



Les Incomprises

**Un système mal équipé pour
diagnostiquer, traiter et soutenir
la santé cardiaque des femmes**

Bulletin du cœur **2018** de Cœur + AVC



Brisons le plafond de verre de la santé du cœur

Les femmes sont trop nombreuses à souffrir des maladies du cœur – et à en mourir – laissées pour compte en raison des lacunes en matière de recherche, de diagnostic, de traitement, et de soutien tout au long du rétablissement. Il est scandaleux de constater que nous commençons tout juste à comprendre le fonctionnement de leur cœur et de voir le temps qu'il faut pour que les connaissances parviennent à leur chevet. En effet, ce que nous savons met en lumière une triste réalité :

- Les maladies du cœur sont la cause principale de décès prématuré chez les femmes au pays (c'est-à-dire de décès avant l'espérance de vie attendue).
- Les signes précurseurs d'une crise cardiaque sont passés inaperçus chez 78 % des femmes.
- Au pays, les maladies du cœur emportent une femme toutes les 20 minutes.
- Les femmes sont cinq fois plus nombreuses à mourir d'une maladie du cœur que du cancer du sein.
- Deux tiers des études cliniques sur les maladies du cœur portent sur les hommes seulement.
- Les femmes qui font une crise cardiaque sont plus susceptibles d'en mourir ou de subir un deuxième événement cardiaque que les hommes.

« Le cœur de la femme fait encore l'objet de bien des méprises. Il y a un écart équivalant à plusieurs décennies entre nos connaissances au sujet du cœur d'un homme et d'une femme », affirme Yves Savoie, chef national de la direction de Cœur + AVC.

Les statistiques ont de quoi inquiéter. D'après les dernières données annuelles de Statistique Canada, près de 25 000 femmes chaque année décèdent des suites d'une maladie du cœur.

Plus inquiétant encore, cela n'a rien de nouveau : des femmes meurent prématurément depuis des dizaines d'années. Il y a plus de 20 ans, Santé Canada publiait de nouvelles lignes directrices, recommandant pour la toute première fois l'inclusion des femmes comme sujets dans le cadre des travaux de recherche et essais cliniques en santé. L'objectif était de confirmer par des preuves que le genre et le sexe ont une incidence majeure sur la santé.

Il faut dire que le besoin était urgent, car plusieurs médicaments importants utilisés fréquemment pour traiter les maladies du cœur et d'autres affections avaient été retirés du marché, ayant provoqué des effets secondaires néfastes – parfois mortels – chez les femmes. Au Canada comme ailleurs dans le monde, c'est ce qui avait été à la source d'une nouvelle détermination à améliorer et à accroître la recherche en santé du cœur axée précisément sur les femmes.

Le but était de corriger les inégalités et de mener à l'avènement d'une bien meilleure compréhension de la santé cardiaque féminine. Pourtant, aujourd'hui, le plafond de verre dans ce domaine est encore bien réel – et toujours aussi épais.

Le Bulletin du cœur 2018 de Cœur + AVC porte sur les raisons pour lesquelles nous avons tant de difficulté à élucider et à mettre en pratique de nouvelles connaissances sur les maladies du cœur chez les femmes, ainsi que sur des inégalités encore plus grandes qui touchent certaines d'entre elles, plus précisément les Autochtones, les membres de minorités culturelles, les femmes pauvres, et celles qui vivent dans des régions éloignées et rurales.

Pour rédiger ce bulletin, nous avons consulté de grands experts de la recherche en santé, des politiques de recherche, des soins cliniques et de la réadaptation cardiaque d'un océan à l'autre. Nous avons examiné les dernières données ou études, ainsi qu'interrogé 2 000 de nos compatriotes féminines afin de mieux comprendre leur point de vue.

De plus, nous avons parlé à de nombreuses femmes atteintes de maladies du cœur pour qu'elles nous expliquent ce qu'implique pour elles de se sentir incomprises.

« Les lacunes face au sexe et au genre ont déjà causé la **mort d'un trop grand nombre de femmes.** »

D^{re} Karin Humphries



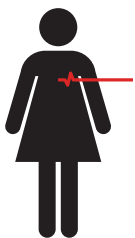
Pourquoi ces lacunes dans notre système?

On disait jadis que les femmes devaient agir pour prendre leur santé en main, qu'il s'agissait de leur responsabilité. Pendant des années, ce message a été véhiculé par les campagnes de sensibilisation et d'éducation publique de Cœur + AVC et d'autres organismes de bienfaisance en santé.

Aujourd'hui, nous savons que pour vraiment changer les choses, cette responsabilité doit en fait être assumée à une bien plus grande échelle. Quoiqu'important, le fait de fournir de l'information et des moyens aux femmes n'est qu'une partie de la solution. Les systèmes de santé doivent prendre en compte les dernières données probantes et reconnaître que le cœur des femmes a ses particularités, notamment en intégrant de nouveaux diagnostics et traitements propres à ces dernières. Nous devons acquérir et mettre en pratique de nouvelles connaissances pour créer des soins cardiaques encore meilleurs et plus sécuritaires pour elles. Nous devons accélérer le rythme du changement et joindre les femmes de toutes les communautés du pays.

Le cœur de la femme est-il vraiment si différent?

« Oui et non, indique la D^{re} Humphries. De manière générale, le cœur de la femme ressemble beaucoup à celui de l'homme, mais il existe tout de même plusieurs différences importantes, irréfutables et encore très peu comprises. »



Les femmes sont
**plus sujettes à mourir
d'une crise cardiaque**
que les hommes.

Sur le plan physiologique, chez la femme, les artères coronaires et le cœur sont plus petits, la pression artérielle plus basse et le rythme cardiaque au repos plus rapide que chez un homme du même âge. Un autre point important : dans un cas d'athérosclérose, la plaque responsable des coronaropathies s'accumule différemment dans ses vaisseaux sanguins. Son activité électrique cardiaque aussi lui est propre.

Il faut noter que la grossesse, la ménopause et plusieurs changements hormonaux qui se produisent au cours d'une vie ont une incidence sur le cœur de la femme. Les types de

maladies du cœur peuvent grandement différer chez les hommes et les femmes, et donc nécessiter une démarche particulière de diagnostic et de traitement. Et puis, ces dernières vivent et décrivent les signes de maladie du cœur, y compris d'une crise cardiaque, d'une manière parfois bien peu semblable aux hommes. Tout cela sans compter les maladies du cœur et les risques que nous commençons tout juste à élucider et que l'on constate principalement chez les femmes :

- Certains médicaments pour le cœur causent davantage d'effets indésirables chez elles que chez les hommes, et la gravité de ces effets peut même être accrue.
- Elles ont un plus grand risque de souffrir de troubles du rythme cardiaque d'origine médicamenteuse.
- Le risque de complications hémorragiques associé à plusieurs traitements courants, comme l'angioplastie, est deux fois plus élevé chez elles.
- Les différences du genre, par exemple le statut socioéconomique inférieur (et les difficultés qui y sont liées, notamment en termes d'accès à des choix alimentaires sains) ainsi que les responsabilités familiales accrues (et le stress qu'elles entraînent), sont interdépendantes et plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Quelle est la différence entre le sexe et le genre?

Le sexe et le genre sont deux concepts différents qui influencent tous deux la santé féminine. Voici la définition qu'en donnent les Instituts de recherche en santé du Canada* :

- « **Le sexe** est déterminé par un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux », y compris les caractéristiques physiques, les chromosomes, l'expression génétique, les hormones et l'anatomie.
- « **Le genre** est déterminé par les rôles, les comportements, les expressions et les identités construits socialement pour les filles, les femmes, les garçons, les hommes et les personnes de diverses identités de genre. »

« Devant tant d'inconnu, nous devons urgemment comprendre les différences qui existent entre les hommes et les femmes, affirme la D^{re} Humphries, directrice scientifique du Centre for Improved Cardiovascular Health de la Colombie-Britannique. Nous commençons à peine à réaliser des percées, à comprendre à quel point le sexe et le genre présentent des risques pour les femmes. »

* Instituts de recherche en santé du Canada (2015). *Définition de sexe et de genre*. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47830.html>

La réalité des femmes : les lacunes

De nos jours, la représentation des femmes dans les travaux de recherche sur les maladies du cœur est insuffisante, tout comme en ce qui a trait aux diagnostics, aux traitements, à la sensibilisation et au soutien qu'elles reçoivent.

Cet ensemble aussi vaste que complexe de lacunes a commencé dans le domaine de la recherche en santé où, pendant des dizaines d'années, certains traitements étaient testés en grande majorité sur des hommes blancs d'âge moyen.

L'hypothèse était qu'une solution devait convenir à tous également : l'information tirée des études a donc servi de base aux lignes directrices cliniques, aux procédures diagnostiques et aux traitements qui, encore aujourd'hui, sont employés à grande échelle tant chez les hommes que chez les femmes.

Cette sous-représentation des femmes dans la recherche a eu une incidence sur tous les aspects des soins cardiaques, un impact qui perdure.

La santé cardiaque des femmes :



Les lacunes en recherche



Pourquoi donc les femmes étaient-elles exclues des essais cliniques? Pourquoi les résultats n'étaient-ils pas analysés en fonction du sexe et du genre dès le début? En grande partie, cela s'explique par les préoccupations en matière de sécurité féminine pendant le développement de médicaments. Après la catastrophe de la thalidomide au début des années 1960 (un médicament qui, pris par des femmes enceintes, a causé des malformations chez plusieurs nouveau-nés), la pratique courante consistait à présumer que toutes les femmes en âge de procréer étaient « potentiellement enceintes », quelles que soient leurs activités et orientation sexuelles. Pour cette raison, il leur était interdit de participer à titre de sujets aux travaux de recherche.

En 1997, Santé Canada a révisé ses lignes directrices et a énoncé des conditions et des recommandations visant l'inclusion sécuritaire des femmes dans toutes les étapes du développement de médicaments et des essais cliniques. Cela n'a toutefois pas suffi, car les changements hormonaux que vivent les femmes ainsi que les affections concomitantes des patientes



Les **2/3** des études cliniques
sur les maladies du cœur
portent sur les hommes seulement.

atteintes de maladies du cœur compliquent les analyses. Ainsi, encore aujourd'hui, leur représentation reste insuffisante dans les travaux.

« Le problème, c'est que le sexe et le genre ont une incidence sur l'innocuité et l'efficacité des traitements et des diagnostics », affirme la D^{re} Louise Pilote, professeure de médecine à l'Université McGill et directrice de la division de médecine interne générale du Centre universitaire de santé McGill. Effectivement, il a été démontré que certains traitements augmentent considérablement les risques chez la femme, mais ne lui apportent que très peu de bienfaits.

« Cela doit faire environ 25 ans que l'on parle d'élaborer des lignes directrices visant à assurer une représentation égale des hommes et des femmes dans les essais cliniques, explique le D^r Ed O'Brien, vice-président du conseil consultatif de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et professeur de sciences cardiaques à l'Université de Calgary. Mais encore aujourd'hui, il y a de la résistance. Oui, cet équilibre complique les essais cliniques et augmente les coûts, mais on ne peut s'en passer. »

D'ailleurs, il fait la remarque que les femmes représentent 51 % de notre population. « Si vous voulez mettre en application vos travaux de recherche pour en faire un traitement qui sera donné à la moitié de la population, ce serait désastreux qu'il n'y ait eu ni tests ni analyses de résultats pour ce groupe! »

Les D^{rs} Pilote et O'Brien soulignent tous deux que les questions de genre ne rendent pas facile l'atteinte de l'équilibre dans les essais : même si les chercheurs étaient prêts en tout temps à y inclure les femmes (ce qui n'est pas toujours le cas), il est parfois difficile d'en trouver – surtout de divers horizons et groupes d'âge – qui sont disposées à se porter volontaires pour ces études.

« Nous devons à tout prix comprendre pourquoi elles hésitent à participer », remarque la D^{re} Pilote. À l'heure actuelle, on estime que ce pourrait être en raison des différents rôles, responsabilités familiales et contraintes financières qu'elles vivent. Cela dit, les chercheurs ont le devoir de trouver de nouvelles approches qui respectent la réalité des femmes de manière à ce que celles-ci puissent mieux prendre part aux essais cliniques.

« Plusieurs médicaments des plus enthousiasmants sont en train d'être étudiés, mais si la représentation n'est pas équilibrée lors des essais, il sera impossible de connaître leur efficacité et leur innocuité chez les femmes », ajoute-t-elle.

Il y a néanmoins des signes de changements positifs :

- De plus en plus, des bailleurs de fonds, dont Cœur + AVC, demandent à ce que les propositions de recherche définissent et tiennent compte du sexe et du genre des participants. D'autres organismes canadiens, dont les IRSC, recommandent également cette inclusion et demandent une justification aux chercheurs si elle n'est pas respectée.
- Chez les chercheurs, on assiste présentement à un changement d'attitude. Ils connaissent bien le concept d'inclusion équilibrée et s'attendent à ce qu'il faille le respecter dans le cadre de leurs travaux.
- Des données probantes laissent également entendre qu'en augmentant le nombre de scientifiques de sexe féminin qui

travaillent sur des projets de santé cardiaque, nous parviendrons à mieux comprendre les maladies du cœur chez les femmes. Effectivement, une évaluation menée récemment sur 1,5 million de documents de recherche a révélé une forte corrélation entre les études dirigées par des femmes et les chances d'inclusion d'une analyse en fonction du sexe et du genre. En mai 2017, l'honorable Kirsty Duncan, ministre des Sciences du Canada, a annoncé des changements au réputé Programme des chaires d'excellence en recherche du Canada, lesquels forceraient les universités hôtes de ces chaires à créer, mettre en œuvre et diffuser des plans d'action pour atteindre les objectifs d'équité et de diversité, sans quoi elles pourraient perdre leur financement. Au moment où ce changement a été annoncé, parmi les 28 titulaires de chaire, il n'y avait qu'une seule femme.

- Des dires de la D^{re} Humphries, le pays fait des efforts bien supérieurs à la moyenne dans le domaine de la recherche sur les troubles et les risques cardiaques propres aux femmes. La D^{re} Jacqueline Saw, par exemple, a accompli un travail révolutionnaire en étudiant la dissection spontanée de l'artère coronaire (DSAC), un trouble cardiaque très peu connu qui touche principalement les femmes. La D^{re} Margaret Davenport, de son côté, étudie le lien de causalité entre les complications lors de la grossesse et les problèmes du système vasculaire développés plus tard.
- En outre, la D^{re} Pilote fait remarquer que des travaux dirigés par des chercheurs canadiens ont permis de mettre au point une fiche d'évaluation du genre afin d'aider les travailleurs de la santé à comprendre et à reconnaître les différences associées au sexe et au genre chez leurs patientes atteintes de maladies du cœur, ainsi qu'à leur fournir des soins personnalisés.

« La science a pris beaucoup de temps à reconnaître les différences entre le sexe et le genre en matière de maladies du cœur, et encore trop de temps à corriger cette erreur. »

D^r Ed O'Brien

La santé cardiaque des femmes :

Les lacunes dans le diagnostic et le traitement



En pratique clinique, dans les services des urgences d'un océan à l'autre, le signe le plus révélateur d'une crise cardiaque est la douleur thoracique. C'est un signal d'alarme : un patient qui a des douleurs thoraciques est dirigé en urgence pour passer une angiographie ou d'autres tests afin de confirmer si l'une de ses artères coronaires est obstruée et de traiter le problème, si c'est le cas.

Chez les femmes, le cheminement peut prendre une toute autre forme. Au pays, elles sont bien moins susceptibles de recevoir les soins d'un cardiologue ou d'être aiguillées vers des tests diagnostiques ou des traitements rapides. Et pour les femmes autochtones qui vivent dans une réserve, la situation est encore pire étant donné le manque de ressources dans les hôpitaux des régions rurales ou éloignées.

Moins du tiers des femmes qui font une crise cardiaque reçoivent les soins habituels dans les délais stipulés dans les lignes directrices :

- Seulement 29 % des femmes subissent un électrocardiogramme (ECG, l'examen habituel visant à évaluer l'activité électrique du cœur) dans le délai prescrit de 10 minutes, par comparaison à 38 % des hommes.
- Si la situation exige un traitement pour dissoudre un caillot, seulement 32 % des femmes le reçoivent dans le délai prescrit de 30 minutes, par comparaison à 59 % des hommes.

Chez les femmes comme chez les hommes, la douleur est généralement le signe principal d'une crise cardiaque, mais la description qui en est faite, et ainsi avoir une incidence sur le diagnostic et le traitement. Les femmes parlent parfois de pression ou de serrement, et mentionnent plus souvent la nausée, une fatigue inhabituelle, de la douleur à la mâchoire ou d'autres signes. Bref, elles n'ont pas tout simplement l'impression que leur poitrine est comprimée.

Les femmes, tout comme leur médecin, prennent trop de temps pour déceler les signes précurseurs d'une crise cardiaque. Selon une étude rétrospective publiée dans la revue anglophone *Circulation*, ces signes n'ont pas été remarqués chez 78 % du groupe de femmes étudié, même s'ils se répétaient à plusieurs reprises au fil de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. Ce sont des signes subtils, comme l'essoufflement, une faiblesse, la fatigue et un étourdissement, mais néanmoins, des indicateurs importants d'une crise cardiaque imminente. Dans bien des cas,

les signes passaient inaperçus des femmes elles-mêmes, ou alors étaient simplement ignorés par celles-ci (ou par le médecin consulté).



Les **signes précurseurs d'une crise cardiaque** sont passés **inaperçus** chez 78 % des femmes.

Les médecins d'aujourd'hui sont beaucoup plus conscients de ces différences; néanmoins, il arrive souvent que les signes mentionnés par les femmes – particulièrement les plus jeunes – soient attribués à l'anxiété, à des brûlures d'estomac ou à d'autres problèmes dits « féminins ». Dans une étude publiée dans l'*American Journal of Cardiology*, les médecins ont eux-mêmes exprimé un désir d'améliorer la formation dans ce domaine. Seulement 22 % des médecins généralistes et 42 % des cardiologues se sentaient bien préparés à évaluer les maladies du cœur chez les femmes.

« Les préjugés sexistes sont toujours d'actualité, remarque la D^{re} Tara Sedlak, directrice du centre de santé féminine Leslie Diamond, à Vancouver. Les médecins cherchent parfois d'autres causes aux symptômes des femmes sans d'abord faire les tests nécessaires pour être certains qu'elles n'ont pas un problème cardiaque. Cette façon de procéder n'est peut-être pas intentionnelle, mais puisque les soins offerts aux hommes s'en distinguent, c'est le signe qu'il existe encore des préjugés systémiques. »

Les écoles de médecine et la formation médicale continue doivent encore s'adapter de manière à s'assurer d'offrir aux dispensateurs de soins une bonne compréhension de ces enjeux. Pour remédier à la

« Dans ma tête, le stéréotype de la crise cardiaque prenait la forme d'un vieil homme qui porte les mains à sa poitrine, sur un terrain de golf. **Les femmes doivent savoir qu'il est possible de continuer à marcher, à parler et à travailler alors qu'on fait une crise cardiaque.**

C'est ce que j'ai vécu. »

Carolyn Thomas, survivante d'une crise cardiaque

situation, six écoles de médecine de l'Ontario ont collaboré afin de créer du matériel d'apprentissage en ligne sur la santé des hommes et des femmes, lequel peut être intégré sur une base volontaire par le personnel enseignant dans les programmes de cours.

Par ailleurs, Cœur + AVC et le Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa coorganisent le Sommet canadien sur la santé cardiaque des femmes, une initiative tenue tous les deux ans qui présente les plus récentes données et nouvelles aux cliniciens, explore de nouveaux horizons de la recherche et fait la promotion de la santé cardiaque des femmes.

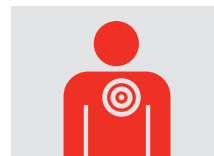
Le problème des tests de dépistage

Un grand nombre des examens visant à diagnostiquer une crise cardiaque ayant été créés pour les hommes et testés sur ceux-ci, il se pourrait qu'ils ne parviennent pas à détecter une maladie du cœur ou une crise cardiaque chez une femme.

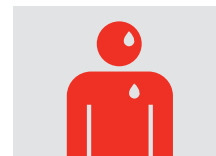
« Il arrive souvent que ce soit les petits vaisseaux du cœur des femmes qui soient touchés par des affections, tandis que chez les hommes, ce soit plutôt les grandes artères coronaires », explique la D^{re} Sedlak. L'angiographie, l'outil de diagnostic employé pour détecter les maladies du cœur, ne fait l'imagerie que des grandes artères coronaires. Elle ne détecte donc pas les maladies microvasculaires, qui touchent les petites artères, ce qui peut faire qu'une femme atteinte d'un tel trouble ne reçoive jamais de diagnostic. Par comparaison aux hommes dans la même situation, les femmes dont les résultats de l'angiographie sont normaux sont quatre fois plus sujettes à être admises de nouveau à l'hôpital dans les six mois en raison de douleurs thoraciques.

Bien qu'aucun test ne soit infaillible, certains outils fonctionnent beaucoup moins bien chez les femmes. L'épreuve d'effort sur tapis roulant, qui permet de connaître le débit cardiaque, révèle moins efficacement les maladies du cœur chez les femmes que chez les hommes, et encore moins chez les femmes plus jeunes, comparativement à celles plus âgées.

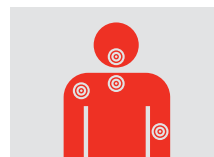
Apprenez les signes d'une crise cardiaque



Douleur ou inconfort thoracique
pression ou inconfort, serrement, douleur vive, sensation de brûlure ou de lourdeur à la poitrine



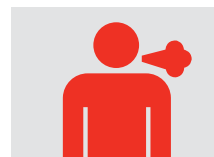
Sueurs



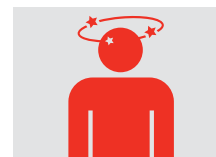
Inconfort à d'autres régions du haut du corps
cou, mâchoire, épaule, bras ou dos



Nausée



Essoufflement



Étourdissements

Composez le 9-1-1 immédiatement.

Les signes chez les hommes et chez les femmes sont-ils vraiment si différents?

De manière générale, les femmes s'imaginent une crise cardiaque comme un classique hollywoodien : une douleur si foudroyante qu'elle pousse le personnage à porter les mains à sa poitrine avant de s'effondrer. Or, si la douleur ne leur semble pas si grave, ou s'il y a d'autres signes que cette douleur, comme de la nausée, une fatigue soudaine ou de l'essoufflement (ceux que signalent plus souvent les femmes), elles sont plus enclines à retarder leur transport au service des urgences, puis moins susceptibles d'y recevoir rapidement un traitement rigoureux.

Et puis, ces lacunes dans les diagnostics empêchent de traiter rapidement l'affection. Dans le cas d'une crise cardiaque, le temps a une incidence directe sur l'efficacité du traitement et la réduction des dommages irréversibles : il faut agir rapidement pour rétablir la circulation sanguine dans les artères.

« Un traitement dans l'heure est de loin préférable qu'à l'intérieur de six heures, remarque la D^{re} Sedlak.

À notre hôpital de Vancouver, nous mettons au point de nouvelles techniques d'angiographie afin de détecter les maladies des petits vaisseaux ainsi que les petites déchirures ou spasmes des artères, des symptômes que l'on constate principalement chez les femmes. »

« Au Centre universitaire de santé McGill, nous travaillons sur de nouveaux examens par résonance magnétique afin de découvrir pourquoi l'angiographie ne révèle pas d'occlusion des artères coronaires chez certaines patientes », ajoute la D^{re} Pilote.

Pendant ce temps, de plus en plus d'études scientifiques évaluent l'efficacité de nouvelles techniques d'imagerie cardiaque et de tests moléculaires visant à détecter les maladies microvasculaires, y compris l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque, la tomographie par émission de positons et plusieurs autres outils d'imagerie non effractifs

Une histoire au féminin

Nancy Bradley a ressenti tant de douleur à la poitrine qu'elle avait de la difficulté à reprendre son souffle. Ayant des antécédents familiaux de maladies du cœur, elle était convaincue de faire une crise cardiaque. Pourtant, à l'hôpital, on lui a dit que ses symptômes étaient probablement associés à des brûlements d'estomac et on l'a renvoyée chez elle. Deux semaines plus tard, elle a subi une violente crise cardiaque.

« J'avais déjà eu des brûlures d'estomac. Ce n'était pas la même chose. J'ai essayé d'expliquer que ce que je ressentais était différent. La deuxième fois, la douleur a été la même. »

(c'est-à-dire qui ne nécessitent pas d'intervention sous-cutanée). Leur mise en œuvre se fait grandement attendre.

« Ces nouvelles techniques ne sont pas encore accessibles à grande échelle, mais il faudrait qu'elles le soient, indique la D^{re} Sedlak. Le temps presse, car en dehors des grands établissements, il n'est pas rare qu'une femme reçoive son congé de l'hôpital alors qu'elle a une maladie du cœur qui n'a simplement pas été détectée. »

Le coût des idées préconçues

L'étude du registre international des événements coronariens aigus (Global Registry of Acute Coronary Events, ou GRACE), menée dans 113 hôpitaux de 14 pays différents, dont le Canada, a révélé que les femmes admises à l'hôpital pour une maladie du cœur avaient moins de chances d'obtenir les médicaments ou la chirurgie susceptibles de les aider. Elle met en lumière l'importance de mener de nouveaux travaux, car les femmes atteintes de ces affections sont également plus enclines à faire de l'hypertension artérielle ou du diabète, ce qui peut avoir une incidence sur les choix de traitement.

Selon la D^{re} Humphries, l'étude souligne que la recherche peut nous aider à comprendre les différences qui existent entre les sexes et les genres en matière de traitement. Effectivement, plusieurs facteurs sociaux et psychologiques expliquent les lacunes dans les traitements offerts aux femmes, et ces facteurs doivent être abordés rapidement afin de cesser les idées préconçues.

Plusieurs médicaments et dispositifs (dans la plupart des cas n'ayant pas été testés sur des femmes) ont été retirés du marché après que l'on ait constaté les effets indésirables qu'ils produisaient chez elles. Ainsi, certains médicaments contre l'angine de poitrine et l'hypertension artérielle augmentent beaucoup plus souvent le risque de troubles des valves ou du rythme cardiaques chez les femmes. Aussi, des études ont découvert que plusieurs coupe-faims sont nocifs pour la santé cardiaque de tous les patients, quel que soit leur sexe, mais puisqu'ils sont prescrits de façon disproportionnée aux femmes. Ce sont donc elles qui en subissent le plus les effets néfastes.

Enfin, après une crise cardiaque, les femmes sont moins sujettes à prendre les médicaments qui peuvent les aider, par exemple pour réguler leur pression artérielle ou réduire leur taux de cholestérol. Ce point-ci n'est pas facile à expliquer. Les médecins ne prescrivent-

Éliminer les idées préconçues dans le secteur de la santé

Des médecins de l'hôpital Johns Hopkins, à Baltimore, ont adapté un concept tout simple dans l'espoir de réduire les idées préconçues liées au genre des patients, notamment en soins cardiaques. En se basant sur le livre *The Checklist Manifesto*, d'Atul Gawande, ils ont créé des listes de vérification claires à utiliser afin de prévenir les erreurs humaines et d'éliminer les idées préconçues souvent inconscientes dans la prise de décisions médicales.

Avec son équipe, le Dr Elliott Haut, chirurgien traumatique, a observé que les risques qu'il n'y ait pas de mesures de prévention de la formation de caillots sanguins étaient 50 % plus élevés chez les patientes. Une fois la liste de vérification mise en pratique, cet écart entre les genres a tout simplement disparu et le taux de caillots susceptibles d'être prévenus est tombé à zéro. Cette liste de vérification rappelle aux gens (et même aux experts) que l'analyse guidée, étape par étape, d'une affection aide à éviter les jugements humains associés à la race, au genre ou au métier du patient, ainsi qu'à d'autres facteurs non pertinents.

ils pas ces médicaments à leurs patientes? Ces dernières ne récupèrent-elles pas les ordonnances remplies par leur médecin? Ou alors les récupèrent-elles, sans pour autant prendre les médicaments? Il est important d'examiner de plus près la situation.

Le défi des troubles cardiaques féminins

Il arrive souvent que des femmes soient pénalisées au cours de leur carrière en raison de la possibilité qu'elles tombent enceintes. Mais cette situation ne se retrouve pas exclusivement dans leur vie professionnelle : on la constate en santé cardiaque. Effectivement, près du tiers des jeunes femmes qui font une crise cardiaque aiguë précoce ont des antécédents d'affections obstétricales. Le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle et la prééclampsie doublent le risque à long terme de maladies du cœur.

De plus, contrairement aux générations précédentes, de plus en plus de femmes atteintes de cardiopathies congénitales ou d'autres affections cardiaques survivent jusqu'à l'âge adulte et parviennent à avoir des enfants. Au cours des 10 dernières années, le nombre de femmes enceintes atteintes d'une maladie du cœur préexistante a augmenté de 24 %. Il s'agit là d'un nouveau problème des plus complexes que l'on doit étudier de toute urgence, de sorte que les cliniciens puissent être prêts à offrir des soins spécialisés à ces patientes.

Et c'est sans parler de plusieurs autres affections cardiaques principalement féminines qu'on commence tout juste à concevoir.

La DSAC est un trouble cardiaque caractérisé par une déchirure soudaine dans une artère. De nouveaux travaux menés au pays démontrent qu'il s'agit de la cause sous-jacente d'environ 25 % de toutes les crises cardiaques chez les femmes de moins de 60 ans (voir l'histoire ci-contre). Environ 90 % des personnes atteintes de DSAC sont de sexe féminin, et presque toutes sont jeunes et autrement en bonne santé.

Une histoire au féminin

Quand Patti Mersereau-Leblanc a été transportée d'urgence à l'hôpital Saint-Boniface, à Winnipeg, parce qu'elle avait des symptômes de crise cardiaque, elle a eu la chance d'être traitée par la D^{re} Olga Toleva, qui a été formée par la D^{re} Jacqueline Saw, qui est une experte de la DSAC. La D^{re} Toleva a su reconnaître les signes de ce trouble et détecter deux déchirures dans les artères apportant le sang au cœur de la patiente. La plupart des médecins connaissent mal la DSAC, qui ne peut être décelée qu'avec un œil avisé et du matériel d'imagerie spécialisé.

Patti a pu se rétablir, mais l'idée qu'elle puisse subir un nouvel épisode la hante encore. « Je ne savais pas ce qui m'arrivait. J'avais peur de vivre. J'avais peur de mourir. Je ne pouvais pas rester allongée sur le divan éternellement, mais sortir jogger pourrait provoquer une autre DSAC. »



La santé cardiaque des femmes :



Les lacunes dans le soutien

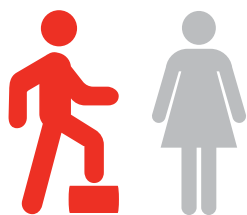


Les programmes de réadaptation cardiaque combinent activité physique, éducation, conseils de mode de vie sain et soutien psychosocial dans le but d'aider les patients à retourner chez eux après le congé de l'hôpital.

Participer à ce genre de programme pendant 12 à 24 semaines après une crise cardiaque, une chirurgie cardiaque ou un diagnostic de maladie du cœur peut faire diminuer le taux de réadmission de 31 % et le taux de mortalité de 25 %. Les patients qui terminent la réadaptation obtiennent également de meilleures aptitudes fonctionnelles ainsi qu'une meilleure qualité de vie, et ils sont moins enclins à souffrir de dépression.

Cependant, malgré tous ces avantages, les chances qu'une femme suive un tel programme sont deux fois moins élevées que chez les hommes.

La D^{re} Sherry Grace, professeure à l'Université York et maîtresse de recherche à l'Institut de réadaptation de Toronto, étudie les femmes en réadaptation cardiaque. Elle a découvert une véritable constellation de facteurs sociaux et économiques qui expliquent les raisons pour lesquelles ces dernières ont aussi peu recours à la réadaptation, la première étant un faible taux de recommandation par leur médecin.



Les femmes sont 2 fois moins portées que les hommes à faire de la réadaptation cardiaque.

« Dans le cadre de nos travaux, nous avons remarqué que les médecins semblent croire que les femmes profitent moins de la réadaptation que les hommes, affirme-t-elle. Un médecin sur trois n'était pas même conscient de ses idées préconçues fondées sur le genre. »

La D^{re} Tara Sedlak est d'avis qu'il est temps de mettre de côté cette idée fausse comme quoi les femmes n'ont pas besoin de faire de la réadaptation; il n'y a aucun doute quant au fait qu'elles peuvent en tirer de grands bienfaits. Paradoxalement, les femmes qui abandonnent la réadaptation ou qui n'y participent tout simplement pas sont souvent celles qui pourraient en profiter le plus.

Plusieurs autres raisons liées au genre expliquent pourquoi les femmes sont moins enclines à participer à la réadaptation. Certaines, par exemple, ont déjà de la difficulté à trouver du temps pour travailler, s'occuper de leurs enfants (ou petits-enfants) et prendre soin de leurs parents âgés.

Le coût peut aussi être un obstacle, surtout que les femmes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les hommes, selon la D^{re} Sedlak. D'ailleurs, il n'est assuré que dans certaines provinces du pays. Dans d'autres, les participants doivent déboursier jusqu'à 100 \$ par mois.

Quelques cliniques mènent des collectes de fonds afin de payer les frais de réadaptation des patients à faibles revenus, et certaines ont des travailleurs sociaux qui évaluent la capacité qu'a chacun de payer. Plusieurs centres sont également en train d'examiner des solutions technologiques susceptibles de les aider, par exemple la télésanté et les systèmes en ligne permettant d'offrir des programmes hybrides à domicile et en groupe. Différents modèles de groupe de réadaptation pour femmes seulement ou pour une maladie particulière sont aussi actuellement testés.

« Dans notre clinique, les programmes de réadaptation offerts exclusivement aux femmes ont vraiment changé la donne, surtout pour les jeunes patientes, soutient la D^{re} Sedlak. Dans un tel contexte, elles sont bien plus nombreuses à terminer le programme. Elles sentent qu'elles s'entraident au sein d'un même groupe d'âge et que les renseignements qu'on leur donne sont plus pertinents pour leur propre situation. »

Des études pilotes de programmes virtuels ou en ligne sont en cours, mais ces derniers pourraient ne pas être la solution idéale pour combler les besoins des femmes. Ces innovations pourraient aider à surmonter quelques-uns des obstacles, sans toutefois offrir le soutien et la présence d'un groupe, un élément particulièrement important pour les femmes dont les besoins psychosociaux de soutien sont parfois supérieurs à leurs besoins de réadaptation physique (voir l'histoire de Beth, ci-contre).

Les femmes sont plus souvent victimes de dépression que les hommes après un événement cardiovasculaire; le soutien des pairs, de même que l'accès à des travailleurs sociaux et à des psychiatres, a donc une grande incidence.

Le taux de recommandation des patientes à la réadaptation cardiaque est toujours insuffisant, mais la D^{re} Sedlak constate néanmoins des améliorations dans certains des grands établissements, dont plusieurs qui affichent désormais une case à cocher sur les formulaires de congé dans le but de s'assurer que toutes les patientes cardiaques sont aiguillées vers un programme.

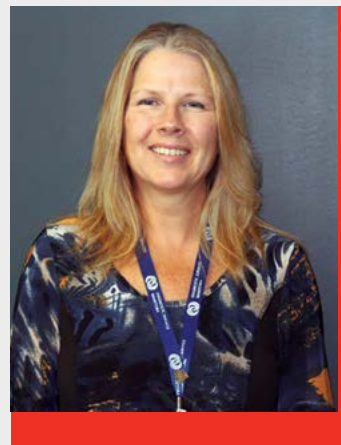
« Dans les communautés de petite taille, ainsi que dans celles situées en région rurale ou éloignée, il n'est pas automatique que les femmes reçoivent ce genre de recommandation, affirme-t-elle. Sans les conseils et le soutien de leur médecin, il sera difficile d'améliorer le taux de participation des patientes. »

Une histoire au féminin

Après avoir subi une crise cardiaque à 51 ans, Beth Luhowy se sentait seule et anxieuse, mais aussi coupable d'avoir dû s'absenter du travail. En participant à un programme de réadaptation cardiaque de 16 semaines au Centre Reh-Fit, à Winnipeg, elle est parvenue à retrouver un équilibre psychologique et à reprendre confiance en elle. Elle a aussi établi un programme d'activité physique grâce auquel elle se sent aujourd'hui en forme et en santé.

Néanmoins, Beth comprend très bien pourquoi certaines femmes hésitent à participer à la réadaptation cardiaque.

« Je me sentais égoïste à l'idée de faire quelque chose exclusivement pour moi. Ce n'est qu'après avoir commencé que je me suis rendu compte que le plus égoïste aurait été de ne pas le faire. Si je ne prends pas soin de moi, personne ne va en profiter! »



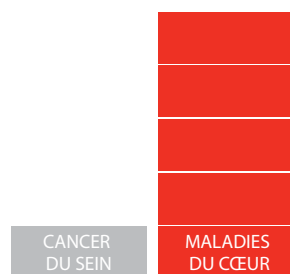
La santé cardiaque des femmes :

👁️ Les lacunes dans la sensibilisation



Malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation pendant des années, les femmes ne sont toujours pas suffisamment conscientes du danger que présentent les maladies du cœur pour leur vie. Elles ne savent pas que ces affections fauchent la vie de cinq fois plus d'entre elles que le cancer du sein. Qu'elles fauchent la vie de une femme sur cinq. Que certains facteurs de risque (l'hypertension artérielle, le diabète, la consommation d'alcool et la sédentarité) présentent des risques encore pires pour elles que pour les hommes.

Dans l'espoir de mieux comprendre pourquoi les femmes ne prennent pas ces risques au sérieux, Cœur + AVC a mené un sondage auprès de 2 000 Canadiennes pendant le mois de juin 2017, puis a tenu des entrevues approfondies avec quelques-unes des répondantes.



Les femmes sont **5 fois** plus à risque de mourir d'une **maladie du cœur** que du cancer du sein.

Les résultats sont saisissants. Avec peu de connaissances sur la santé et de nombreux comportements malsains, les femmes se retrouvent face à un risque particulièrement élevé.

Les facteurs de risque signalés par les répondantes du sondage faisaient état d'un taux élevé d'embonpoint ou d'obésité et de stress, ainsi que de mauvais choix alimentaires et habitudes en matière d'activité physique. Pourtant, seulement 20 % d'entre elles ont affirmé parler régulièrement à leur médecin de la santé de leur cœur.

Les connaissances en matière de santé cardiaque étaient particulièrement faibles chez les jeunes, les minorités visibles et les Québécoises.

Chez les femmes de 19 à 29 ans :

- **seulement 37 %** pensaient que les maladies du cœur pouvaient être vécues différemment par les hommes et par les femmes (par comparaison à 67 % des femmes de 50 à 69 ans);
- **40 %** consommaient des aliments à faible valeur nutritive plus de cinq fois par semaine (comparativement à 28 % des femmes de 50 à 69 ans);
- **58 %** affirmaient ressentir du stress tous les jours ou presque (par comparaison à 35 % des femmes de 50 à 69 ans).

Chez les minorités visibles :

- **seulement 48 %** savaient que 9 femmes sur 10 présentent au moins un facteur de risque;
- **seulement 28 %** savaient que les maladies du cœur et l'AVC sont les principales causes de décès chez les femmes dans le monde.

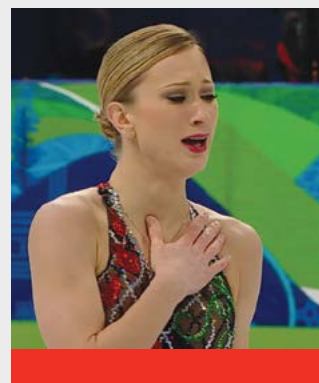
Au Québec :

- **39 %** des femmes ont su répondre correctement à 4 des 12 questions de base sur la santé du cœur (par comparaison à 44 % à l'échelle du pays).



Une histoire au féminin

Deux jours avant que Joannie Rochette remporte sa médaille de bronze en patinage artistique aux Jeux olympiques de Vancouver, sa mère, Thérèse, est décédée d'une crise cardiaque.



« Elle avait 55 ans. Elle ne voyait pas de cardiologue ni d'autre spécialiste. Toute cette histoire nous a prises complètement par surprise, ma famille et moi.

Dans bien des cas, les femmes n'accordent pas la priorité à leur propre santé. C'était clairement le cas de ma mère. Après son décès, nous avons trouvé dans son portefeuille un bout de papier où elle avait noté quelques-uns des symptômes qu'elle avait. Elle ne nous en avait jamais parlé. Elle ressentait de la douleur à l'épaule gauche et un engourdissement dans les mains, sa vision était trouble et elle était constamment fatiguée. Quand j'ai vu ce papier, je me suis tout de suite sentie coupable de n'avoir rien remarqué. J'étais si occupée à m'entraîner pour les Jeux olympiques! C'était alors moi, la priorité. Je pense aussi que c'est une des raisons pour lesquelles elle ne nous a rien dit. »

« C'est ainsi que vivent bien des femmes, affirme Yves Savoie, chef national de la direction de Cœur + AVC. Elles nous ont affirmé que leur pouvoir, c'est de prendre soin des gens. Ce que nous devons faire, à titre de familles, de conjoints et de société, c'est les aider à comprendre qu'elles doivent aussi prendre soin de leur propre santé. De plus, nous devons trouver des façons de nous assurer que notre système de santé comprend bien le fonctionnement du cœur de la femme et arrive à combler les besoins des patientes. Les femmes ont le droit de sentir qu'on les aide à prendre soin de leur santé. »

Comment expliquer une telle situation?

Quand on examine de plus près la situation, et plus précisément le point de vue des femmes à l'égard de leurs différents rôles, quelques explications font surface.

Ainsi, bien des femmes considèrent leur rôle de nourrice et d'aidante comme indissociable de leur nature et de leur identité. De la naissance jusqu'à la mort, c'est donc en prenant soin d'autres gens, comme leurs parents, leur conjoint et leurs enfants, qu'elles se reconnaissent. En arrivant à jouer à la fois ce rôle et plusieurs autres, elles se sentent fières et puissantes : à leurs yeux, c'est une expérience incroyablement enrichissante. Ces rôles sont appris pendant l'enfance, transmis d'une génération à l'autre, et chez bien des femmes, font partie de leur ADN. Les rôles de la femme dans les différentes cultures ont leur raison d'être.

À l'opposé, pour arriver à s'occuper de toutes ces responsabilités, les femmes mettent souvent de côté leur propre santé. Elles n'expriment pas nécessairement les préoccupations qu'elles pourraient avoir au sujet de la santé de leur cœur et pourraient même les minimiser de manière à mieux prendre soin des autres.

« Voilà qui je suis. J'ai choisi d'être en couple. J'ai choisi de fonder une famille. J'ai pris toutes ces décisions moi-même, **j'ai décidé de prendre soin des gens que j'aime et je vais donner tout ce que je peux donner.** »

Participante au sondage



Seulement 20 % des médecins ont l'habitude d'aborder la santé cardiaque avec leurs patientes.

Des femmes à risque élevé : les Autochtones

Les peuples autochtones du Canada, c'est-à-dire les Premières Nations, les Métis et les Inuits, ont un risque jusqu'à deux fois plus élevé de développer une maladie du cœur que le reste de la population. La coronaropathie, une affection susceptible de causer une crise cardiaque, est responsable du taux de mortalité de 53 % plus élevé chez les Autochtones que chez les autres femmes, et les maladies du cœur s'avèrent mortelles à un plus jeune âge pour elles.

Les chefs autochtones affirment que leurs communautés connaissent une véritable crise de santé. L'accès aux services de diagnostic, de traitement et de soutien est particulièrement difficile. Plusieurs autres facteurs, dont la pauvreté, l'éducation, l'accès abordable à la nourriture et à l'eau, ainsi que les conditions de vie précaires creusent encore davantage le fossé. À l'heure actuelle, il existe aussi des lacunes en matière de recherche. Pour cette raison, il est important de mener rapidement de nouvelles études afin de mieux comprendre l'incidence de ces différents facteurs sur les femmes autochtones.

Les traumatismes générationnels et le contexte de crise causés par l'impact de politiques historiques ont entraîné un fardeau disproportionné sur les femmes de ces peuples en ce qui a trait aux facteurs de risque et aux maladies cardiovasculaires. Ce fardeau devient encore plus lourd avec les inégalités répandues et le racisme systémique.



Une histoire au féminin

Quand elle repense à la crise de santé qu'elle a vécue, Esther Sanderson, une Crie de la nation Opaskwayak, ne peut s'empêcher d'y voir un lien avec le déclin des traditions autochtones. Le cœur gravement endommagé par une crise cardiaque en 2004, Esther a dû subir d'urgence une transplantation. Cinq mois plus tard, elle est retournée dans



sa communauté natale du nord du Manitoba. Très reconnaissante au grand centre qui lui avait offert ces soins, elle savait toutefois qu'elle devait retourner chez elle pour guérir son âme. Elle décrit en ces mots les différences qui existent entre les soins médicaux offerts dans une grande ville et ceux offerts aux femmes autochtones dans les communautés des Premières Nations :

« Dans une réserve, l'accès aux soins de santé est difficile tant pour les hommes que pour les femmes, mais celles-ci doivent faire face à des obstacles encore plus nombreux. »

Les femmes vivent encore plus de racisme et de marginalisation quand elles ont recours au système de santé. De plus, la santé de leur cœur est affectée par les responsabilités familiales qu'elles doivent assumer, surtout dans le cas des mères monoparentales.

Depuis ma transplantation cardiaque, j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs autres femmes aux prises avec des maladies du cœur et j'ai appris qu'elles sont nombreuses à ne pas avoir eu la même chance que moi avec leurs traitements.

Dans la plupart des communautés des Premières Nations, il n'y a pas de médecins ni de spécialistes. Et puis, il y a des problèmes linguistiques, comme des questions de dialecte, mais aussi une incompréhension du jargon médical. Plusieurs Autochtones qui ont vécu les pensionnats hésitent à poser des questions aux personnes en position d'autorité et pourraient donc ne pas comprendre leur maladie ou leurs médicaments. Les soins de santé et le traitement revêtent une importance cruciale dès le tout début du cheminement de ces gens dans le système de santé. S'ils n'arrivent pas à obtenir les résultats escomptés, ils n'ont pas envie de revenir.

Je suis d'avis que le système de santé a beaucoup à tirer de l'expérience des peuples autochtones. Nous avons tous besoin d'un modèle biomédical pour arriver à un diagnostic, mais chacun de nous doit découvrir ce qui lui permettra de retrouver la santé, à la fois en son for intérieur, dans sa famille et dans la collectivité. Nous devons comprendre que la guérison se joue aussi sur les plans spirituel, culturel et traditionnel. »

Pour voir la vidéo d'Esther (en anglais seulement) : https://www.ccsa-nccah.ca/495/Video_mite_achimow-in-Heart_Talk_by_Esther_Sanderson.nccah?id=211

Des femmes à risque élevé : celles d'origine sud-asiatique, chinoise et afrocaribéenne

Par rapport aux Canadiennes de race blanche, celles d'origine sud-asiatique, chinoise et afrocaribéenne connaissent des taux plus élevés de maladies du cœur, des résultats inférieurs en santé et un risque accru.

« Les femmes originaires de ces régions du monde sont plus vulnérables que les autres aux maladies du cœur, affirme la D^{re} Humphries. Par ailleurs, les approches de sensibilisation, de prévention, d'évaluation et de traitement à leur égard sont moins souvent optimales. »

Mais pourquoi est-ce donc le cas?

- Tout d'abord, ces femmes ont des facteurs de risque accrus (sédentarité, hypertension artérielle, diabète).
- Elles sont aussi parfois touchées par les inégalités salariales et les conséquences du racisme.
- D'autres inégalités sont présentes sur le plan social et sanitaire, y compris des obstacles systémiques supplémentaires empêchant l'accès au traitement et à la réadaptation cardiaque.
- Plusieurs facteurs ont un impact négatif sur les résultats qu'elles obtiennent en santé, notamment le manque de sensibilisation aux facteurs de risque et aux symptômes,

l'absence de représentation au sein des essais cliniques ainsi que les attentes face à leur culture et à leur genre.

La D^{re} Sonia Anand, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la diversité ethnique et la maladie cardiovasculaire, souligne à quel point il est complexe de remédier aux défis en santé que vivent les femmes d'origine culturelle à risque accru. « La vulnérabilité s'exprime sur tout un spectre fondé sur les interactions entre l'origine ethnique, le sexe et le statut socioéconomique. La façon dont ces différents facteurs s'entrecroisent crée des vulnérabilités qui sont propres à chaque personne. » Ainsi, si une femme de race non blanche a un faible statut économique, son risque sera supérieur à celui d'une femme de la même origine ethnique, mais au statut économique élevé, ce qui aggrave le risque déjà accru qu'elle ont peut-être en raison de son origine ethnique.

Une autre complication s'ajoute : alors que les facteurs de risque sont les mêmes pour ces groupes ethniques, leur prévalence varie. Par conséquent, l'incidence (soit la fraction attribuable) d'un même facteur de risque est différente pour chaque communauté ethnique. Ainsi, le statut socioéconomique, l'ethnicité et le genre doivent être pris en considération dans l'élaboration de stratégies visant à réduire le fardeau des maladies du cœur chez certains groupes.



La vision de Cœur + AVC de la santé cardiaque des femmes

« Cœur + AVC a pris l'engagement de combler ce fossé afin que nous puissions mieux comprendre les raisons pour lesquelles les maladies du cœur affectent autant les femmes, dit M. Savoie. Nous allons militer pour la transformation du système de santé de manière à ce que les femmes puissent savoir que leurs symptômes seront examinés et leur risque évalué de façon équitable grâce à une meilleure connaissance du cœur de la femme. Nous allons plaider pour

des changements visant à éliminer les idées préconçues. Nous agirons pour la création de systèmes de soutien permettant aux patientes d'avoir un accès abordable à la réadaptation après leur congé de l'hôpital et de nouer des liens avec leurs pairs. Nous voulons également qu'elles sachent que si jamais elles désirent prendre la parole et agir pour la santé cardiaque des femmes, nous les appuierons. »



Les actions de Cœur + AVC

Voici ce que fera Cœur + AVC pour améliorer la santé cardiaque et cérébrale des femmes :

1 Encourager les travaux de recherche axés sur les femmes et investir dans ce domaine.

- Mettre à profit l'investissement de 5 millions de dollars de Santé Canada dans la recherche sur la santé du cœur chez les femmes afin de créer un bassin de financement et ainsi de maximiser l'impact de ces fonds.
- Exiger que les chercheurs se penchent sur le sexe et le genre, au besoin, notamment en ce qui concerne les participants des essais cliniques.
- Mettre les connaissances en application afin de permettre l'élaboration de meilleures approches de diagnostic, de traitement, de rétablissement et de soutien à l'intention des femmes.
- Accroître le soutien offert aux générations actuelles et futures de chercheuses femmes et autochtones.
- Rassembler les plus grands chercheurs et cliniciens sur la santé cardiaque des femmes, ainsi que les personnes qui ont une expérience vécue de la maladie, et les dirigeants communautaires pour accélérer les collaborations de recherche à l'échelle du pays par l'entremise des initiatives suivantes :
 - le Réseau de recherche sur la santé cardiaque et cérébrale des femmes de Cœur + AVC;
 - le Sommet canadien sur la santé cardiaque des femmes (coorganisé par Cœur + AVC et le Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa).

2 Faire équipe avec les dirigeants du système, les dispensateurs de soins et les personnes qui ont une expérience vécue de la maladie, dans le but d'améliorer les diagnostics et les traitements chez les femmes.

- Rédiger et diffuser des lignes directrices cliniques et des normes de soins en matière de santé cardiaque des femmes.
- Plaider pour la formation et l'éducation continue des professionnels de la santé dans le but de réduire les préjugés systémiques auxquels les femmes font face en santé.

3 Faciliter les relations entre les personnes qui ont une expérience vécue de la maladie, les aidants naturels et les familles.

- Entretenir et développer une communauté de soutien entre pairs afin de permettre aux femmes atteintes de maladies du cœur de communiquer entre elles, d'échanger des ressources et de se soutenir, peu importe leur revenu ou l'endroit où elles vivent.

4 Comprendre et faire connaître davantage les enjeux de santé cardiaque des femmes.

- Enseigner à la population du pays les différences qui existent sur le plan des facteurs de risque, des symptômes et de la prévention des maladies du cœur pour les femmes, tout en tenant compte de la diversité et de l'inclusion.

5 Mobiliser la population pour qu'elle agisse afin de mieux appuyer la santé cardiaque des femmes.

- Encourager les femmes à agir pour leur cause, à poser des questions à leurs dispensateurs de soins, à se renseigner sur leur risque, à raconter leur histoire, à parler à d'autres femmes et à appuyer les mouvements collectifs pour l'amélioration de la santé cardiaque des femmes.
- Consulter les gens passionnés par le sujet, y compris les femmes touchées par les maladies du cœur, pour faire évoluer nos efforts en matière de recherche, de programmes et de défense des intérêts.

6 Accorder la priorité à la conciliation en santé au sein de l'organisme afin de renforcer la capacité en interne et d'influencer les réseaux externes et les partenaires pour combler le fossé en santé des femmes autochtones et d'autres origines ethniques.

- Collaborer avec les organismes autochtones afin d'appuyer et d'agir pour les principales priorités relatives aux femmes autochtones et déterminées par ces peuples.
- Continuer de mettre sur pied la table ronde de Cœur + AVC sur la réconciliation afin de faciliter la collaboration des partenaires de la santé et des peuples autochtones en vue d'unir leurs forces pour répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.

Atteindre l'équité en santé du cœur

Que peut faire la population?

Si l'on souhaite remédier à tous les facteurs qui ont entraîné des lacunes en matière de recherche, de diagnostic, de traitement, de soutien et de sensibilisation des femmes, il faudra agir et s'engager de façon exhaustive.

Lacunes en recherche

- **Tous les bailleurs de fonds de la recherche en santé, y compris les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux**, doivent investir dans la recherche sur la santé cardiaque des femmes, ainsi que la création de capacités pour tous les piliers, y compris les sciences biomédicales fondamentales, la recherche clinique, les systèmes de santé et la santé de la population.
- **Tous les bailleurs de fonds de la recherche en santé** doivent adopter des politiques exigeant que les chercheurs amassent, analysent et communiquent les données en tenant compte du sexe, du genre et de la race.
- **Les bailleurs de fonds et les établissements universitaires** doivent créer des stratégies afin de comprendre pourquoi les femmes hésitent à participer aux essais cliniques, et de remédier à la situation.
- **Tous les bailleurs de fonds de la recherche en santé** doivent collaborer avec les établissements universitaires afin d'éliminer les obstacles empêchant les chercheuses femmes et autochtones de diriger des travaux.
- **Les chercheurs et les communautés autochtones** doivent cerner les enjeux uniques des femmes autochtones et avoir l'occasion de collaborer avec des chercheurs et d'autres professionnels non autochtones du domaine de la santé.

Lacunes dans le diagnostic et le traitement

- **Les gouvernements et les systèmes de santé provinciaux et territoriaux** doivent offrir des soins personnalisés (notamment en fonction des prévisions de réaction et du risque de maladie de la patiente) ainsi que des services axés sur les besoins de la patiente dans le continuum des soins, en plus de reconnaître les pratiques médicales traditionnelles des Autochtones.
- **Les systèmes de santé et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux** doivent recueillir des données de surveillance de la santé et des facteurs sociaux, et les utiliser pour mieux comprendre les questions sanitaires et sociales touchant les femmes au pays, et ainsi en améliorer la qualité.

- **Les universités, y compris les écoles de médecine et les établissements de formation médicale continue**, doivent donner des formations préalables axées sur le sexe et le genre.
- **Les établissements et systèmes de santé** doivent accélérer la transformation des connaissances en traitements, de manière à ce que les toutes dernières technologies soient accessibles à toutes les femmes à l'échelle du pays (comme la nouvelle technologie d'imagerie diagnostique permettant de détecter les maladies des petits vaisseaux).
- **Les systèmes de santé** doivent adopter des méthodologies de dépistage et d'évaluation du risque valides tant pour les hommes que pour les femmes.

Lacunes dans le soutien

- **Les dispensateurs de soins** doivent fournir un soutien à la gestion des facteurs de risque et des maladies chroniques axé sur les besoins de la patiente et communiquer de façon claire, de manière à combler les besoins physiques, sociaux et émotionnels des femmes, quelle que soit l'étape de vie où elles sont rendues.
- **Les hôpitaux et les milieux cliniques** doivent aiguiller de façon systématique les patientes cardiaques vers la réadaptation, et cette étape doit être incluse dans la liste de vérification du congé de l'hôpital.
- **Les gouvernements provinciaux et les établissements de santé** doivent créer des programmes visant à financer ou à subventionner la réadaptation cardiaque de manière à ce que le coût ne représente pas un obstacle pour les femmes.
- **Tous les gouvernements et établissements de santé** doivent mettre en œuvre les recommandations énoncées dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation.

Lacunes dans la sensibilisation

- **Les dispensateurs de soins** doivent créer des environnements positifs et encourager un dialogue ouvert avec les femmes, favorisant les connaissances en matière de santé cardiaque et cérébrale.
- **Les femmes et les hommes** doivent accroître leurs connaissances en matière de santé cardiaque notamment en ce qui a trait aux risques, aux ressemblances et aux différences.

Ensemble, nous transformerons l'avenir de la santé cardiaque des femmes!

Découvrez plus d'histoires de femmes et apprenez-en plus au sujet de la santé cardiaque des femmes à coeuretavc.ca/bulletinducoeur.

Remerciements et sources de données

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.

Cœur + AVC est très reconnaissante de la contribution des experts qui ont accepté de participer à une entrevue pour ce bulletin, et de l'expertise qu'ils ont offerte :

D^{re} Sonia Anand, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la diversité ethnique et la maladie cardiovasculaire

D^{re} Sherry Grace, professeure à l'Université York et maître de recherche à l'Institut de réadaptation de Toronto

D^{re} Karin Humphries, directrice scientifique du Centre for Improved Cardiovascular Health de la Colombie-Britannique

D^r Ed O'Brien, vice-président du conseil consultatif de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada, et professeur de sciences cardiaques à l'Université de Calgary

D^{re} Louise Pilote, professeure de médecine à l'Université McGill et directrice de la division de médecine interne générale du Centre universitaire de santé McGill

D^{re} Tara Sedlak, directrice du centre de santé féminine Leslie Diamond, à Vancouver

Cœur + AVC remercie également les personnes suivantes pour leur expertise ou pour avoir parlé de leur expérience vécue des maladies du cœur :

D^{re} Moira Kapral, professeure à la Faculté de médecine et l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, à l'Université de Toronto, et chercheuse principale à l'Institut des sciences de l'évaluation clinique et l'Institut de recherche de l'Hôpital général de Toronto

D^{re} Donna May Kimmaliardjuk, chirurgienne cardiaque résidente à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Nancy Bradley, Beth Luhowy, Patti Mersereau-Leblanc, Joannie Rochette, Esther Sanderson et Carolyn Thomas



Cœur + AVC remercie son partenaire national en santé des femmes pour son généreux soutien.

Ensemble, nous avons la ferme intention de sauver des vies en élevant vers de nouveaux sommets la santé cardiaque et cérébrale des femmes.

La vie. Ne passez pas à côté. ^{MC}

