prévention dès le jeune âge. Cela devient prioritaire pour certaines populations plus vulnérables, comme celles autochtones. Pour ces dernières, la nourriture traditionnelle influence positivement la santé physique et mentale. En effet, la nourriture traditionnelle se traduirait par un meilleur contrôle du poids et du gras hépatique

et une amélioration du contrôle glycémique et de la diversité du microbiome⁽³⁰⁾.

Les femmes sont toujours très sollicitées par leurs responsabilités familiales et vivent plus fréquemment en situation de précarité ; leur sensibilisation aux maladies cardiovasculaires présente toujours des lacunes⁽⁴⁾. Ainsi, l'approche nutritionnelle des maladies cardiovasculaires doit être adaptée à la réalité des femmes. Il est reconnu que l'adoption d'une alimentation saine favorise une diminution du taux de cholestérol, une baisse de la pression artérielle, le maintien d'un poids et d'un tour de taille sains, la maîtrise de la glycémie et la réduction du risque de maladies du cœur et d'AVC⁽³¹⁾. Une alimentation saine et équilibrée comprend un grand nombre d'aliments frais et entiers chaque jour, moins d'aliments ultra-transformés, plus de légumes et fruits, des céréales complètes, des protéines végétales et des viandes maigres^(32,33). Les personnes ayant subi un AVC devraient également limiter leur apport en sodium à 2 000 mg par jour et restreindre leur consommation d'alcool puisqu'une consommation excessive augmente le risque d'AVC ischémique et d'hémorragie intracrânienne⁽³²⁾.

Cœur + AVC met de l'avant quatre types de régimes alimentaires pour réduire le risque de maladies du cœur et d'AVC, dépendamment des caractéristiques de santé individuelles, soit le régime alimentaire DASH, méditerranéen, végétarien et MIND⁽³¹⁾. Il a été démontré que le régime DASH réduit la pression artérielle. Il consiste à combiner des aliments sains (les légumes et les fruits, le poisson et les légumineuses) pour réduire la consommation de sel, accroître l'apport en fibres et privilégier les lipides insaturés. Le régime méditerranéen met l'accent sur les mêmes catégories d'aliments tout en misant sur l'emploi d'aliments traditionnels et de techniques de cuisson typiques des pays

bordant la Méditerranée. Des études suggèrent que ce mode d'alimentation permet d'abaisser le taux des lipoprotéines de basse densité (LDL), réduisant ainsi le risque de maladies du cœur et d'AVC⁽³¹⁾. Le végétarisme permet d'accroître l'apport en fibres en promouvant une augmentation de la consommation d'aliments d'origine végétale et une diminution de celle de la viande. Il permet donc de réduire l'apport en lipides saturés et en lipides totaux. Quant au régime MIND, né de la conjonction entre les régimes DASH et méditerranéen, il est reconnu pour être bénéfique pour la santé du cœur. Il est basé sur la réduction de la consommation de viande rouge, de fromages et de sucreries, il fait large part aux légumes verts feuillus, aux petits fruits et aux noix⁽³¹⁾.

Certaines mesures, propres aux étapes de la vie des femmes, doivent être prises pour minimiser le risque cardiovasculaire à long terme. Durant la grossesse, en présence d'un diabète préexistant ou gestationnel, il faut miser sur l'atteinte des cibles de traitement selon les lignes directrices⁽³⁴⁾. Chez une femme avec des antécédents d'AVC, le dépistage du diabète gestationnel devrait être fait à 20 semaines au lieu de 24 à 28 semaines. Un suivi à long terme avec des interventions axées sur l'adoption de saines habitudes de vie est recommandé pour ces femmes puisque le risque de maladies cardiovasculaires sur dix ans est plus élevé⁽³⁴⁾. À la ménopause, il se produit naturellement une perte de l'effet protecteur de l'œstrogène contre les maladies cardiovasculaires. Il est donc conseillé aux femmes ménopausées de cesser de fumer et d'éviter la fumée secondaire, de maintenir un poids et un tour de taille sains, d'être actives physiquement et d'avoir une alimentation saine. Plus précisément, il leur est recommandé d'adopter une alimentation faible en gras, riche en fibres, de privilégier les aliments frais et entiers, de limiter leur consommation d'aliments transformés, d'éviter

les boissons sucrées, de surveiller la grosseur des portions et de cuisiner à la maison le plus souvent possible en s'inspirant du régime DASH ou méditerranéen⁽²²⁾.

En plus des interventions axées sur de saines habitudes de vie, une approche individualisée est nécessaire en prévention secondaire, surtout lorsque subsistent certaines incapacités. Après un AVC, les périodes de repas peuvent s'avérer difficiles en raison de la fatigue ou de possibles séquelles. L'accent doit être mis sur la prise de petits repas simples tout au long de la journée afin de refaire le plein d'énergie. Le plaisir lié à l'alimentation est un élément clé pour des apports nutritionnels satisfaisants. Voilà pourquoi il est important de préserver les occasions de manger entre amis et en famille et d'encourager la prise de repas à l'extérieur⁽³³⁾. Bien planifier la liste d'emplètes et les repas de la semaine permet de limiter la fatigue lorsque vient le temps de faire l'épicerie et de préparer les repas⁽³³⁾.

Conclusion

Depuis trop longtemps, le cœur et le cerveau des femmes sont mal compris, ce qui met la vie de celles-ci en péril. Le risque cardiovasculaire est tributaire des étapes de la vie que traversent les femmes, ce qui laisse place à des disparités encore plus notables entre les hommes et les femmes. Ces inégalités se transposent dans la sensibilisation, le diagnostic, le traitement et le soutien relatifs à la santé cardiovasculaire des femmes. C'est en faisant front commun que les professionnels de la santé, les chercheurs, les gouvernements et les bailleurs de fonds parviendront à combler cet écart. En tant que femmes, nous devons nous rappeler que la meilleure façon de veiller sur les autres est de prendre d'abord soin de nous-mêmes. ■

NOTE

À titre de complément d'information, consultez le Bulletin du cœur et le Bulletin sur l'AVC de 2018. Vous y trouverez les raisons de cet écart entre les hommes et les femmes en matière de santé cardiovasculaire ainsi que les solutions pour le combler^(4,19).

Références

- GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390(10100): 1151-1210.
- Statistiques Canada. Tableau 102-0522 et tableau 102-0529, calculé en utilisant les codes CMI pour les maladies du cœur définis par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. 2014.
- Chiara M. et coll. Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Disease Prevention. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2010; 3: 135-142.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Bulletin sur l'AVC 2018 [Internet]. 2018 [page consultée le 18 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/bulletin-avc2018.ashx?la=fr-ca&hash=86BFA9B4BC-62077F2ADF790DF0595D95F3F2093>.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Santé cardiovasculaire des femmes. *Les Actualités du cœur*. 2018; 20(2): 1-25.
- Bairey Merz CN. et coll. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women: The Women's Heart Alliance. *JACC*. 2017; 70(2): 123-132.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Alimentation saine [Internet]. 2018 [page consultée le 17 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.coeuretavc.ca/vivez-sainement/saine-alimentation/alimentation-saine>.
- Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes. Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Femmes et maladie cardiaque ce que l'on sait [Internet]. 2016 [page consultée le 19 juillet 2018]. Récupéré du site: <https://www.ottawaheart.ca/sites/default/files/images/the-beat/2016/PDF/women-and-heart-disease-fre-2.pdf>
- Lichtman JH et coll. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction - Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). *Circulation*. 2018; 137(8): 781-790.
- McSweeney J. et coll. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2003; 108(21): 2619-23.
- McSweeney JC. et coll. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2003; 108(21): 2619-23.
- Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes. Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Mode de vie et autres facteurs de risque [Internet]. 2016 [page consultée le 19 juillet 2018]. Récupérée du site: <https://cwhhc.ottawaheart.ca/fr/les-differences/facteurs-de-risque/mode-de-vie-et-autres-facteurs-de-risque>.
- Danijela G. et coll. Ethnic Differences in Cardiovascular Disease Risk Factors: A Systematic Review of North American Evidence. *Can J Cardiol*. 2015; 31(9): 1169-1179.
- Rana A. et coll. Cardiovascular risk among South Asians living in Canada: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*. 2014; 2(3): E183-E191.
- Canadian Heart Health Strategy and Action Plan. Building a Heart Healthy Canada [Internet]. 2009 [page consultée le 17 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/CCS-Building-a-Heart-Healthy-Canada.pdf>.
- Tjepkema M. et coll. Cardiovascular disease mortality among First Nation people in Canada, 1991-2001. *Chronic Diseases and Injuries in Canada* [Internet]. 2012 [page consultée le 17 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/32-4/assets/pdf/vol32n4-tjepkema-eng.pdf>.
- Sondage de Cœur + AVC auprès de 2 000 femmes à travers le Canada. Juin 2017. Le sondage et la recherche qualitative sur la santé des femmes au Canada ont été menés par Intensions Consulting du 23 au 29 juin 2017. Au total, 2 000 femmes de 19 ans et plus ont participé à un sondage en ligne d'une durée de 14 minutes. Les résultats ont été stratifiés afin de refléter la répartition de la population canadienne selon l'âge et la province, et selon les données du recensement de 2016. La marge d'erreur des résultats est de +/- 2,2 points de pourcentage, 19 fois sur 20.
- Cordonnier C. et coll. Stroke in women - from evidence to inequalities. *Nat Rev Neurol*. 2017; 13(9): 521-532.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Bulletin du cœur 2018 [Internet]. 2018 [page consultée le 18 juillet 2018]. Récupérée du site: http://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/2018-heart-month/hs_2018-heart-report_fr.ashx?la=fr-ca&hash=274FB855A46EC31961481229380BF04C0B08A22C.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. AVC pendant la grossesse. Énoncé de consensus du groupe de rédaction sur l'AVC pendant la grossesse des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC [Internet]. 2017 [page consultée le 17 juillet 2018]. Récupérée du site: http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2017/11/CSBPR_SiP-Prevention-Module-FINAL-FRENCH-24Nov17-1.pdf.
- Butalia S. et coll. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. *Can J Cardiol*. 2018.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Facteurs de risque propres aux femmes [Internet]. 2018 [page consultée le 18 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.coeuretavc.ca/coeur/risque-et-prevention/facteurs-de-risque-propres-aux-femmes>.
- Deiredre K.T. et coll. Association of history of gestational diabetes with long-term cardiovascular disease risk in a large prospective cohort of US women. *JAMA Intern Med*. 2017; 177(12): 1735-1742.
- Pensée W. et coll. Preeclampsia and Future Cardiovascular Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2017; 10: E003497.
- Janmohamed R. et coll. Cardiovascular Risk Reduction and Weight Management at a Hospital-Based Postpartum Preeclampsia Clinic. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(4): 330-337.
- Heart & Stroke. Quality of Stroke Care in Canada Technical Report 2017 (internal document). Data based on H&S analysis of CIHI NRS data. 2003-2016.
- Demel SL. et coll. Stroke Risk Factors Unique to women. *Stroke*. 2018; 49: 1-6.
- Poorthuis MH. et coll. Female- and Male-Specific Risk Factors for Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2017; 74(1): 75-81.
- Madsen TE. et coll. Impact of Conventional Stroke Risk Factors on Stroke in Women An Update. *Stroke*. 2018; 49: 1-7.
- Anand S. Canadian Women's Heart Health Summit [Internet]. Keynote presentation: Women's Cardiovascular Health Across the Lifespan: Key Opportunities for Prevention and Maximization of Health. Ottawa; 2018. Récupéré du site: <https://www.ottawaheart.ca/researchers/conferences-events/canadian-women%E2%80%99s-heart-health-summit>.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Les régimes alimentaires particuliers [Internet]. 2018 [page consultée le 18 juillet]. Récupérée du site: <http://www.coeuretavc.ca/vivez-sainement/saine-alimentation/regimes-alimentaires-particuliers>.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Recommandations pour les pratiques optimales des soins de l'AVC. Prise en charge du mode de vie et des facteurs de risque [Internet]. 2017 [page consultée le 18 juillet 2018]. Récupérée du site: <http://www.strokebestpractices.ca/prevention-of-stroke/lifestyle-and-risk-factor-management/?lang=fr>.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La vie après un AVC/MC - Module 3: Mode de vie sain. Programme communautaire de soutien et d'éducation. Révision 2018. Offert dans les CIUSSS du Québec et par l'entremise d'autres organismes à travers le pays: <http://www.coeuretavc.ca/avc/retablissement-et-soutien/le-programme-la-vie-apres-un-avc/la-vie-apres-un-avc-quebec>.
- Lanthier S. et Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Webinaire sur l'incidence et la prévention secondaire de l'AVC durant la grossesse [Internet]. 2017 [page consultée le 18 juillet 2018]. Récupérée du site: <https://www.youtube.com/watch?v=7IB0Ib8uD9U>.