



Lisa Meeches, survivante d'un AVC

Des vies perturbées : l'AVC chez les femmes

Les femmes sont touchées de façon disproportionnée par l'AVC tout au long de leur vie et doivent faire face à de nombreux défis dans le système de santé

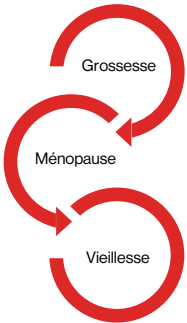
Bulletin sur l'AVC **2018**



Cœur+AVC^{inc}

Les femmes et l'AVC

L'AVC touche les femmes tout au long de leur vie, que ce soit parce qu'elles en subissent ou parce qu'elles prennent soin d'un proche survivant. L'AVC bouleverse la vie des femmes ainsi que leur rôle à la maison, au travail et dans la communauté, est une source de tension dans leurs relations et menace leur autonomie.



Certaines **périodes de la vie des femmes** augmentent leur **risque d'AVC**.

N'importe qui peut subir un AVC, à n'importe quel âge. La sévérité, le type, la cause et les effets varient. Malgré tout, cette affection touche les femmes de façon disproportionnée. Plus de femmes que d'hommes en meurent; elles ont des séquelles plus importantes; elles sont plus nombreuses à vivre avec les conséquences; et les défis qu'elles rencontrent au cours de leur rétablissement sont plus grands.

Le corps des femmes est différent de celui des hommes; l'AVC les touche différemment et elles sont plus à risque d'en subir à certains moments de leur vie. La grossesse est gratifiante, mais elle peut aussi rendre les femmes vulnérables et augmenter leur risque d'AVC. Pendant que leur corps s'adapte aux changements biologiques qui surviennent à la ménopause, ce risque augmente encore. Les femmes âgées sont très nombreuses à être touchées par l'AVC : elles représentent les personnes les plus

susceptibles d'en subir, et lorsque c'est le cas, il est souvent plus grave et les séquelles, les plus importantes. De plus, cette affection peut mettre fin à leur autonomie.

Également, les femmes mènent une vie différente de celle des hommes. La plupart sont habituées d'être aidantes naturelles, mais pas qu'on prenne soin d'elles; elles sont d'ailleurs perçues comme telles au sein de la société.

Les femmes qui subissent un AVC sont souvent désavantagées, tout comme celles qui souffrent de maladies du cœur. Bon nombre d'entre elles ne sont pas suffisamment sensibilisées aux signes et aux facteurs de risque liés à l'AVC. Elles ne bénéficient pas toujours des traitements et des soins de façon équitable, et manquent de soutien pendant leur rétablissement, en plus d'avoir moins d'occasions de suivre des programmes de réadaptation. Elles sont aussi sous-représentées dans les travaux de recherche sur l'AVC, surtout les femmes plus âgées, qui sont pourtant les plus touchées. Celles d'origine sud-asiatique ou africaine ont un risque accru, tout comme les femmes autochtones, qui obtiennent difficilement des traitements adéquats et du soutien lors de leur rétablissement.

Concrètement, le milieu de la recherche sur l'AVC est relativement nouveau comparativement à celui sur les maladies du cœur. Les différences en matière de santé cérébrale chez les femmes et les hommes commencent à peine à être découvertes. Il reste beaucoup à faire pour les cerner, les comprendre et y remédier.

Les occasions de mieux soutenir la santé cérébrale des femmes existent et ne feront qu'augmenter, notamment grâce à la sensibilisation et à la prévention ainsi qu'à l'amélioration des soins, des traitements et du soutien au rétablissement. Tout le monde a un rôle à jouer : les femmes et leur famille, les professionnels de la santé, les chercheurs, les administrateurs et les décideurs, et ce, tant sur le plan individuel et communautaire qu'à l'échelle du système de santé.

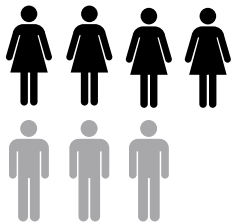
Qu'est-ce qu'un AVC?

Un AVC survient en cas d'interruption de la circulation sanguine dans une partie du cerveau. Sa gravité varie, et ses effets dépendent de la partie du cerveau qui est atteinte et de l'étendue des dommages.

- L'AVC ischémique est la forme la plus fréquente. Elle est causée par un caillot sanguin.
- L'AVC hémorragique survient en cas de rupture d'un vaisseau sanguin, produisant un saignement dans le cerveau ou dans une région connexe.
- L'accident ischémique transitoire (AIT), ou mini-AVC, est causé par un petit caillot qui bouche brièvement une artère et arrête le flux sanguin. L'AIT est un avertissement quant au risque imminent d'un AVC plus grave.

Une vision d'ensemble

- Chaque année, au pays, plus de 62 000 personnes subissent un AVC, dont plus de 30 200 femmes.
- L'AVC tue un tiers de plus de femmes que d'hommes au pays. De toutes les personnes mortes d'un AVC, 59 % sont des femmes et 41 %, des hommes.
- Les femmes qui ont subi un AVC ont des séquelles plus importantes : elles sont plus limitées dans leurs activités et ont un niveau de bien-être physique et psychologique plus faible.
- Les femmes sont moins susceptibles de retourner à la maison après un AVC; près de deux fois plus d'entre elles sont traitées dans des établissements de soins de longue durée.
- Environ 405 000 personnes au pays vivent avec les conséquences d'un AVC, dont 214 000 femmes et 191 000 hommes.
- À peine moins de la moitié des femmes ayant subi un AVC (46 %) participent à des programmes de réadaptation, ce qui nuit à leur rétablissement.
- Les femmes âgées sont particulièrement touchées par l'AVC et n'ont pas un accès adéquat aux traitements, aux soins et à la réadaptation.



L'AVC tue un tiers de plus de femmes que d'hommes.



Une campagne de Cœur + AVC sur la santé des femmes

La nouvelle campagne de sensibilisation percutante de Cœur + AVC, **#TempsDeVoirRouge**, a été créée pour soutenir la santé cardiaque et cérébrale des femmes et inciter la population à faire des changements plus rapidement qu'auparavant. Apprenez-en plus à coeuretavc.ca/femmes.

Dans ce bulletin

Une vision d'ensemble

Un système lacunaire pour les femmes

L'AVC et les femmes autochtones

L'AVC chez les femmes selon l'âge

L'incidence de l'AVC sur la vie des femmes

Soutenir la santé cardiaque et cérébrale des femmes

Ressources

Remerciements

Sources de données

3

5

10

12

16

18

21

22

23

Remarque : Les titres et les affiliations des experts cités dans ce bulletin sont listés aux pages 22 et 23.

Un lourd fardeau

Au pays, toutes les 17 minutes, une femme subit un AVC. Cela représente 85 femmes chaque jour, dont 18 en meurent. Par rapport aux hommes, les femmes sont 35 % plus susceptibles de mourir durant l'année suivant leur AVC et ont 24 % plus de risque d'en mourir dans les cinq années suivantes, selon le nombre réel de décès. Cette disparité s'explique principalement par le fait que les femmes en subissent à un âge plus avancé que les hommes, mais aussi que l'AVC est plus grave. Aussi, il est possible qu'elles aient déjà des limitations physiques ou cognitives, ou une fibrillation auriculaire (FA), qui peuvent être associées à une atteinte plus sévère. Les femmes n'ont pas conscience de cette réalité. Selon un sondage que nous avons récemment mené à l'échelle nationale, près des deux tiers des femmes ne savent pas qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à mourir d'un AVC.

« Nous avons vu des améliorations exceptionnelles en matière de sensibilisation, de soins, de traitement et de recherche au cours des 20 dernières années, affirme Yves Savoie, chef de la direction national de Cœur + AVC. Malheureusement, les femmes ne profitent pas autant de ces progrès que les hommes. Tout au long de leur vie, elles ont la possibilité, selon leur niveau de risque, leur âge et leur situation, de mieux s'informer, de recevoir des soins et des traitements plus rapidement, et d'être mieux soutenues pour se rétablir pleinement. »

De façon générale, le nombre de décès liés à l'AVC a diminué au cours des 15 dernières années. Il s'agit d'une bonne nouvelle, mais les améliorations surviennent plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, et on ignore pourquoi.

À l'heure actuelle, davantage de femmes que d'hommes vivent avec les conséquences d'un AVC. Au cours des deux prochaines décennies, le nombre de personnes vivant avec une incapacité persistante liée à une atteinte augmentera de 80 %, passant de 405 000 à 726 000. Cette situation aura des répercussions importantes sur les femmes, autant comme survivantes qu'aidantes.

« Il y a un besoin pressant de faire plus de recherche sur l'AVC chez les femmes afin que nous puissions comprendre comment le sexe et le genre influencent certains facteurs comme les signes de l'AVC, les tests de diagnostic et les réponses aux traitements, affirme la D^{re} Moira Kapral. Sans cette information, nous ne pouvons pas savoir si nous offrons les meilleurs soins. »



Il y a un besoin pressant de **mener plus de recherche sur l'AVC chez les femmes** afin que nous puissions comprendre comment le sexe et le genre influencent certains facteurs comme les signes de l'AVC, les tests de diagnostic et les réponses aux traitements.

D^{re} Moira Kapral

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. »

Un système lacunaire pour les femmes

Quels sont les risques?

Chez les femmes, le risque global d'AVC est déterminé par l'ensemble de leurs facteurs de risque. Certains d'entre eux peuvent être contrôlés, comme la pression artérielle élevée (hypertension), la FA (rythme cardiaque irrégulier), un taux élevé de cholestérol, le diabète, une alimentation de faible qualité, la sédentarité, un poids corporel élevé, le tabagisme, le stress, ainsi que la consommation excessive d'alcool et de drogues. Parmi les facteurs ne pouvant pas être contrôlés, notons l'âge, le sexe, les antécédents familiaux, ainsi que les origines sud-asiatique, africaine et autochtone.



70 % des femmes ne connaissent aucun facteur de risque d'AVC.

Près de 75 % de toutes les personnes admises à l'hôpital pour un AVC présentent au moins un facteur de risque. De nombreuses femmes ne connaissent pas ces facteurs; selon notre sondage, 70 % d'entre elles n'en connaissent aucun. Seulement 25 % des

répondantes ont affirmé qu'une pression artérielle élevée constituait un facteur de risque de l'AVC, alors qu'il s'agit du plus important, et moins de 1 % ont indiqué que la FA en constituait un aussi, malgré son importance chez les femmes.

La fibrillation auriculaire

La FA est un problème de santé qui implique un rythme cardiaque irrégulier, aussi appelé « arythmie », dont l'une des principales complications est l'AVC. La FA est un important facteur de risque chez les femmes, mais celles-ci passent souvent à côté d'importantes occasions de prévention, de gestion et de recherche.

Les symptômes sont souvent plus prononcés chez les femmes que chez les hommes, et comprennent notamment des palpitations, des difficultés respiratoires, des étourdissements, des nausées, de la fatigue et un inconfort thoracique.

Généralement, le risque de développer une FA augmente avec l'âge et d'autres facteurs de risque, comme une pression artérielle élevée. Même si le risque est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, celles-ci sont plus nombreuses à en souffrir étant donné qu'elles vivent plus longtemps. D'ailleurs, elles ont 15 % plus de risque d'avoir une FA lorsqu'elles sont hospitalisées pour un AVC. Plus que les hommes, les femmes subissent un AVC – lequel est généralement plus grave – causé par ce trouble cardiaque. De plus, leurs séquelles sont plus importantes et leur qualité de vie est moindre.

Selon Jodi Edwards, « le vieillissement est un important facteur de risque de l'AVC chez les femmes. En effet, avec l'âge, des conditions comme la FA apparaissent et augmentent de façon considérable leur risque d'AVC, et les conséquences sont plus graves. Pourtant,

Les femmes peuvent prévenir l'AVC et réduire leur risque :

- Maintenir une pression artérielle saine en modifiant certaines habitudes de vie (faire plus d'activité physique, réduire sa consommation de sel) et en prenant une médication, au besoin.
- Faire de l'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée, à raison d'au moins 150 minutes chaque semaine par périodes de 10 minutes ou plus.
- Adopter un régime alimentaire sain et équilibré axé sur les aliments entiers et les légumes et fruits, limiter leur consommation d'aliments ultra-transformés, éviter les boissons sucrées, surveiller la taille des portions et cuisiner à la maison le plus souvent possible.
- Éviter ou cesser de fumer.
- Atteindre ou maintenir un poids santé.
- Prendre des médicaments visant à réduire le risque d'AVC comme prescrits par un professionnel de la santé.
- Parler de leurs risques personnels avec un médecin avant d'utiliser des contraceptifs oraux ou de suivre un traitement d'hormonothérapie substitutive après la ménopause.

L'HISTOIRE DE
LYNNE:
À un
battement
cardiaque
d'un AVC

Lynne Stacey, 77 ans, avait reçu un diagnostic de FA, mais n'avait pas pris conscience que cela la mettait à risque de subir un AVC. Pendant plus de 25 ans, elle avait été physiothérapeute et avait donné des cours de gymnastique aquatique à des personnes ayant subi un AVC. Lynne a subi une atteinte alors qu'elle se préparait à donner un cours. Elle a été transportée d'urgence à l'hôpital, où elle a reçu de l'altéplase, un médicament qui détruit les caillots sanguins, et subi une thrombectomie endovasculaire, une procédure qui permet de retirer les caillots des gros vaisseaux sanguins dans le cerveau.

Lynne s'est très bien rétablie et se considère chanceuse d'avoir reçu rapidement un traitement qui lui a sauvé la vie. Selon elle, les femmes doivent être davantage sensibilisées : « J'avais reçu un diagnostic de FA, mais je ne savais pas qu'il s'agissait d'un facteur de risque de l'AVC. Nous devons mieux informer les gens sur les facteurs de risque et les sensibiliser davantage aux signes de l'AVC. »



chez de nombreuses femmes, ce risque n'est pas géré de façon optimale, et bon nombre d'entre elles n'ont pas suffisamment accès à des soins préventifs. »

Il existe des différences dans la façon dont les femmes avec une FA sont traitées par rapport aux hommes. Des anticoagulants sont souvent prescrits aux personnes souffrant de ce trouble, étant donné qu'ils réduisent énormément le risque d'AVC. Même si les femmes ayant une FA sont plus susceptibles de subir un AVC, les doses d'anticoagulants qu'elles reçoivent sont souvent plus faibles et potentiellement moins efficaces. Les patientes atteintes de cette condition sont également moins susceptibles de recevoir des traitements, y compris la cardioversion électrique, un faible choc électrique qui rétablit le rythme du cœur, ou encore une ablation, une procédure qui consiste à détruire les tissus anormaux du cœur qui interfèrent avec le rythme normal de ce dernier.

Malgré les défis auxquels doivent faire face les femmes ayant une FA ou ayant subi un AVC, les essais cliniques sur ce trouble cardiaque ne tiennent pas suffisamment compte d'elles, et ce, depuis des décennies. Les femmes vivant avec cette condition ne représentent que 40 % des participants aux essais portant sur des médicaments novateurs et possiblement plus sécuritaires.

Des lacunes en sensibilisation

Ce qui se produit pendant les premières heures suivant le début d'un AVC est d'une importance cruciale. Lorsque les signes sont reconnus rapidement et que la personne est transportée dans un hôpital offrant des services de soins de l'AVC en phase aiguë, les chances de survie et de rétablissement augmentent considérablement.

Selon notre sondage, seulement 60 % des femmes savent ce qu'est un AVC. Un faible pourcentage des répondantes en reconnaissent les signes : 36 % d'entre elles ne connaissent aucun des signes VITE de l'AVC (page 7), alors que seulement 8 % les connaissent tous.

Apprenez les
signes de l'AVC

- V

isage
- Est-il affaissé?
- I
- ncapacité
- Pouvez-vous lever les deux bras normalement?
- T
- rouble de la parole
- Trouble de prononciation?
- E
- xtrême urgence
- Composez le 9-1-1.

Apprenez à reconnaître les signes. Plus **VITE** vous réagissez, plus **VITE** vous sauvez la personne.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017.

Les conséquences sont particulièrement graves chez les jeunes femmes qui subissent un AVC. Leur temps médian pour arriver à l'hôpital est le plus long, soit environ 9 heures. Les femmes âgées prennent un temps médian de 7,5 heures.

« Les femmes subissent tellement de pression à leur travail et à la maison qu'elles ne prennent pas le temps de prioriser leur santé, affirme Patrice Lindsay, directrice de l'AVC à Cœur + AVC. Lorsque des signes de l'AVC apparaissent chez les jeunes femmes, celles-ci sont plus susceptibles de minimiser leurs symptômes et de prendre plus de temps à obtenir des soins, ce qui augmente les risques de séquelles graves. Nous devons augmenter les mesures de sensibilisation et nous assurer que les femmes ont accès le plus rapidement possible aux soins qui leur sauveront la vie. »

Les symptômes de l'AIT

Selon une récente recherche, plus de femmes que d'hommes qui présentent des symptômes atypiques d'accident ischémique transitoire (AIT), soit des signes de l'AVC qui apparaissent brièvement, subissent en fait un véritable AVC, après confirmation par imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette recherche révolutionnaire nous aidera à comprendre les différences qui existent entre les femmes et les hommes en ce qui a trait aux symptômes et à la progression de l'atteinte.

« Les femmes peuvent présenter des symptômes différents de ceux des hommes lorsqu'elles subissent un AIT, indique la D^{re} Shelagh Coutts. Ceux que nous croyions bénins, comme les picotements, l'engourdissement, l'instabilité ainsi que les troubles de la vision, de la parole ou de la motricité de courte durée, ne le sont finalement pas chez les femmes. »

Les troubles de la motricité et de la parole sont typiques d'un AIT et les personnes qui en présentent sont plus à risque de subir un AVC. Cependant, cela ne signifie pas que les autres symptômes ne doivent pas être pris au sérieux.

Selon la D^{re} Coutts, « étant donné que les femmes présentent d'autres symptômes que nous considérons comme bénins ou à moindre risque, elles sont plus susceptibles de recevoir un mauvais diagnostic ».

L'amélioration des diagnostics d'AVC, en particulier chez les femmes présentant des symptômes d'AIT, est possible en facilitant l'accès à l'IRM et à l'expertise des cliniques de prévention de l'AVC.

Des variations dans le traitement

Après un AVC, les cellules cérébrales meurent au rythme de 1,9 million par minute. Plus vite la circulation sanguine peut être rétablie, plus grande est la probabilité d'un bon rétablissement.

L'une des mesures importantes dans les soins de l'AVC est le délai « entre l'arrivée et l'injection », c'est-à-dire le temps entre l'admission d'un patient à un hôpital offrant des services de soins de l'AVC en phase aiguë et le moment où il reçoit, s'il y est admissible, de l'altéplase, un médicament aussi appelé t-PA qui détruit les caillots sanguins. Cœur + AVC a consulté des données récentes et a constaté que malgré l'amélioration des délais « entre l'arrivée et l'injection », le temps médian pour les femmes est 11 % plus long que celui des hommes.

L'altéplase est efficace tant chez les femmes que chez les hommes qui subissent un AVC en phase aiguë, et ils sont environ le même nombre à recevoir le t-PA lors d'un AVC ischémique, qui est causé par un caillot. Même si toutes les femmes n'ont pas le même niveau de rétablissement, on constate qu'elles ont, en moyenne, des séquelles plus graves que celles des hommes après une atteinte. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles subissent souvent un AVC à un âge plus avancé que les hommes. Étant donné que sans l'altéplase, les femmes auraient davantage de séquelles, il est primordial qu'elles y aient accès.

Un accès difficile à des traitements vitaux

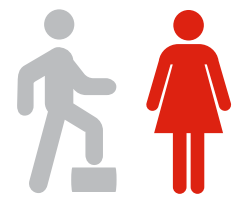
La thrombectomie endovasculaire (TE) est une procédure révolutionnaire où une endoprothèse récupérable est utilisée pour détruire les gros caillots. Elle permet de sauver des vies et d'amoinrir les séquelles, et est maintenant considérée comme la référence en matière de traitement de l'AVC ischémique grave, autant chez les femmes que chez les hommes. La TE est recommandée chez les patients admissibles dans les 6 heures suivant le début des symptômes, et même dans un délai de 24 heures chez certains patients. Le traitement doit être administré le plus rapidement possible.

Les programmes d'intervention endovasculaire nécessitent des compétences spécialisées et un bassin important de patients. Au pays, 95 % de la population se trouve à environ 6 heures de route de 1 des 23 centres offrant la TE. Toutefois, les femmes font face à des obstacles au moment d'accéder à ce traitement. En effet, selon des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé, moins de femmes que d'hommes se trouvant dans des établissements n'offrant pas la TE sont transportées dans des centres offrant cette procédure, et elles attendent plus longtemps avant d'être transférées, ce qui peut augmenter le délai d'accès au traitement.

Les inégalités auxquelles font face les femmes en traitement de l'AVC en phase aiguë, que ce soit en raison de différences biologiques, de leur situation ou d'obstacles dans le système de santé, doivent être explorées et résolues.

Des défis importants en rétablissement

Le cerveau a la capacité d'apprendre à compenser les pertes physiques et mentales, et celles liées à la communication. Le rétablissement peut se faire sur plusieurs mois, voire des années. Malgré cela, les femmes ne bénéficient pas du même niveau de réadaptation de l'AVC que les hommes; elles participent moins à ce processus et leur condition ne s'améliore pas autant. Étant donné que les femmes qui subissent une atteinte sont plus âgées, leur rétablissement est plus complexe. Néanmoins, toutes les femmes font face à des obstacles.



Moins de femmes que
d'hommes participent
à la réadaptation post-AVC.

En 2016, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ayant subi un AVC ont été orientés vers une unité de réadaptation en milieu hospitalier. Au pays, parmi tous les patients de l'AVC qui ont reçu des soins de réadaptation en milieu hospitalier en 2015 et en 2016, 54 % étaient des hommes et seulement 46 % étaient des femmes.

Les femmes ont davantage de limitations fonctionnelles que les hommes, autant lorsqu'elles sont admises dans l'unité de réadaptation que lorsqu'elles en sortent, et elles font moins de progrès. La recherche a démontré que les femmes sont 60 % moins susceptibles de retrouver leur autonomie au quotidien, et qu'elles ont par conséquent une moins bonne qualité de vie.

Des obstacles à la réadaptation

Les raisons qui expliquent pourquoi certaines personnes ne participent pas à la réadaptation peuvent différer selon les hommes et les femmes, affirme la D^{re} Anita Mountain. Nous devons bien comprendre ces différences pour nous assurer une équité des possibilités. »

Le niveau de motivation à suivre et à poursuivre une thérapie peut varier : « Bien qu’il existe des différences individuelles, les femmes ont tendance à être davantage motivées par des facteurs externes, explique Gail Eskes. Elles apprécient être en groupe, elles aiment que quelqu’un les oriente et elles puisent leur motivation dans les personnes avec qui elles ont des affinités. »

Les femmes n’ont pas toujours le soutien dont elles ont besoin de la part de leur entourage pour participer à des programmes de réadaptation. Pour les hommes, les femmes qui font partie de leur vie sont leur source de motivation pour participer aux programmes de réadaptation, et les inciter à prendre des rendez-vous médicaux et à s’y présenter. Pour les femmes, ce n’est souvent pas le cas.

Cibler les femmes les plus suceptibles de bénéficier de la réadaptation

Lara Boyd, chercheuse subventionnée par Cœur + AVC dans le cadre du Partenariat canadien pour le rétablissement de l’AVC (PCRA), en est aux toutes premières étapes d’une étude longitudinale menée auprès de personnes ayant subi un AVC grave, dont un nombre important de femmes vers l’âge de la ménopause. Celles-ci sont peu représentées dans les travaux de recherche et moins orientées vers des programmes de réadaptation étant donné leur faible potentiel de rétablissement.

« Un certain nombre de ces personnes présenteront un niveau de rétablissement partiel qui est cliniquement significatif, affirme M^{me} Boyd. Nous sommes donc en train de cibler un biomarqueur qui pourrait être utilisé pour déterminer qui est susceptible de présenter un rétablissement au moins partiel pendant la phase aiguë suivant l’AVC. Cette méthode nous permettra de cibler ces personnes, dont bon nombre sont des femmes, et de leur offrir des programmes de réadaptation intensifs afin que les résultats soient optimaux. »

Le PCRA de Cœur + AVC (canadianstroke.ca) rassemble des chercheurs éminents afin de créer des partenariats, de faire progresser la recherche, de produire et tester de nouvelles approches, de mener des essais cliniques ainsi que de transmettre de nouvelles connaissances aux personnes qui peuvent les mettre en application.

« Moins de femmes participent aux programmes de réadaptation les plus optimaux et intensifs, indique la D^{re} Thalia Field. De plus, elles obtiennent moins de soutien et d’encouragement de la part de leur entourage pour se présenter à leurs rendez-vous médicaux de suivi après un AVC. Elles peuvent également être moins à l’aise d’être prises en charge en tant que patiente. Elles veulent se rétablir rapidement, et reprendre leurs rôles et responsabilités. »

Les défis du rétablissement pour toutes les femmes

L’AVC touche les femmes de tous âges. Même les jeunes qui se rétablissent d’une atteinte sont désavantagées; elles sont de deux à trois fois plus susceptibles que les hommes de conserver des séquelles fonctionnelles importantes.

Les femmes d’âge moyen qui subissent un AVC doivent aussi composer avec des défis uniques liés au rétablissement visant à pallier la perte d’autonomie, ainsi que la difficulté à prendre soin de leurs enfants et de leurs proches et à assumer d’autres responsabilités à la maison, au travail et dans la communauté.

« Les femmes sont souvent préoccupées par le temps nécessaire pour participer de façon optimale à leur programme de réadaptation lorsque leur énergie est requise ailleurs, en particulier si elles ont de jeunes enfants ou d’autres responsabilités à la maison, ajoute la D^{re} Field. C’est aussi difficile pour les femmes célibataires qui ont l’habitude d’être indépendantes et qui ont maintenant besoin d’aide pour participer aux programmes de réadaptation. »

L’une des principales difficultés liées au rétablissement des femmes âgées qui ont subi un AVC est que bon nombre d’entre elles vivent seules ou sont veuves. Parmi les survivants les plus âgés, les femmes ont deux fois plus de risques que les hommes de présenter des séquelles fonctionnelles importantes trois mois et un an après l’AVC.

Les lacunes de la recherche sur la réadaptation

Un examen systématique de la littérature sur la réadaptation post-AVC qui portait sur l’âgisme dans la participation aux essais a aussi révélé un écart entre les sexes : 57 % des participants étaient des hommes et seulement 43 % étaient des femmes.

La D^{re} Mountain sait que les femmes sont sous-représentées dans la recherche sur la réadaptation après un AVC, mais affirme que les raisons ne sont pas claires.

« Le temps requis par les femmes pour participer aux programmes pourrait être problématique en raison de toutes leurs responsabilités, explique la D^{re} Mountain. De plus, les formulaires de consentement détaillent tous les effets indésirables possibles, et cela pourrait décourager les femmes, qui sont moins à l’aise de prendre des risques que les hommes. En ce qui a trait aux études portant sur des médicaments, il existe des limitations pour les femmes en âge de procréer. D’ailleurs, celles enceintes ou qui prévoient le devenir sont exclues de ces études par mesure de sécurité. »

Des stratégies pourraient être développées pour s’assurer que les femmes de tous âges sont représentées dans les essais sur la réadaptation ainsi que pour faciliter leur inscription et leur participation continue aux programmes en milieu hospitalier ou dans la communauté. Les situations de vie, les besoins uniques et les préférences des femmes devraient être pris en compte.

L’histoire de Julie : Chorégraphe son propre rétablissement

Julie Tomaino, 38 ans, était une chorégraphe et une professeure de danse en forme et en santé lorsque ses deux artères carotides se sont déchirées, entraînant un AVC grave des deux côtés de son cerveau.

Elle a souffert du syndrome de verrouillage (paralysie motrice) pendant plus d’une semaine. Elle ne pouvait bouger aucune partie de son corps, sauf ses yeux, ni émettre des sons ou réagir à quoi que ce soit. Alors que la plupart des gens auraient paniqué dans cette situation, Julie décrit son expérience comme une période sereine puisqu’elle savait que son corps avait besoin de repos pour guérir. Cette force et cette résilience lui ont été bénéfiques, car elle a par la suite pu être transférée au Toronto Rehabilitation Institute pour suivre une thérapie intensive.

À son arrivée, Julie a été claire par rapport à ses objectifs : « Je suis professeure de danse et chorégraphe, et je veux continuer à l’être. » Ce à quoi son équipe de soins lui a répondu : « D’accord, nous serons tes danseurs. » C’est ainsi que l’élève est devenue professeure et que la danse est entrée dans le programme de réadaptation.

Son équipe était composée d’une physiothérapeute, d’une ergothérapeute, d’une orthophoniste, d’une thérapeute en réadaptation, d’une assistante en physiothérapie et ergothérapie, et d’une infirmière. Tous les aspects de son traitement ont été intégrés dans la planification et l’organisation d’une danse sur le succès de Queen *We Will Rock You*, laquelle a été présentée devant public.

Julie est de retour au travail comme chorégraphe à temps plein et a été engagée pour plusieurs productions, mais elle a allégé son horaire et mène une vie plus équilibrée. La notion d’équilibre fait partie intégrante de son message aux autres survivantes : « Il est important que vous agissiez pour vous prendre en main. Personne ne peut le faire à votre place. Cependant, prenez le temps dont vous avez besoin. Le temps que vous vous accordez dictera le temps que vous pourrez accorder aux autres dans le futur. Vous devez prendre soin de vous en premier. »



Julie et son équipe de réadaptation, prêtes à danser

La danse comme moyen de réadaptation

Selon Kara Patterson, chercheuse subventionnée par Cœur + AVC dans le cadre du PCRA, la danse représente un potentiel unique de réadaptation après un AVC. La danse est un type d’exercice qui pourrait contribuer au changement neuroplastique (capacité du cerveau à se restructurer en formant de nouvelles connexions), et ainsi améliorer l’équilibre et la mémoire. La danse est aussi une activité sociale motivante et agréable.

Kara Patterson et sa collègue, la D^{re} Dina Brooks, tentent actuellement de déterminer si la danse peut améliorer l’équilibre et la marche chez les survivants d’AVC, ainsi qu’augmenter leur niveau de confiance, diminuer leur sentiment d’isolement social et mener à une amélioration de leur qualité de vie globale.

« La danse aide à augmenter la capacité des gens à bouger et à maintenir leur équilibre; une amélioration de leurs habiletés signifie une augmentation de leur confiance, indique Kara Patterson. Une patiente avec qui j’ai travaillé mentionnait qu’elle avait acquis la confiance qu’il lui manquait pour sortir seule plus souvent et même pour prendre le métro. D’autres ont mentionné qu’ils aimaient les cours parce qu’ils sentaient qu’ils y participaient comme étudiants en danse, et non comme personnes ayant subi un AVC. »

L'AVC et les femmes autochtones

Même si le taux de maladies du cœur et d'AVC a diminué au pays dans la plupart des groupes d'âge, c'est l'inverse qui se produit dans les populations autochtones, où la prévalence et le taux de mortalité augmentent. Chez les Autochtones, le taux de maladies cardiovasculaires augmente, et approchera ou dépassera bientôt celui chez les autres femmes. Les personnes d'origine autochtone sont plus à risque d'hypertension artérielle et de diabète, deux facteurs de risque de l'AVC. Elles sont plus susceptibles de subir une atteinte que la population générale, et sont deux fois plus à risque d'en décéder.

L'accès au diagnostic, au traitement et au soutien est un enjeu majeur. Les personnes vivant dans des communautés éloignées ou isolées doivent surmonter de réels défis pour accéder rapidement à des traitements vitaux lors d'un AVC grave et pour obtenir du soutien au rétablissement. Les déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté, l'éducation, l'accès à des aliments abordables et à de l'eau potable, et les conditions de vie non sécuritaires, creusent encore davantage le fossé.

Lori Davis Hill, directrice des services de santé de la bande Six Nations de Grand River, dans le sud-ouest de l'Ontario, explique qu'une vaste gamme de services et de programmes sont offerts dans un lieu adapté à la culture autochtone, et qu'une approche holistique où tout le monde est le bienvenu et est valorisé est privilégiée. La demande est grande et les lacunes sont nombreuses. « Même si nous offrons de nombreux services et que nous sommes entourés de grandes villes où il s'en trouve d'autres, nos patients connaissent des inégalités : certains doivent quitter leur réserve pour obtenir ces services, et d'autres n'en obtiennent tout simplement pas. »

Les communautés autochtones, en particulier les femmes, peuvent être confrontées à des défis quant au rétablissement après un AVC. Les traumatismes générationnels et le stress causés par l'impact de politiques historiques, comme les répercussions des pensionnats, ont entraîné un fardeau disproportionné sur les femmes de ces peuples en ce qui a trait aux facteurs de risque, aux maladies du cœur et à l'AVC. Ce fardeau devient encore plus lourd avec les inégalités salariales et les conséquences du racisme.

En tant que femme autochtone et orthophoniste, je pense à l'importance d'avoir une voix, affirme M^{me} Davis Hill. En cas d'AVC, il y a toujours un risque d'avoir un trouble de la parole. Comment fait-on pour maintenir les liens et les relations avec les gens si on ne peut parler? Pour les peuples autochtones, avoir une voix a été difficile pendant très longtemps. Avant l'AVC, nous avons de la difficulté à entretenir de bonnes relations et à avoir une identité forte. Puis, nous ne les reconstruisons pas, nous les construisons. »

Il existe également des lacunes dans la recherche : il y a un manque de données sur les communautés autochtones et sur

les services accessibles, ainsi qu'un manque de travaux menés par des Autochtones adaptés à la culture et aux communautés. Il y a un besoin urgent de se pencher sur la santé cardiaque et cérébrale des femmes autochtones.

La médecine traditionnelle considère la personne dans son intégralité et comprend un élément de prévention important.

Lori Davis Hill

Les pratiques de guérison traditionnelles

La médecine occidentale a sans aucun doute contribué à la guérison de Lisa Meeches (page suivante), mais la médecine traditionnelle lui a donné la force de guérir.

La spiritualité fait partie intégrante de la culture autochtone. Les pratiques de guérison de la médecine traditionnelle et les croyances sont uniques chez les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits. La santé et le bien-être sont fondés sur une approche holistique qui englobe quatre aspects de la santé, soit physique, émotionnelle, mentale et spirituelle, et traite la personne dans son intégralité.

La médecine traditionnelle est axée sur la spiritualité et la relation sacrée entre les humains et la terre. La connaissance des pratiques de guérison est une tradition orale qui est enseignée de génération en génération. La médecine traditionnelle a été exercée par les peuples autochtones et a fait ses preuves depuis la nuit des temps. Elle comprend la prévention, le diagnostic et le traitement au moyen de cérémonies et de coutumes. Les connaissances ancestrales des plantes, des animaux et de l'énergie continuent d'être transmises aux nouvelles générations de guérisseurs autochtones.

« La médecine traditionnelle considère la personne dans son intégralité et comprend un élément de prévention important, explique M^{me} Davis Hill. Nous devons choisir les aliments consommés avant l'arrivée des Européens et ce que le Créateur a mis sur terre pour que nous subvenions à nos besoins et nous nourrissions, et retourner aux médicaments traditionnels, en utilisant la nourriture et les cérémonies comme traitement. Nous devons renouer avec notre identité et nous rappeler notre façon de faire des choix et de voir le monde. »

L'HISTOIRE DE LISA : S'unir pour se rétablir

Lisa Meeches, Ojibwée de la Première Nation de Long Plain, au Manitoba, est une productrice de films et de télévision occupée en raison de son grand succès. Elle avait pris congé pendant l'été 2016 pour prendre part à des pow-wow avec sa famille et pour faire la danse du châte – une danse physiquement exigeante semblable au ballet. Lorsqu'elle et les membres de sa famille sont arrivés à Lethbridge, en Alberta, elle avait un gros mal de tête persistant. Ils ont installé leur caravane à la Première Nation de Siksika, près de Strathmore, dans laquelle Lisa est restée pour se reposer avec sa fille âgée de trois ans, au lieu de rendre visite à de la famille avec son mari. Après le départ de ce dernier, elle a pris une douche, mais elle ne se souvient de rien par la suite.

Lisa a subi un AVC hémorragique – une hémorragie cérébrale – et les agents de sécurité du pow-wow l'ont découverte sept heures plus tard puisque sa douche avait vidé le réservoir d'eau de la caravane, déclenchant ainsi le système d'alarme. Les agents ont appelé pour une ambulance, et Lisa a été transportée au centre de soins de l'AVC le plus près. Ses chances de survie semblaient faibles. Elle est restée dans le coma pendant cinq jours, son côté droit était paralysé, elle n'a pas pu parler pendant trois mois, et elle a passé trois mois et demi à l'hôpital.

Son rétablissement complet n'est rien de moins qu'un miracle, qu'elle attribue aux premiers répondants présents au pow-wow qui ont reconnu les signes de l'AVC et qui ont agi rapidement, au personnel médical de l'hôpital, à sa famille, à sa culture et à ses traditions, ainsi qu'à sa propre force.

« J'étais à l'un des meilleurs hôpitaux spécialisés dans le traitement de l'AVC du pays et j'ai vu à quel point le système pouvait être efficace. Le personnel infirmier et mon équipe de physiothérapie ont également joué un rôle crucial. J'ai énormément de respect pour toutes les personnes qui travaillent en santé, particulièrement lorsqu'un patient vit avec une maladie du cœur ou subit un AVC. »

Elle reconnaît également le rôle essentiel de la communauté des Siksika; la culture ainsi que les prières traditionnelles ont contribué à son rétablissement. Les femmes de son groupe de danse ont amassé des fonds pendant une danse du châte pour qu'un guérisseur voit Lisa aux soins intensifs de l'hôpital alors qu'elle était encore dans le coma.

« Les membres de la communauté autochtone savent comment s'unir dans les moments difficiles, et nous avons nos propres moyens de guérison et de traitement. Mais personne ne nous les a demandés. Lorsque nous parlons de guérison et du pouvoir de la prière ainsi que de la danse et des chants ancestraux, il s'agit d'une combinaison de tous ces éléments. Sans ma culture et mes prières, je ne me serais pas rétablie. »

Selon ses propos, Lisa s'est rétablie complètement. Elle est retournée au travail à temps plein, en produisant et en animant *Taken*, une série documentaire sur le meurtre et la disparition de femmes et de filles autochtones. Elle a également repris la danse.

« J'ai recommencé à danser dans le cercle du pow-wow l'été dernier, avec ma fille. Cet été, je retourne au pow-wow où j'ai subi mon AVC, avec ma famille et mon chef, pour finir ma danse et pour reconnaître et honorer les premiers répondants qui ont aidé à me sauver la vie. »



L'AVC chez les femmes selon l'âge

Il existe différentes étapes de la vie propres aux femmes pendant lesquelles celles-ci présentent un risque accru d'AVC : pendant la grossesse, après la ménopause, et surtout, lorsqu'elles sont âgées. La prise de contraceptifs oraux et l'utilisation d'hormonothérapie substitutive constituent d'autres facteurs de risque spécifiques à l'âge d'une femme.

Les risques chez les jeunes femmes

Les cas d'AVC chez les jeunes adultes sont en hausse. Les causes ne sont pas toujours connues, mais les jeunes femmes font face à des risques particuliers, ainsi qu'à certains défis lorsqu'elles vivent avec les séquelles.

« Lorsqu'une femme subit un AVC à un plus jeune âge, elle doit vivre avec l'incapacité pendant un plus grand nombre d'années », indique Lara Boyd.

Les contraceptifs oraux

Les contraceptifs oraux d'aujourd'hui sont beaucoup plus sûrs que ceux d'il y a plusieurs décennies. Cependant, certains peuvent accroître le risque d'hypertension artérielle et de formation de caillots sanguins, et ainsi celui d'AVC. Ce dernier risque peut être de trois à quatre fois plus élevé chez les femmes qui présentent des facteurs de risque supplémentaires, comme le tabagisme, un niveau élevé de pression artérielle ou de cholestérol, ou le fait d'avoir plus de 40 ans.

Plusieurs études récemment publiées sur les facteurs de risque de l'AVC propres aux femmes indiquent que les contraceptifs oraux combinant des œstrogènes et de la progestérone accroissent le risque d'AVC ischémique. Elles ont révélé que ce risque est deux fois plus élevé lorsqu'il s'agit de contraceptifs



L'AVC est **trois fois plus fréquent** chez les femmes enceintes.

oraux contenant des œstrogènes, et qu'il n'augmente pas dans le cas de la progestérone. C'est pourquoi les femmes qui envisagent ce moyen de contraception doivent être conscientes de leurs risques personnels d'AVC et discuter de leurs meilleures options avec leur professionnel de la santé.

L'AVC et la grossesse

La grossesse est la période où les jeunes femmes présentent leur premier risque important d'AVC. Un examen systématique récent financé par Cœur + AVC a révélé que les cas d'atteinte sont trois fois plus fréquents chez celles d'âge comparable, qui ne le sont pas. Pendant la grossesse, 30 femmes sur 100 000 subiront un AVC; le risque sera le plus élevé juste avant ou après l'accouchement. Cet AVC peut survenir à n'importe quel stade de la grossesse.

« Les femmes enceintes présentent un risque accru de subir un AVC, mais il est important de souligner qu'il est tout de même très faible », explique le Dr Richard Swartz, qui insiste également sur le fait que la collaboration entre des spécialistes de l'AVC et des experts en obstétrique et en fœtologie est nécessaire pour qu'ils assurent

ensemble la santé des mères et des bébés. Les systèmes de santé devraient être organisés de manière à permettre cette collaboration.

La prééclampsie et l'éclampsie – des troubles survenant pendant la grossesse qui se manifestent par une pression artérielle élevée et d'autres symptômes – sont les facteurs de risque les plus importants pendant la grossesse, responsables de près de la moitié de tous les AVC pendant cette période.

Non seulement la grossesse est l'un des facteurs de risque précoces de l'AVC chez les femmes, mais les troubles de la pression artérielle liés à cet état exposent les femmes au risque de subir un AVC ou de développer une maladie du cœur plus tard au cours de leur vie et doublent celui de mourir prématurément de ces affections. Une étude menée en Ontario a révélé que les femmes atteintes de prééclampsie présentaient un risque accru de maladies du cœur et d'AVC pendant les dix années suivantes, ainsi qu'un risque élevé à vie. Cependant, il est actuellement difficile de prévoir avec exactitude quelles femmes atteintes de prééclampsie sont très susceptibles de subir un AVC. Un outil destiné à évaluer le risque cardiovasculaire chez les femmes est nécessaire pour tenir compte de ces facteurs et aider celles-ci à prendre en charge leur risque vasculaire.

La Dr^e Kara Nerenberg travaille avec des femmes enceintes à la pression artérielle élevée pour les aider à la réduire et à améliorer leur santé, ainsi que celle de leur bébé. « L'hypertension chez les femmes plus âgées peut être associée à la ménopause, mais les causes chez les jeunes femmes sont encore mal comprises. »

La grossesse constitue la période idéale chez les jeunes femmes pour déceler leur risque cardiovasculaire, et pour les sensibiliser et les soutenir, puisqu'elles reçoivent des soins de santé fréquemment.

Alors qu'elles deviennent mères, il est prioritaire qu'une attention continue soit portée à leur propre santé. Cela constitue souvent un défi pour les nouvelles mères puisque leur bébé passe avant les changements de comportement sains qu'elles devraient effectuer pour résoudre des problèmes comme l'hypertension. Pour les femmes ayant une pression artérielle élevée pendant la grossesse, leur propre suivi après la naissance du bébé est négligé : souvent, un quart d'entre elles ne se présenteront pas à leur premier rendez-vous suivant l'accouchement et parmi celles qui s'y rendent, la moitié ne se présentera pas aux rendez-vous suivants. »

Ces femmes nous disent qu'elles n'y vont pas, car **elles ont de la difficulté à accorder la priorité à leur santé**, ce qui est un comportement typique du genre féminin.

Dr^e Kara Nerenberg

Elles nous expliquent qu'il est trop difficile de faire garder leur enfant et de se rendre à la clinique, et qu'elles doivent se concentrer sur leur jeune famille, indique la Dr^e Nerenberg. Elles ne comprennent pas pour quelle raison elles doivent se présenter à ces rendez-vous relatifs à leur risque vasculaire, car elles se sentent bien. Elles nous disent qu'elles n'y vont pas, car elles ont de la difficulté à accorder la priorité à leur santé, ce qui est un comportement typique du genre féminin. Nous aimerions modifier ces rôles liés au genre en offrant un encadrement de la santé et essayer de trouver des moyens pour que les femmes fassent de leur santé une priorité. »

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») de Cœur + AVC, accessibles à pratiquesoptimalesAVC.ca, ont publié le premier énoncé de consensus complet sur la prise en charge de l'AVC chez les femmes enceintes.

La migraine

Il existe un lien entre la migraine et l'AVC. Il est plus fort chez les femmes que chez les hommes, particulièrement dans les cas de migraine avec aura (troubles visuels ou sensoriels). Cette dernière double le risque d'AVC, et elle est fréquente chez les jeunes femmes. Les femmes atteintes de migraine qui prennent des contraceptifs oraux combinés présentent un risque accru de subir un AVC ischémique, alors que chez les femmes qui font des migraines avec aura, prennent des contraceptifs oraux combinés et fument présentent un risque élevé d'AVC.

Les enjeux chez les gens d'âge mûr

Le nombre de personnes d'âge mûr qui subissent un AVC est plus élevé que jamais, dont 25 % sont des femmes âgées de 50 à 69 ans. Les causes de cette augmentation, ainsi que des stratégies de prévention de l'AVC chez les femmes, doivent être examinées.

La ménopause et l'hormonothérapie substitutive

Chez les femmes, le risque global d'AVC augmente à la ménopause. En effet, comme le niveau d'œstrogènes naturels diminue, le risque d'avoir un taux élevé de cholestérol et de développer de l'hypertension artérielle augmente. Une ménopause précoce constitue un facteur de risque de l'AVC.

Chez les femmes, l'hormonothérapie substitutive (HTS) augmente le risque d'AVC de près de 30 %, lequel s'accroît si elle est utilisée continuellement pendant une longue période. Après 3 ans de traitement à l'HTS, ce risque passe de 6 à 12 femmes sur 1 000; après 7 ans, cette proportion passe de 25 à 40 sur 1 000.

La dépression et la démence : à examiner davantage

Même si les preuves manquent encore, il semblerait que la dépression et la démence soient des problèmes plus importants pour les femmes. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de dépression à la suite d'un AVC, ce qui nuit à leur rétablissement et à leur qualité de vie. Aussi, elles peuvent présenter un risque accru de démence après un AVC puisqu'il survient à un âge plus avancé chez elles que chez les hommes, et qu'elles présentent déjà un risque accru en raison d'autres troubles liés à l'âge comme la FA.

L'HISTOIRE D'eva : Une nouvelle maman qui connaît son corps

Eva Apatsidou, alors âgée de 35 ans, avait une pression artérielle normale pendant sa grossesse, mais elle est devenue élevée pendant et après l'accouchement. Elle a senti que quelque chose clochait pendant son accouchement, et au cours des deux semaines suivantes, elle était extrêmement fatiguée. Elle avait un mal de tête constant, une faiblesse des bras et un trouble de la vision. Les symptômes ont persisté, elle est devenue désorientée et elle avait de la difficulté à parler. Elle avait subi un AVC.

Selon le Dr Swartz, de nombreuses femmes ont des maux de tête et se sentent fatiguées lorsqu'elles ont un nouveau-né, mais la persistance et l'aggravation des symptômes d'Eva (faiblesse, trouble de la vision, puis difficulté à parler) indiquent ce qui distingue l'AVC. Il est important que les femmes agissent et qu'elles demandent de l'aide si elles ressentent des symptômes inhabituels qui persistent.

« Je connais mon corps et je savais que quelque chose n'allait pas, mais j'étais perplexe, raconte Eva. J'étais fatiguée et j'essayais de me concentrer sur mon bébé. Les femmes doivent connaître les signes de l'AVC, tout comme leur entourage. »



Le troisième âge

De longues vies

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et ont tendance à être plus âgées lorsqu'elles subissent un AVC. L'âge est un facteur de risque de l'AVC et le risque de mourir d'une atteinte augmente avec l'âge.

Les femmes âgées représentent une grande partie de la population totale ayant fait un AVC, qui est souvent plus grave et dont les séquelles sont plus importantes. La majorité des patients ayant subi une atteinte ont d'autres problèmes de santé (comorbidités), et c'est particulièrement le cas des femmes âgées. Cela complique les soins qui leur sont prodigués à l'hôpital, pendant leur réadaptation et après leur congé.

Les femmes qui subissent un AVC peuvent être plus fragiles que les hommes puisqu'elles sont plus âgées, moins actives physiquement, plus sujettes à l'épuisement, et qu'elles se déplacent plus lentement.

Les femmes âgées n'ont pas nécessairement le même accès aux soins que celles plus jeunes ou les hommes. Selon les dernières données des systèmes de santé du pays analysées par Cœur + AVC, comparativement aux hommes et aux jeunes femmes, peu de femmes âgées ont été soignées dans les unités de l'AVC qui sont les mieux équipées pour fournir les soins appropriés.

De l'âgisme en recherche

Des preuves indiquent que la recherche sur l'AVC exclut souvent les personnes âgées de plus de 80 ans et celles qui ont des problèmes de santé existants, même si ce groupe est le plus touché par l'AVC. Une étude a révélé une différence considérable entre l'âge moyen des personnes qui prennent part aux études (64 ans) et celui des personnes qui subissent un AVC (72 ans).

Le fait que les essais cliniques ne tiennent pas suffisamment compte des gens âgés est inquiétant puisque l'AVC touche surtout les aînés, en particulier les femmes. Il en résulte un manque de compréhension des traitements les plus bénéfiques pour les femmes âgées. Ces survivantes n'ont également pas accès aux nouveaux traitements.

Nous devons comprendre pleinement les raisons pour lesquelles le taux de participation des femmes dans la recherche sur l'AVC est inférieur, en particulier chez les patientes âgées. Compte tenu du vieillissement de la population, le pourcentage de femmes âgées ayant subi un AVC continuera d'augmenter; il est donc primordial de cerner et d'éliminer ces disparités, tout en veillant à ce que ce groupe fortement touché reçoive des traitements et des soins optimaux.

Le manque de soutien à la maison

Les hommes (60 %) sont plus susceptibles que les femmes (46 %) d'être directement renvoyés chez eux après un AVC. Cela vaut pour toutes les femmes, mais particulièrement pour celles plus âgées. Aussi, près de deux fois plus de femmes sont traitées dans des établissements de soins de longue durée après un AVC.



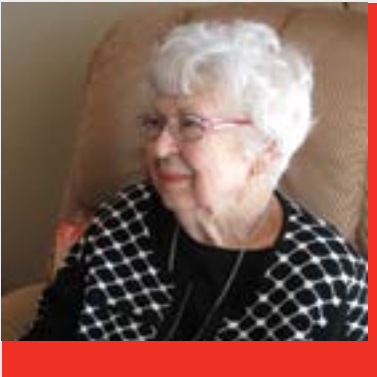
Près du **double** de femmes obtiennent des soins de longue durée après un AVC.

L'HISTOIRE DE RITA
L'adaptation à la suite d'un AVC

Rita Lussier a subi un AVC à l'âge de 94 ans. Elle est atteinte d'hypertension artérielle depuis la vingtaine et elle a récemment reçu un diagnostic de FA. Néanmoins, elle était en bonne santé. Son fils Denis, qui habite avec elle, a entendu l'alarme qu'elle a déclenchée dans sa chambre. Il a communiqué avec l'entreprise d'urgence médicale, qui a appelé pour une ambulance. À son arrivée à l'hôpital, Rita a reçu de l'altéplase pour détruire les caillots. Au début, son côté gauche était paralysé, et elle n'a pas pu marcher pendant quelques semaines.

Après plusieurs semaines aux soins actifs, elle est retournée à la maison quelques jours avant qu'une place se libère dans un centre de réadaptation. Au départ, elle ne voulait pas y aller, mais grâce au soutien de sa famille et en puisant dans sa détermination et sa motivation à se rétablir, elle a cédé. « J'y suis allée pour une seule raison : je ne voulais pas rester dans l'état où j'étais. Ma visite au centre m'a permis de retrouver ma mobilité. »

Elle éprouve une certaine faiblesse du côté gauche, mais elle marche de nouveau avec le déambulateur qu'elle utilisait avant son AVC. Elle continue de réaliser des progrès. « Il faut s'adapter et être attentif à ce qui se passe dans son corps. Il faut changer ses plans. Faire un AVC m'a forcée à être moins perfectionniste, plus patiente et plus tolérante. »



« Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de retourner à la maison et de vivre seules après un AVC, explique la D^{re} Mountain. Ce n'est pas parce que les hommes réalisent plus de gains fonctionnels que les femmes, mais parce qu'ils ont plus souvent la chance d'avoir un aidant à la maison, comme leur partenaire de vie. Cet aspect est très important puisque l'objectif principal pour la majorité des personnes après la réadaptation post-AVC est de pouvoir retourner à la maison. »

Notre sondage confirme ces faits : plus de la moitié des hommes (55 %) et moins de la moitié des femmes (47 %) affirment que leur partenaire s'occuperait d'eux s'ils subissaient un AVC. Ces résultats pourraient être attribuables aux rôles liés au genre : les femmes ont tendance à se considérer comme des aidantes et elles offrent plus d'aide concrète que les hommes. Notre sondage indique que la plus grande crainte des femmes à la suite d'un AVC est de perdre leur mobilité et leur autonomie et de ne plus être en mesure de vivre seules.

Lorsque les femmes âgées retournent à la maison, elles sont plus susceptibles de recevoir des soins à domicile (16 %) que les hommes (12 %); ces statistiques indiquent une fois de plus que de nombreuses femmes n'ont personne à la maison pour prendre soin d'elles.

« Le fait qu'elles ont tendance à être des aidantes a d'importantes conséquences qui ne touchent pas seulement l'aide qui leur est offerte à leur retour à la maison après un AVC; lorsqu'une femme est déjà une aidante et qu'elle subit une atteinte, l'incidence sur son rôle et sur sa volonté à suivre un programme de réadaptation est considérable, indique Gail Eskes. Les femmes sont donc exposées à un risque supplémentaire, alors que leurs séquelles sont déjà plus importantes que celles des hommes. »



Plus de soins palliatifs pour les femmes

Les soins palliatifs, ou soins de fin de vie, mettent l'accent sur le confort et la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie. Ils visent à prévenir et à soulager la souffrance physique, sociale, psychologique ou spirituelle des patients ayant subi un AVC, de leur famille et des aidants naturels. Parmi les patients admis à l'hôpital pour un AVC, il y a au moins 25 % plus de femmes qui sont dirigées vers les soins palliatifs, ce qui souligne davantage le fait que leurs séquelles sont plus importantes.

Un risque accru pour certaines femmes

La majorité des femmes au pays présentent au moins un facteur de risque des maladies du cœur et de l'AVC, mais la prévalence est plus élevée chez certains groupes ethniques. Les femmes d'origine sud-asiatique sont davantage prédisposées au diabète de type 2 et celles d'origine africaine, à l'hypertension artérielle et à l'obésité.

« Le niveau de connaissance des facteurs de risque propres à certains groupes ethniques peut varier, explique la D^{re} Sonia Anand. Les facteurs de risque varient également en fonction de l'acculturation vers des modes de vie adoptés au pays; le profil des facteurs est modifié selon le temps passé dans le pays d'accueil. »

D'autres vulnérabilités peuvent exposer les femmes à un risque accru, comme un statut socioéconomique précaire, un faible sentiment de contrôle ou un stress élevé, un manque de soutien familial et le milieu social.

L'association entre l'origine ethnique, le genre et le statut socioéconomique doit être prise en considération lorsque la santé cardiovasculaire des femmes est examinée. Une stratégie de prévention à plusieurs volets devrait tenir compte de ces facteurs et comprendre la surveillance des facteurs de risque, ainsi que des programmes de prévention, des services et des traitements rapides, exacts et adaptés au contexte.

L'incidence de l'AVC sur la vie des femmes

Les femmes en tant qu'aidantes

L'AVC est un choc tant pour la personne qui le subit que pour ses proches. Contrairement à d'autres maladies évolutives, il survient sans prévenir; la connaissance des soins à prodiguer par l'aidant doit être acquise rapidement. Les membres de la famille – souvent des femmes – deviennent alors indispensables au rétablissement.

Les aidantes ont tendance à mieux accepter un déficit physique chez leur partenaire. Elles trouvent toutefois les problèmes émotionnels et comportementaux plus ardues à gérer et sont plus promptes à demander du répit lorsqu'elles font face à ces enjeux. Les aidants sont plus enclins à demander une aide extérieure, par exemple en faisant appel à quelqu'un pour l'entretien de la maison ou la préparation des repas, ou en profitant de programmes de soins de relève. Cela ne doit pas être interprété comme un manque de compassion; les hommes ont simplement davantage tendance à obtenir de l'aide.

« Les enfants adultes, en particulier les filles, tendent de plus en plus à agir comme aidants auprès d'un parent ayant subi un AVC,

explique Jill Cameron. Cela entraîne souvent une surcharge de responsabilités puisqu'ils doivent aussi gérer d'autres aspects de leur vie déjà bien remplie, comme les enfants et le travail. »

Le vieillissement de la population et le recours accru aux soins à domicile en raison de l'engorgement des hôpitaux font en sorte que les femmes sont de plus en plus amenées à jouer le rôle d'aidantes. Malheureusement, elles portent souvent peu attention à leur propre santé; elles vivent plus de stress, ont un niveau de bien-être moins élevé et sont en moins bonne santé.

Les nouveaux rôles joués par les femmes

Les femmes portent plusieurs chapeaux à la maison, au travail et dans la communauté. Elles travaillent un nombre d'heures non rémunérées disproportionné par rapport aux hommes : elles s'occupent souvent des tâches ménagères et des courses, en plus de prendre soin des membres de la famille.



Les femmes endossent de multiples rôles.

Dans le cadre de notre sondage, la plupart des femmes ont affirmé craindre de ne pas pouvoir vivre seules, de ne plus être en mesure de prendre soin des enfants et de perdre leur autonomie si elles devaient subir un AVC. Cette crainte chez la majorité des hommes se résume plutôt à ne plus pouvoir travailler et contribuer financièrement au ménage, et ils appréhendent l'incidence que cela pourrait avoir sur les autres membres de la famille.

Mariage et relations

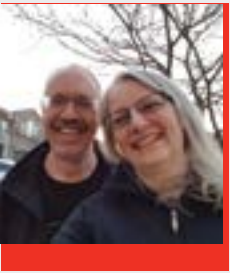
Évidemment, un mariage solide de longue date peut représenter un avantage après un événement grave comme un AVC. Le risque de mourir à la suite d'une atteinte est considérablement plus élevé pour les personnes qui n'ont jamais été mariées, ou qui sont remariées, divorcées ou veuves que pour celles qui ont été mariées et sont restées en couple; un mariage réussi augmente également les chances de survie.

La maladie peut aussi créer des tensions dans les relations, perturber les habitudes et modifier les rôles, et peut mener à la séparation et au divorce. L'AVC est particulièrement difficile pour la stabilité d'un mariage. Les femmes peuvent ressentir plus ces effets. Les tensions nuisent plus à la santé mentale et physique des femmes qu'à celle de leur mari.

« Le risque qu'un mariage prenne fin à la suite d'un AVC est plus élevé chez les jeunes couples. Il l'est également si c'est la femme qui a subi l'atteinte, indique la D^{re} Sharon Anderson. Les rôles peuvent changer considérablement à la suite d'un AVC et les femmes portent plusieurs chapeaux; elles sont des conjointes et des mères, et ces rôles doivent alors être restructurés. »

L'HISTOIRE DE JANE : Conjointe et aidante

Le conjoint de Jane Dobie, Scott, a subi un AVC à 43 ans, alors que leurs enfants n'avaient que 5 et 2 ans. L'employeur de Jane s'est montré compréhensif et lui a permis de s'absenter pendant la convalescence de Scott à l'hôpital, puis lors de son retour à la maison. Selon Jane, son jeune âge au moment de l'AVC de son conjoint lui a permis de mieux s'adapter à la situation.



« La plupart des autres aidantes que j'ai rencontrées durant cette période étaient plus âgées que moi. Je me sentais plus apte à gérer la situation puisque j'étais jeune. Aussi, j'étais capable de m'occuper de toutes les tâches à la maison, que ce soit les finances personnelles ou l'entretien de la voiture, parce que Scott et moi les partageons. J'ai rencontré des couples âgés pour qui les rôles de chacun étaient définis de manière stricte; l'adaptation était plus difficile pour eux. »

Jane constate que le rôle d'aidant touche les femmes d'une façon différente. « Nous avons tendance à prendre soin des autres et à accumuler les responsabilités. Nous avons besoin d'être soutenues et qu'on nous aide à comprendre ce qui est raisonnable quant aux tâches que nous accomplissons. Je donne toujours comme exemple que, dans un avion, il faut d'abord mettre son propre masque à oxygène avant de pouvoir aider les autres à mettre le leur. Il faut prendre en considération le patient et l'aidant, et être conscient que les femmes en prennent souvent beaucoup sur leurs épaules. »

L'HISTOIRE D'ERIN : Changements dans la relation après un AVC

Au moment de son AVC, Erin Zuber, était mère au foyer. Elle avait 32 ans, et ses enfants, 1 et 4 ans. Ces derniers ont été sa motivation à se rétablir, et elle attribue sa réussite à sa forme physique et à sa détermination personnelle. Ancienne triathlonienne, elle a pris part à une course de deux kilomètres un an après son AVC et à deux courses de dix kilomètres depuis ce temps.

Malheureusement, son mariage n'a pas tenu le coup. « À la moitié de mon rétablissement, je savais que rien ne serait plus pareil. Nous nous attendions à ce que tout redevienne comme avant, mais pendant cette période, je ne m'occupais plus de la maison, alors qu'il s'agissait de mon rôle. Nous nous sommes séparés un an et demi après mon AVC. La séparation a été difficile, mais elle était pour le mieux. »



L'HISTOIRE DE CAROLE : Être parent à la suite d'un AVC

« Mon rôle de mère m'a grandement motivée à me consacrer à mon rétablissement. Je ne voulais pas que mes enfants soient obligés de devenir des aidants », raconte Carole Laurin, qui a subi plusieurs AVC à l'âge de 42 ans, alors que sa fille était âgée de 6 ans et son fils, 16 ans.

Le rétablissement à la suite d'un AVC est un cheminement qui peut être long et avoir un prix. « Pendant les deux premières années, j'avais l'impression d'avoir pris congé de mon rôle de maman, explique Carole. Je devais me concentrer entièrement sur mon rétablissement et mon retour au travail. Cela peut sembler égoïste, mais j'ai décidé que c'était nécessaire quoique difficile. Avec le recul, je crois que c'était la bonne chose à faire puisque 14 ans plus tard, j'ai d'excellentes relations avec mes enfants. »

Les femmes peuvent également avoir le sentiment de perdre leur identité lorsque leur vie professionnelle change. « J'ai perdu mon identité en tant que salariée au moment où les AVC ont changé de façon permanente ma capacité à travailler. Cela a nui à mon estime, à la part de moi qui était liée à ma carrière », raconte Carole.

L'esprit de coopération, la stimulation créée par son environnement de travail et ses étudiants lui manquent. « J'étais enseignante avant de subir des AVC, et maintenant, je me sens comme une personne en apprentissage : je découvre encore comment reconstruire mon nouveau corps et ma nouvelle vie. Mon estime n'a plus besoin d'une identité professionnelle. J'ai appris à accorder de l'importance au fait d'être moi-même, à ma force intérieure et à ma conscience de moi-même. »



Soutenir la santé cardiaque et cérébrale des femmes

Les occasions de mieux soutenir la santé cérébrale des femmes existent et ne feront qu'augmenter, notamment grâce à la sensibilisation et à la prévention, en passant par les soins, les traitements et le soutien au rétablissement. Tout le monde a un rôle à jouer : les femmes et leur famille, les organismes, les médecins, les chercheurs, les administrateurs et les décideurs, et ce, sur les plans autant individuel que communautaire et du système de santé aux quatre coins du pays.

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 cardiaque et cérébrale des femmes afin de créer un bassin de financement et ainsi d'en maximiser l'impact.
- Exiger que les chercheurs se penchent sur le sexe et le genre, s'il y a lieu, notamment en ce qui concerne les participants des essais cliniques.
- Mettre les connaissances en application afin de permettre l'élaboration de meilleures approches de prévention, de diagnostic, de traitement, de rétablissement et de soutien pour les 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 et cérébrale 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'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, afin de d'améliorer les diagnostics et les traitements chez les femmes.

- Rédiger et diffuser des recommandations pour les pratiques optimales des soins de l'AVC selon le sexe et le genre, plus particulièrement sur les enjeux de santé cérébrale des femmes fondés sur des données.
- Informer les dispensateurs de soins sur le risque de subir un AVC pendant la grossesse, et recommander des systèmes qui garantissent des soins interdisciplinaires coordonnés et rapides conformément aux énoncés de consensus de Cœur + AVC.

- Plaider pour la formation et l'éducation continue des professionnels sur la santé cérébrale des femmes dans le but de réduire les préjugés systémiques auxquels celles-ci font face dans les soins.

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

- Entretenir et développer des communautés de soutien entre pairs afin de permettre aux survivantes d'AVC et à leurs aidants de communiquer entre eux, d'échanger des ressources et de se soutenir, peu importe leur revenu ou l'endroit où ils vivent.

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

- Enseigner à la population les signes VITE et les différences qui existent sur le plan des facteurs de risque et de la prévention de l'AVC pour les femmes tout au long de leur vie.

5 Mobiliser la population pour qu'elle agisse afin de mieux appuyer la santé cérébrale 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 cérébrale 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.
- Collaborer avec le gouvernement fédéral pour élaborer une stratégie d'assurance médicaments équitable et universelle qui améliore l'accès à des médicaments efficaces et peu coûteux pour tous les citoyens, y compris les femmes et les enfants, peu importe leur lieu de résidence ou leur capacité à payer.
- Travailler pour répondre aux besoins des femmes autochtones en passant en revue les médicaments et les produits pharmaceutiques couverts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) pour améliorer l'accès aux médicaments et aux pratiques de guérison traditionnelles.



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 les principales priorités relatives aux femmes autochtones et déterminées par ces peuples, et d'agir en leur nom.
- 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 (la « Commission »).

Que peut faire la population?

- Savoir reconnaître les signes de l'AVC et agir VITE en composant immédiatement le 9-1-1 ou le numéro local du service des urgences (coeuretavc.ca/VITE).
- Connaître et prendre en charge ses facteurs de risque individuels de l'AVC. Effectuer notre évaluation de risque cardiovasculaire à coeuretavc.ca/risque.
- Participer aux activités de réseautage entre pairs et aux groupes de soutien.
- Se joindre à nos communautés de survivants ou d'aidants naturels en s'inscrivant à coeuretavc.ca/communiquer.
- Consulter les ressources de Cœur + AVC indiquées dans la section afférente pour en apprendre davantage.
- Découvrir les ressources et le soutien offerts dans chaque communauté.

Que peuvent faire les chercheurs et les établissements d'enseignement?

- 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, les chercheurs 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.
- Les chercheurs doivent créer des outils de gestion du risque adaptés au sexe et au genre pour cerner le risque d'AVC à long terme.
- Les chercheurs doivent travailler avec le Réseau de recherche sur la santé cardiaque et cérébrale des femmes de Cœur + AVC pour accroître la collaboration visant à améliorer la santé cardiovasculaire des femmes.
- Les chercheurs et les communautés autochtones doivent avoir un rôle de premier plan en ce qui concerne l'identification des enjeux de santé propres aux femmes autochtones et avoir accès à du financement pour collaborer avec les chercheurs et d'autres professionnels non autochtones du domaine de la santé pour réduire les inégalités en santé.
- Les universités, les écoles de médecine et les établissements de formation médicale continue doivent donner des formations obligatoires axées sur le sexe, sur le genre et sur les Autochtones conformément au vingt-quatrième appel à l'action de la Commission.
- Tous les établissements universitaires doivent travailler de manière à éliminer les obstacles empêchant les chercheuses, femmes et autochtones, de diriger des travaux.

Que peuvent faire les sytèmes de santé et les dispensateurs de soins

- Les systèmes de santé doivent continuer de mettre en œuvre les Recommandations et évaluer la qualité de ces soins en fonction du sexe et du genre. La mise en œuvre et l'évaluation doivent porter sur l'ensemble des soins de l'AVC à toutes les étapes de la vie des patients.
- Les systèmes de santé doivent développer les infrastructures et la technologie (comme la télé-AVC) pour faciliter l'accès à des services de soins de l'AVC à chaque étape du continuum (diagnostic, traitement, réadaptation et prévention) pour tous les citoyens, y compris ceux dans les collectivités rurales, éloignées ou autochtones.
- Les dispensateurs de soins doivent fournir une prise en charge globale des facteurs de risque et des maladies chroniques axée sur le patient, adaptée à la culture et communiquée clairement qui répond aux besoins physiques, sociaux et émotionnels des femmes tout au long de leur vie, particulièrement pendant les périodes à risque élevé, comme la grossesse ou le moment suivant l'accouchement.
- Les systèmes de santé et le gouvernement fédéral doivent accroître les services de réadaptation et de rétablissement en milieu hospitalier ou dans la communauté en veillant à ce qu'ils soient accessibles et adaptés à la culture.
- Les dispensateurs de soins doivent créer un environnement positif et encourager un dialogue ouvert avec les femmes, favorisant les connaissances et la sensibilisation en matière de santé cérébrale, et doivent soutenir les survivants, les partenaires, les aidants et les familles au-delà du rétablissement.
- Les systèmes de santé doivent reconnaître l'importance des pratiques médicales traditionnelles des Autochtones et collaborer avec ces communautés pour adopter une approche holistique qui tient compte du bien-être mental, spirituel, physique et émotionnel dans la planification du système, l'allocation des ressources et la prestation de services

Que peuvent faire les gouvernements?

- 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 cérébrale des femmes et le renforcement des ressources pour tous les domaines, y compris les sciences biomédicales fondamentales, la recherche clinique, les systèmes de santé et la santé de la population.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent veiller à ce que les systèmes de santé offrent des services de médecine personnalisés et axés sur les besoins du patient à chaque étape du continuum de soins.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent continuer d'investir dans la création de systèmes coordonnés de soins de l'AVC qui donnent accès à des traitements vitaux urgents à l'ensemble de la population, peu importe la région, et conformément aux Recommandations.
- Les gouvernements doivent soutenir les campagnes de sensibilisation VITE dans chaque province et territoire afin que tous les citoyens soient en mesure de reconnaître les signes de l'AVC et sachent qu'ils doivent immédiatement appeler le 9-1-1 ou le numéro local du service des urgences; ils doivent s'assurer que les signes VITE sont transmis ou traduits dans plusieurs langues.
- Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les intervenants pour élaborer une stratégie d'assurance médicaments équitable et universelle qui améliore l'accès à des médicaments efficaces et peu coûteux pour tous les citoyens, y compris les femmes et les enfants, peu importe leur lieu de résidence ou leur capacité à payer.
- L'élaboration d'une stratégie d'assurance médicaments doit comprendre un examen du Programme des SSNA.
- Les gouvernements provinciaux et les établissements de soins de santé doivent subventionner la réadaptation après un AVC et créer des approches novatrices pour améliorer l'accès et réduire les coûts afin que les frais et l'emplacement géographique ne constituent pas des obstacles pour les femmes.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent reconnaître le rôle important des aidants, y compris les jeunes aidants ainsi que ceux qui ne vivent pas avec un survivant d'AVC, en leur offrant un financement et un soutien accrus. Les services de soins à domicile doivent également être améliorés grâce à un financement accru, et une formation sur la sécurisation culturelle doit y être intégrée
- Tous les gouvernements et les établissements de santé doivent mettre en œuvre les recommandations énoncées dans le rapport de la Commission, particulièrement les appels à l'action en matière de santé (18 à 24).

Ressources

Cœur + AVC offre des ressources pour soutenir les survivants d'AVC et leur famille, dont la plupart sont accessibles à coeuretavc.ca/AVC.

- **Signes VITE de l'AVC.**
- **Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral** – ce guide complet explique ce qu'est un AVC et le processus de rétablissement.
- **La vie après un AVC^{MC}** – ce programme communautaire est destiné aux survivants d'AVC et aux aidants. Les rencontres sont très interactives, et axées sur le développement de compétences, le récit des expériences et le soutien.
- **Prendre en main son rétablissement : Guide du survivant selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** – cette ressource fournit aux survivants d'AVC et aux familles des renseignements sur les pratiques exemplaires en soins de l'AVC fondées sur des données probantes à chaque étape, allant des soins d'urgence et actifs au rétablissement à long terme. Le guide est accessible à pratiquesoptimalesAVC.ca.
- **L'AVC chez les jeunes adultes : une ressource pour les patients et les familles** – ce guide a été conçu par le PCRA de Cœur + AVC pour les jeunes adultes, les familles et les aidants.
- **Évaluation de risque cardiovasculaire de Cœur + AVC** – cet outil électronique aide la population à connaître et à prendre en charge leurs facteurs de risque.

- **Liste de contrôle post-AVC de Cœur + AVC** – cette liste sur deux pages énonce les préoccupations et les problèmes communs des fournisseurs de soins, des patients et des familles.
- **Communautés de soutien** – les personnes qui vivent avec les séquelles d'un AVC ou qui prennent soin d'un survivant peuvent se joindre à l'un de nos groupes fermés sur Facebook ou s'inscrire à notre bulletin électronique mensuel à coeuretavc.ca/communiquer.

Ressources supplémentaires

- Les **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** offrent des lignes directrices complètes pour les professionnels de la santé qui travaillent avec des survivants d'AVC et les familles. Des ressources éducatives destinées aux patients et aux professionnels ont aussi été élaborées. Les Recommandations sont accessibles à pratiquesoptimalesAVC.ca.
- **Info AVC** est un site financé par le PCRA de Cœur + AVC. Il fournit de l'information sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC et présente les dernières études sur les interventions et les évaluations à l'intention des cliniciens qui travaillent dans le domaine (strokeengine.ca/fr).

Cœur + AVC remercie l'Assemblée des Premières Nations, qui a accepté que son bureau d'Ottawa soit utilisé pour la séance de photographie avec Lisa Meeches.

La robe de Lisa Meeches a été conçue par Andréanne Dandeneau.

Remerciements

Les entrevues ont été menées auprès de spécialistes de l'AVC et de femmes ayant une expérience vécue de la maladie. Cœur + AVC tient à remercier chaleureusement ces personnes pour leur contribution.

Femmes ayant un expérience vécue

Eva Apatsidou	Lisa Meeches
Lori Beaver	Nathalie Michaud
Jane Dobie	Lynne Stacey
Garima Dwivedi	Julie Tomaino
Carole Laurin	Erin Zuber
Rita Lussier	

Spécialistes de l'AVC et professionnels de la santé

Sonia Anand, M.D., Ph. D., titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la diversité ethnique et la maladie cardiovasculaire, professeure, département de médecine et d'épidémiologie, Université McMaster

Sharon Anderson, M. Sc., médecine, Ph. D., département de l'écologie humaine, Université de l'Alberta

Sanjit Bhogal, Ph. D., consultante, épidémiologiste, spécialiste de la synthèse et de l'application des connaissances

Sandra Black, M.A., M.D., maître de recherche, Sunnybrook Health Sciences Centre

Chrysti Bogiatzi, M.D., M. Sc., division de la neurologie, Université McMaster

Lara Boyd, B. Sc., physiothérapie, Ph. D., chaire de recherche du Canada (niveau 2) en neurobiologie de l'apprentissage moteur; directrice, Laboratoire des comportements cérébraux, Université de la Colombie-Britannique

Jill Cameron, Ph. D., professeure agrégée, département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie, Institut des sciences de la réadaptation, Faculté de médecine, Université de Toronto

Robert Coté, M.D., professeur, département de neurologie et neurochirurgie, et de médecine, médecin principal, Hôpital général de Montréal

Shelagh Coutts, B. Sc., MB ChB, M.D., M. Sc., professeure agrégée en neurologie de l'AVC, département des neurosciences cliniques, de la radiologie et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary

Lori Davis Hill, directrice, services de santé de la bande Six Nations de Grand River

Andrew Demchuk, M.D., directeur, programme sur l'AVC de Calgary; professeur, départements de la radiologie et des neurosciences cliniques; chaire de recherche sur l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; directeur adjoint de département, département des neurosciences cliniques, École Cumming de médecine, Université de Calgary

Jodi Edwards, Ph. D., scientifique et directrice, programme de recherche Nexus sur le cerveau et le cœur, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; chercheuse associée, programme de recherche en épidémiologie clinique, Institut de recherche de L'Hôpital d'Ottawa, Institut des sciences d'évaluation clinique

Gail Eskes, Ph. D., professeure, départements de psychiatrie et de psychologie et neuroscience, Université Dalhousie

Thalia Field, M.Sc.S., M.D., professeure agrégée, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique; neurologue spécialisée en AVC, programme sur l'AVC de Vancouver

Norine Foley, M. Sc., associée de recherche, Université Western

Theresa Green, professeure, école des sciences infirmières, Université de technologie de Queensland

Jocelyn Harris, Ph. D., ergothérapie, professeure agrégée, Écoles des sciences de la réadaptation, programme d'ergothérapie, Université McMaster

Ed Harrison, physiatre, président, comité directeur de la stratégie sur l'AVC de Santé Î.-P.-É.

Michael Hill, M.D., M. Sc., professeur, département des neurosciences cliniques, Institut du cerveau Hotchkiss, École Cumming de médecine, Université de Calgary

Nina Hovanec, Ph. D., physiothérapie, physiothérapeute, Institut de réadaptation de Toronto : unité des patients hospitalisés pour un AVC

Elva Jamieson, praticienne de médecine autochtone, Juddah's Place, Six Nations M.D., M. Sc., professeur, département des neurosciences cliniques, Institut du cerveau Hotchkiss, École Cumming de médecine, Université de Calgary

Noreen Kamal, Ph. D., professeure associée adjointe, département des neurosciences cliniques, École Cumming de médecine, Université de Calgary

Moir Kapral, M.D., M. Sc., professeure, département de médecine, médecin membre du personnel, Réseau de santé universitaire/Hôpital Mont Sinai

Nadia Khan, M.D., M. Sc., clinicienne-chercheuse, Hôpital Saint-Paul, Université de la Colombie-Britannique

Noor Ladhani, M.D., M. Sc., médecin membre du personnel, fœtologie, Sunnybrook Health Sciences Centre; professeure adjointe, obstétrique et gynécologie, Université de Toronto; scientifique associée, sciences d'évaluation clinique, programme de recherche sur les femmes et les bébés

Patrice Lindsay, infirmière autorisée, Ph. D., directrice, AVC, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Beth Linkewich, M.A.P., ergothérapeute agréée (Ontario), directrice, Centre régional de l'AVC et réseau de soins de l'AVC du secteur nord-est du Grand Toronto, Sunnybrook Health Sciences Centre

Anita Mountain, M.D., division de la médecine physique et de la réadaptation du Centre des sciences de la santé Reine Elizabeth II, site du Centre de réadaptation de la Nouvelle-Écosse

Kara Nerenberg, M.D., M. Sc., professeure adjointe, départements de la médecine, d'obstétrique et gynécologie, et des sciences de santé communautaire, division de la médecine interne générale (médecine obstétrique), Université de Calgary

Kara Patterson, physiothérapeute, Ph. D., professeure adjointe, Université de Toronto; scientifique, programme de réadaptation du réseau universitaire de la santé de Toronto, département de physiothérapie, Université de Toronto

Mike Sharma, M.D., M. Sc., professeur agrégé de médecine (neurologie), Université McMaster/Institut de recherche sur la santé de la population; président, Consortium Neurovasculaire Canadien

Eric Smith, M.D., M. Sc. (santé publique), professeur agrégé de neurologie, chaire en démence vasculaire Katthy Taylor, École Cumming de médecine, Université de Calgary

Richard Swartz, M.D., Ph. D., directeur, Unité de recherche sur l'AVC, Sunnybrook Health Sciences Centre; directeur médical, programme régional de soins de l'AVC du secteur nord-est du Grand Toronto

Amy Yu, MDCM, M. Sc., professeure adjointe, département de la médecine, Université de Toronto; neurologue spécialisée en AVC, Sunnybrook Health Sciences Center

Sources de données

- Le sondage réalisé au Canada a été effectué par Environics Research Group. Un total de 2 850 répondants âgés de de marque « Cœur + AVC » et « La vie. Ne passez pas à côté. » sont des marques 18 ans et plus ont fait l'objet d'une entrevue par téléphone entre le 2 et le 15 janvier 2018.
- Les renseignements que contiennent ce bulletin ont été recueillis en ligne jusqu'en mars 2018 dans des bases de données scientifiques de type médical, grâce à un recensement structuré de la littérature. Ils ont également été obtenus grâce aux entrevues de spécialistes avec des chercheurs et des cliniciens dans le domaine de l'AVC.
- Les données administratives proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et ont été analysées par Cœur + AVC. Des parties de ce matériel sont donc fondées sur des données et des renseignements fournis par l'ICIS. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations exprimées aux présentes sont celles de l'auteur, et non celles de l'ICIS.

La vie. Ne passez pas à côté.^{MC}



© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2018. Tous droits réservés.

^{MC} L'icône du cœur et de la /, les mots servant de marque « Cœur + AVC » et « La vie. Ne passez pas à côté. » sont des marques de commerce de la **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada**.