



Les maladies cardiovasculaires

Au cœur de la santé des femmes

Les maladies cardiovasculaires et plusieurs cancers ont les mêmes causes, bien que les cancers soient à la fois plus complexes et plus difficilement explicables que les maladies cardiovasculaires. Par conséquent, les mesures de prévention de ces maladies ont plusieurs points communs dont ce document rend compte.

Cette fiche n'a pas été conçue pour l'évaluation personnelle de ses *facteurs de risque*^a cardiovasculaire : une consultation médicale est nécessaire pour obtenir un portrait détaillé et personnalisé de sa situation. Notre objectif ici est d'exposer les actions positives individuelles et collectives qui peuvent aider à prévenir les maladies cardiovasculaires, particulièrement chez les femmes. Nous devons également prendre conscience des responsabilités qui incombent aux instances politiques : celles-ci doivent agir sur les facteurs qui déterminent la santé et favoriser le passage à l'action.

Saviez-vous que...



- Chez les femmes, les morts attribuables aux maladies cardiovasculaires devanent celles attribuables au cancer. C'est l'inverse chez les hommes¹. Même si les femmes sont atteintes 10 ans plus tard que les hommes, comme elles vivent plus longtemps, elles sont au total plus nombreuses à en souffrir. Précisons qu'en fin de compte, la différence n'est pas énorme : 29,7 % de tous les décès chez les femmes, comparativement à 28 % de tous les décès chez les hommes².
- Il est possible d'agir pour prévenir ou ralentir le développement des maladies cardiovasculaires.
- Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) pourraient être évités si on adoptait une alimentation saine, si on pratiquait régulièrement une activité physique et si on évitait l'exposition à la fumée de tabac³.
- «L'activité physique contribue à préserver et à maintenir la capacité cardiovasculaire globale donnée à la naissance. On pourrait appeler cela retarder le vieillissement⁴.»
- «L'inflammation silencieuse est tout simplement une inflammation qui se situe en deçà du seuil de perception de la douleur [...]. L'inflammation a un effet néfaste sur les artères et peut entraîner des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux⁵.»
- «Les principaux facteurs qui déterminent la santé des Canadiens et Canadiennes ne sont pas les traitements médicaux ou les choix de vie individuels, mais plutôt leurs conditions de vie. Ces conditions sont

^a Un facteur de risque correspond à une augmentation statistique du risque de souffrir d'un problème de santé. Un trouble cardiovasculaire peut apparaître sans aucun facteur de risque, de la même façon qu'il est possible de cumuler une multitude de facteurs de risque sans jamais tomber malade.

les **déterminants sociaux de la santé** [...]. La plupart d'entre nous ignorons que notre santé est conditionnée par la répartition des ressources et de la richesse, si on est ou non employé, et si on l'est, quelles sont nos conditions de travail. De plus, notre bien-être est aussi déterminé par les services sociaux et les services de santé que nous recevons et par notre capacité à accéder à une éducation, une nourriture et un hébergement de qualité, parmi d'autres facteurs⁶.»

- «Les cardiologues rigolent devant la récupération du cholestérol par le marketing. Gâteau sans cholestérol, soupe sans cholestérol, dentifrice sans cholestérol. Quelques nuances : le cholestérol n'est ni une maladie, ni un poison. C'est un constituant essentiel de notre corps⁷.»

Comment fonctionne notre cœur, organe symbole de la vie et de l'amour? Une compréhension du système cardiovasculaire et des causes des maladies pouvant l'affecter saura nous convaincre que **la prévention de ces problèmes de santé est possible**, à condition de passer à l'action individuellement et collectivement.

LE CŒUR : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS

Le cœur est le muscle le plus solide de l'organisme. Asymétrique, situé au milieu de la poitrine, entre les poumons, il a plus ou moins la forme d'une poire et la grosseur d'un poing. Son rôle est de faire circuler le sang chargé d'oxygène et d'éléments nutritifs dans l'ensemble du corps, puis de le ramener vers lui et les poumons où il est filtré et réoxygéné avant de repartir, et ce, en moyenne 70 fois par minute. Une brève description de trois éléments de la physiologie du système cardiovasculaire montre à quel point une activité physique régulière et une alimentation saine jouent un rôle majeur dans le maintien de ses capacités.

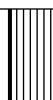
Les mitochondries⁸. Dans les cellules de nos muscles, les mitochondries^b extraient l'oxygène du sang pour le transformer en énergie. Plus une personne est active physiquement, plus nombreuses sont les mitochondries et plus efficacement l'oxygène est extrait du sang. C'est pourquoi le cœur d'une personne en forme bat moins vite, il est plus efficace. Et nous pouvons multiplier le nombre de nos mitochondries simplement en nous activant.

Par un phénomène physiologique tout à fait normal, les mitochondries produisent des déchets inflammatoires, des *radicaux libres*. Ceux-ci ne sont pas absolument mauvais, puisqu'ils jouent un rôle positif dans le système immunitaire. Cependant, accumulés en excès – ce qui est fréquent, car les sources de radicaux libres sont multiples – ils entraînent un déséquilibre dans nos cellules, ce qu'on appelle un *stress oxydatif*.

Le corps peut maintenir un équilibre oxydatif en produisant naturellement des antioxydants. Et ce qui peut grandement l'aider à maintenir cet équilibre interne, c'est la consommation de fruits et légumes (petits fruits, choux, brocoli), de poissons riches en Oméga 3 (maquereaux, sardines) et d'autres aliments remplis d'antioxydants (thé vert, par exemple). Cela dit, il est normal qu'à mesure que nous vieillissons, les mitochondries produisent davantage de radicaux libres.

Des biosenseurs. Le cœur est au centre de notre santé et **toute la chimie de notre corps est liée à son bon fonctionnement**. Le rythme cardiaque et la tension artérielle sont finement ajustés par des biosenseurs, des

^b Les mitochondries sont des «organites» microscopiques à l'intérieur des cellules. Tout comme nos organes sont constitués de tissus remplissant certaines fonctions, les cellules sont constituées d'organites remplissant elles aussi certaines fonctions.



neurones localisés à différents endroits du corps (cerveau, artères du cou, reins, poumons et cœur). Des senseurs de pression, des senseurs de volume et des senseurs chimiques (pour l'oxygène, le gaz carbonique et le pH) veillent au maintien de l'équilibre de l'organisme⁹. Par exemple, si une alimentation très sucrée rend notre corps trop acide, terrain propice à l'inflammation, un processus biochimique se met immédiatement en branle pour corriger la situation, c'est-à-dire rééquilibrer notre pH. S'il y a suffisamment d'oxygène dans le sang (grâce au bon travail des mitochondries), les biosenseurs émettent le signal de ralentir le rythme cardiaque. En plus de posséder ce réseau de neurones semi-autonome, le cœur peut sécréter certaines hormones. Il a sa propre réserve d'adrénaline, disponible en cas d'urgence, et d'hormone ANF pour le contrôle de la tension, et il peut même sécréter de l'ocytocine, hormone de l'amour¹⁰.

Notez bien Cette explication biomédicale des caractéristiques étonnantes de notre cœur vient valider l'un des fondements des médecines anciennes chinoise et ayurvédique (Inde). Alors que depuis le XVII^e siècle, en Occident, le corps et l'esprit sont des entités séparées (dualité corps-esprit), cette division n'existe pas dans les médecines traditionnelles chinoise et indienne. Selon ces approches, le cœur n'est pas simplement une pompe mécanique, il est lié à l'activité spirituelle et émotionnelle et coordonne les activités des autres organes¹¹.

Des pontages biologiques. Le cœur est capable de faire ses propres pontages, par le développement des **collatérales**, un réseau parallèle d'artères. «Les collatérales sont des artères microscopiques présentes à la naissance. Quand l'organe manque d'oxygène, un SOS biologique est émis et la cavalerie accourt. Les collatérales se lancent à l'aide de l'artère malade pour soutenir le cœur. Les collatérales se dilatent, se gonflent et finissent par remplacer l'artère qui se bouche¹²», comme l'explique le Dr François Reeves, cardiologue. Or, c'est l'activité physique qui stimule le développement des collatérales.

Le cœur en santé : la variabilité cardiaque

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, un cœur en santé bat de façon irrégulière, c'est-à-dire qu'il accélère et ralentit entre 15 et 30 fois par minute, il s'adapte constamment à ce qui se passe dans l'organisme. Ce phénomène n'a rien à voir avec le trouble de l'arythmie cardiaque^c.

Comment cela fonctionne-t-il? Grâce aux biosenseurs, le cœur réagit et s'ajuste aux hormones qui circulent dans le corps, aux émotions ressenties et aux pensées. Le système nerveux autonome, qui régule à notre insu le fonctionnement de nos organes, dont le cœur, est lui-même composé de deux systèmes : le système nerveux sympathique accélère les battements et met l'organisme en action, alors que le système nerveux parasympathique le ralentit et le ramène au calme. La variabilité cardiaque est saine, car elle montre la capacité de notre système nerveux autonome à tendre vers l'équilibre. Ce système de communication raffiné illustre les liens entre le cœur, les émotions et le stress.

C'est pourquoi une variabilité cardiaque élevée est le signe d'un cœur solide. Et tout aussi importante est la cohérence de cette variabilité, lorsque les accélérations et décélérations du cœur se maintiennent dans le temps. La **cohérence cardiaque** est possible lorsque l'esprit est apaisé, c'est un état physiologique qu'on pourrait

^c L'arythmie cardiaque se produit lorsque les signaux électriques dans le cœur sont désordonnés. Elle ne met pas la vie en danger, mais ses effets oui, car à la longue, elle peut mener à un AVC. On appelle «bradycardie» l'arythmie qui ralentit le cœur (moins de 60 battements à la minute), «tachycardie», celle qui l'accélère (plus de 100 battements à la minute) et «fibrillation», celle qui provoque des contractions désordonnées. La fibrillation auriculaire est la forme la plus courante d'arythmie cardiaque. L'hypertension et certains médicaments tels les décongestionnants augmentent le risque d'arythmie.

comparer à une méditation du cœur. À ce moment, nos systèmes nerveux, cardiovasculaire, hormonal et immunitaire travaillent de manière optimale et harmonieuse¹³. À l'inverse, dans les états de stress, c'est le chaos.

Le cœur malade

Même si notre corps est relativement bien équipé pour ajuster notre système cardiovasculaire, il existe un ensemble de troubles qui peuvent l'affecter. Les voici sommairement présentés dans la liste suivante :

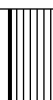
- les cardiopathies coronariennes (angine de poitrine, infarctus du myocarde), touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque
- les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral), touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau
- l'hypertension, une augmentation de la pression dans le réseau artériel
- les artériopathies périphériques, touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes
- les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque (rare de nos jours)
- les malformations cardiaques congénitales, malformations de la structure du cœur déjà présentes à la naissance
- les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires, obstructions des veines des jambes par un caillot sanguin susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons
- l'insuffisance cardiaque, une incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins du corps (par exemple aux besoins des reins, ce qui provoque une accumulation d'eau dans le corps)

Notons que l'accident vasculaire cérébral (AVC) et la crise cardiaque (ou infarctus du myocarde) sont les formes les plus connues et redoutées des maladies cardiovasculaires. L'un comme l'autre se produisent principalement lorsque la circulation du sang ne se fait pas de façon fluide et régulière, par exemple lorsque le cœur est trop faible ou que les artères sont obstruées.

L'obstruction des artères progresse graduellement. Habituellement, elle est associée à l'**artériosclérose**, un processus de durcissement, d'épaississement et de perte d'élasticité des artères, qui facilite l'apparition de l'**athérosclérose** : la paroi interne d'une ou de plusieurs artères se recouvre de plaques constituées de cholestérol, d'inflammation et de matières fibreuses et rigides avec dépôts de calcium. Le Dr Reeves compare ces plaques à des boutons d'acné enflammés ressemblant à des petits volcans. Lorsqu'un bouton éclate, un caillot se forme dans le trou du volcan (ce qu'on appelle une thrombose), causant un blocage de la circulation dans une artère¹⁴. Les cellules qui ne reçoivent plus de sang meurent. Un blocage partiel des artères coronaires provoque une **crise d'angine**. Lorsque l'obstruction est brutale, une **crise cardiaque** (ou **infarctus du myocarde**) se produit, qui peut entraîner la mort.

La crise cardiaque peut être soudaine et intense mais les symptômes peuvent aussi débiter lentement, provoquant un sentiment de malaise et une douleur dans la poitrine et le côté gauche, comme dans le cas de l'angine, avec en plus la possibilité de difficultés respiratoires, de nausées et de vomissements, de pertes de conscience et de vertiges, de sueurs froides et de pâleur soudaine, d'anxiété inexplicable et de fatigue.

L'athérosclérose peut également conduire à l'**accident vasculaire cérébral (AVC)**. Tout comme le cœur, le cerveau ne peut fonctionner que s'il est bien irrigué par le sang, ce qui s'effectue grâce à deux gros vaisseaux sanguins situés sur le côté du cou. Un AVC grave est aussi appelé hémorragie cérébrale ou thrombose cérébrale. Il se



produit lorsque la circulation sanguine vers le cerveau est interrompue et qu'une région cesse d'être irriguée, provoquant des lésions qui peuvent être irréversibles (paralysie, perte de capacités motrices ou cognitives), voire fatales. Un AVC peut aussi être provoqué par la rupture d'un vaisseau sanguin, qui entraîne une hémorragie dans une région du cerveau. Un **accident ischémique transitoire** est un petit AVC qui peut être le signe avant-coureur d'un AVC plus grave. Mais on peut être victime d'un AVC grave sans avoir eu d'AVC mineur avant.

Les femmes présentent-elles des symptômes différents?

Les avis sur cette question sont nuancés.

Selon la Fondation canadienne des maladies du cœur (site Web Lecoeurtelquelles.ca), les symptômes de la crise cardiaque chez les femmes sont parfois plus difficiles à définir, car ils sont perçus comme un inconfort plutôt que comme une douleur thoracique. Néanmoins, les différences seraient subtiles. Par ignorance de leur risque d'être atteintes de ce type de maladie ou par ignorance des signes avant-coureurs, les femmes ne réagiraient pas d'une manière adéquate. Selon la Fondation, les femmes ne prennent pas toujours leurs sensations au sérieux.

Les chercheuses H. Rosenberg et D. Allard sont plus catégoriques : «Les maladies coronariennes ne se manifestent pas de la même façon chez les hommes et les femmes. Ces dernières ont des symptômes qui sont à la fois différents et plus variés¹⁵.» La D^{re} Christiane Northrup partage cet avis : selon elle, des connexions neuronales entre le cœur et le cerveau différenciées selon le sexe expliquent les symptômes différents chez les hommes et les femmes. Ainsi, des femmes aux prises avec de graves problèmes cardiaques ne ressentent pas toujours de douleur à la poitrine. Elles éprouvent, par exemple, une douleur à la mâchoire et des symptômes d'indigestion. Elles peuvent aussi faire une insuffisance cardiaque globale, un «infarctus silencieux¹⁶.»

Le D^r Reeves mentionne que, chez les femmes, l'angine est souvent ressentie comme une brûlure, qui peut être confondue avec des malaises digestifs. La douleur peut irradier dans un bras ou les deux, monter dans les mâchoires ou aller directement dans le dos. L'angine est souvent accompagnée de transpiration abondante et de souffle court¹⁷.

L'analyse des données de deux millions de cas de crises cardiaques traités aux États-Unis montre que **plus une femme est jeune, moins elle éprouve des douleurs thoraciques** lors d'un infarctus du myocarde¹⁸.

Les symptômes de troubles et maladies affectant le cœur et les mesures de prévention sont détaillés dans la section «Passer à l'action».

Y A-T-IL DES LIENS ENTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET LA MÉNOPAUSE?

Il est normal qu'en vieillissant on soit plus susceptible d'être atteinte d'une maladie cardiovasculaire. Chez les femmes, le risque commence à augmenter après la ménopause seulement. Deux explications sont avancées. La première : avant la ménopause, l'estrogène entraîne un rapport «bon/mauvais cholestérol» qui protège les artères naturellement. Cette explication laisse croire que le cholestérol joue un rôle dominant, ce qui n'est pas le cas. Précisons-le tout de suite : **le cholestérol joue un rôle secondaire dans les maladies cardiovasculaires, qui sont des maladies multifactorielles**. La deuxième : les estrogènes endogènes (produits par le corps) sont des vasodilatateurs naturels, ce qui diminue le risque d'hypertension¹⁹. Cet avantage hormonal expliquerait que les femmes sont atteintes de maladies cardiovasculaires 10 ans plus tard que les hommes, chez qui le risque

augmente à partir de 40 ans. Sans rejeter ces hypothèses, convenons que l'augmentation du tabagisme dans la population féminine, notamment, risque de faire varier les statistiques dans les prochaines années.

Parce que les incidents cardiovasculaires augmentent après la ménopause, on a longtemps pensé que la baisse du taux d'œstrogène était responsable des maladies cardiovasculaires chez les femmes. On a alors conclu qu'un traitement hormonal après la ménopause, «remplaçant» les hormones disparues, pourrait avoir un effet protecteur. Des études ont montré que non seulement le traitement hormonal ne protège pas de ces maladies, mais qu'il en augmente plutôt le risque (voir le cahier *Le traitement hormonal*).

On aura beau jongler avec les données dans tous les sens, il est probable que toutes les questions ne seront jamais entièrement résolues en ce qui concerne les œstrogènes, combinés à la progestérone ou non, bioéquivalents ou non. Certaines spécialistes continuent d'être persuadées que les hormones prises dans des conditions précises peuvent être bénéfiques pour le cœur des femmes au moment de la ménopause^d, ce qui n'élimine certes pas les *risques accrus de cancer du sein*. Les hauts et les bas du traitement hormonal rappellent qu'aucun médicament ne devrait être prescrit à grande échelle sans que ses effets à court, moyen et long termes aient été scrutés dans les détails. La prudence est de mise. Dans tous les cas, un bilan de santé complet est essentiel avant la prescription d'un traitement hormonal.

«Facteurs biologiques», maladies cardiovasculaires et ménopause

Une étude prospective^e a été réalisée²⁰ auprès de 1 054 femmes états-uniennes de toutes origines ethniques ayant vécu une ménopause naturelle, c'est-à-dire non provoquée par une hystérectomie et sans aucun traitement hormonal avant leurs dernières règles. L'étude s'est penchée sur différents facteurs de risques de maladies cardiovasculaires mesurables, dans le but de départager ce qui relève de la ménopause, soit le processus d'arrêt des règles, et ce qui relève du processus normal de vieillissement. Les taux sanguins de lipides (gras), de glucose (sucre), d'insuline (une hormone sécrétée par le pancréas), de fibrinogène^f (une protéine intervenant dans la coagulation), de protéine C-réactive (un marqueur d'inflammation) ainsi que la tension artérielle ont été mesurés.

Les résultats montrent que, de tous les indices étudiés, seul le cholestérol^g (les lipides) bondit de façon prononcée après l'arrêt des règles, les autres augmentent lentement. Les problèmes, par exemple d'hypertension ou de résistance à l'insuline^h, susceptibles de se développer avec les années, n'ont aucun lien avec la ménopause en tant que telle.

Selon la position acceptée dans la communauté médicale, **la ménopause n'a pas d'impact direct sur les maladies cardiovasculaires**²¹. La médicalisation de la ménopause, que symbolise le traitement hormonal, vient compliquer

^d C'est le cas de la D^e Sylvie Demers défenseuse des hormones bioéquivalents et dont nous avons déjà remis en question les positions (consulter http://rqasf.qc.ca/files/hormones_feminin.pdf) et de la D^e Christiane Northrup qui, de façon plus nuancée, soutient qu'«il est évident que l'œstrogène peut être bon pour le cœur chez certaines femmes» (NORTHROP, p. 227).

^e Une étude prospective est menée sans groupe de comparaison (à l'inverse, dans une étude à double insu, on compare deux groupes) et la collecte de données auprès des sujets s'étale dans le temps pour mesurer les effets de certaines caractéristiques choisies.

^f Lorsque son taux augmente, c'est un symptôme d'inflammation. Noter que le tabagisme et la contraception orale l'augmentent, de même que le processus normal de vieillissement.

^g Attention, cela ne signifie en rien que le cholestérol soit «la cause» des maladies cardiovasculaires, qui, rappelons-le, sont des maladies **multifactorielles**.

^h L'insuline est essentielle pour nourrir nos cellules. Phénomène normal du vieillissement, l'insulinorésistance (ou résistance à l'insuline) se produit lorsque les cellules deviennent moins sensibles à l'insuline, donc cette hormone ne parvient pas à faire son travail, poussant le pancréas à en sécréter de plus en plus. L'excès d'insuline provoque de l'inflammation. L'insulinorésistance peut aussi être provoquée par une consommation excessive de glucides (sucres).

notre perception de ce processus naturel. Des facteurs plus sociaux et environnementaux que biologiques contribuent à en faire une étape «à risque».

CAUSES DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Rares il y a un siècle²², les maladies cardiovasculaires sont devenues la première cause de mortalité en Amérique du Nord, à partir de la fin des années 1940ⁱ. Après avoir triplé aux États-Unis pour atteindre son apogée dans les années 1950, le taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires a diminué jusqu'aux années 2000. Toutefois, leur incidence est maintenant en hausse dans les pays industrialisés²³. Aux États-Unis, on observe une augmentation du taux de maladies coronariennes chez les femmes de 35 à 54 ans²⁴. Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), leur prévalence a décliné de manière significative au Canada, mais pas au Québec²⁵. Et voilà qu'on constate une explosion de ces maladies en Chine et ailleurs dans les pays dits émergents, depuis les 50 dernières années.

Comment expliquer la montée fulgurante des maladies cardiovasculaires au XX^e siècle, qui va de pair avec celle d'une autre maladie chronique, le cancer? Qu'ont en commun ces maladies, auxquelles on pourrait ajouter le diabète, la maladie d'Alzheimer et autres maladies chroniques? Une forte composante **inflammatoire**. Toutes sont notamment associées, à différents degrés, au stress chronique, à la malbouffe, au tabagisme et à la sédentarité, qui produisent une **inflammation silencieuse**, qui couve pendant de nombreuses années, jusqu'au moment où elle provoque une maladie chronique grave. Les maladies cardiovasculaires constituent donc, comme le cancer, des maladies de notre civilisation industrielle (voir la fiche *Les cancers du sein et des organes reproducteurs*, p. 2-4).

Aux sources du facteur inflammatoire

Au début des années 2000, des épidémiologistes européens²⁶ ont démontré que le statut socioéconomique, la satisfaction au travail et le niveau d'éducation sont les déterminants majeurs de la santé. On sait maintenant que les inégalités sociales sont un indice de la santé d'une population. Plus encore, l'«injustice sociale rend malade et tue», martèle l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, reprenant les conclusions du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS sur les inégalités de santé dans le monde, paru en 2009²⁷.

Un faible statut socioéconomique est le déterminant prépondérant de la santé et de la maladie; or, il est associé à une incidence accrue de maladies cardiovasculaires et à un taux plus élevé de mortalité en cas de crise cardiaque. Il existe également un lien entre un faible niveau d'éducation et les «mauvaises habitudes» de vie à la source de l'inflammation et des maladies chroniques. Plusieurs de ces maladies chroniques inflammatoires augmentent le risque de maladies cardiovasculaires, par exemple la polymyosite et la dermatomyosite (maladies auto-immunes affectant les muscles et la peau), qui touchent surtout des femmes et des personnes âgées²⁸, de même que le psoriasis, le lupus érythémateux, l'arthrite rhumatoïde, entre autres. À cette liste, on pourrait ajouter la dépression, dont on reconnaît maintenant la composante inflammatoire.

ⁱ Sur ces données, les statistiques états-uniennes et canadiennes convergent (F. Reeves, 2007, p. 3).

Notez bien Les femmes qui ont un faible revenu ou qui fument sont plus susceptibles que les femmes plus à l'aise ou non fumeuses de ne pas faire d'activité physique²⁹. Pour des raisons historiques et sociales, les Autochtones et les immigrantes non européennes, notamment, sont surreprésentées parmi les femmes à faible revenu, et elles souffrent davantage d'hypertension, de diabète, de dépression et de maladies cardiovasculaires que les femmes plus à l'aise.

Des études³⁰ montrent que l'injustice et un contexte psychosocial négatif au travail nuisent à la santé cardiaque et rendent malade. Les femmes vivent beaucoup de stress dans les emplois caractérisés par une faible autonomie décisionnelle, de nombreuses exigences et peu ou pas de possibilités de faire preuve de créativité, des emplois souvent subalternes, peu considérés et mal rémunérés³¹. Les femmes occupant un emploi où la tension est forte présentent, de façon générale, un risque accru de 40 % de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et d'opération cardiovasculaire.

Le soutien psychosocial, le sentiment de contrôle sur sa vie et la perception de sa santé sont d'autres éléments liés au statut socioéconomique, qui se situent en amont de l'inflammation chronique. Dans notre société, la ménopause symbolise le vieillissement, souvent nié à coups d'injections de Botox ou de cures de jouvence antirides de toutes sortes. Vieillir peut en soi représenter un stress, surtout lorsque les regrets et les traumatismes du passé remontent à la surface. Le milieu de la vie, c'est aussi une période où se produisent une ou plusieurs remises en question fondamentales sur divers plans, notamment personnel et familial, quant au couple (séparation, divorce, découverte de son homosexualité, par exemple), quant à ses enfants (leur départ de la maison, par exemple), quant à ses parents et ses proches (rôle d'aidante, deuil, etc.), ou encore sur le plan professionnel (retraite).

L'explication de ces phénomènes est complexe et ne saurait être complète. Après 20 ans de pratique clinique avec des femmes dans la quarantaine et la cinquantaine et de nombreuses recherches documentaires, la D^{re} Christiane Northrup³² en est venue à la conclusion que **des facteurs émotionnels, tout comme des facteurs physiques, contribuent à la santé cardiaque**. Selon elle, la maladie cardiaque se manifeste lorsque le flux de l'énergie est bloqué et il est parfois possible de remonter à l'enfance pour en cerner les sources. Par exemple, des études montrent que l'hostilité durcit les artères, et ce phénomène peut se constater dès l'âge de 18 ans. Les femmes tendent à refouler leur colère, observe-t-elle, ce qui pourrait constituer un terreau propice à l'apparition de problèmes cardiaques³³.

En effet, les émotions négatives, la colère, l'anxiété, la tristesse, et même les soucis banals, font chuter la variabilité cardiaque³⁴. On leur associe différents problèmes de santé liés au stress et au vieillissement : hypertension, insuffisance cardiaque, infarctus, complications du diabète et même cancer. Sans apporter plus de précisions, la Fondation des maladies du cœur affirme sur son site Web que le stress et la dépression ont des conséquences plus néfastes pour le cœur des femmes que pour celui des hommes³⁵.

Tous ces constats témoignent de l'énorme pouvoir de prévention et de guérison de la justice sociale, des conditions et relations de travail valorisantes, du sentiment d'être utile ainsi que des émotions et pensées positives. Ces observations rejoignent autant les études récentes de la «nouvelle médecine des émotions», dont discute David Servan-Schreiber dans ses livres, que les façons de voir des médecines traditionnelles chinoise et ayurvédique.

Le facteur inflammatoire : les trois triades

Nous savons que, paradoxalement, l'inflammation est nécessaire pour réparer les tissus du corps : la région atteinte est rouge, chaude, enflée et douloureuse... C'est le signe qu'un processus de guérison est enclenché. Mais lorsque cette inflammation est dite silencieuse, nous ne la sentons pas et ne nous en préoccupons pas. C'est là le problème. Selon le biochimiste Barry Sears, l'inflammation silencieuse est néfaste pour les artères³⁶. Elle tisse la trame des causes, communément appelées «facteurs de risque» de maladies cardiovasculaires.

Selon l'OMS, les principales causes des maladies cardiovasculaires sont une **mauvaise alimentation**, le **manque d'activité physique**, le **tabagisme** et une **consommation excessive d'alcool**³⁷. Et ces grandes causes expliquent et accentuent des facteurs de risque tels que l'hypertension, l'obésité, le taux lipidique sanguin (gras) et le taux glycémique sanguin (sucres). On dénombre au-delà de 300 facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, aux impacts et interactions complexes, variables d'une personne à l'autre et d'un pays à l'autre. Toujours selon l'OMS, généralement, il est possible d'agir sur les facteurs de risque par des politiques actives de prévention visant à préserver et à améliorer la santé cardiovasculaire de la population.

La notion de «facteur de risque» est apparue, en médecine, grâce à la Framingham Heart Study, qui a examiné durant plus de 50 ans (de 1948 à 2002) les caractéristiques et les comportements des 8 000 personnes habitant la ville du même nom, au Massachusetts, aux États-Unis¹. Cette imposante étude a été lancée dans le but de *comprendre la flambée des maladies cardiovasculaires au début du XX^e siècle aux États-Unis*³⁸. Lors des premières analyses, cinq facteurs de risque d'infarctus étaient ressortis : l'hérédité, le diabète, l'hypertension, le haut cholestérol et le tabac. Les données évoluant, l'obésité et la sédentarité se sont ajoutées dans les années 1990.

Notez bien L'étude de Framingham a été réalisée auprès d'une population relativement homogène. Elle mena les autorités et l'industrie alimentaire sur la piste simpliste des régimes sans gras et de la guerre au cholestérol. Le retrait du gras signifia l'ajout de sucres, des **sucres tout aussi nocifs, sinon plus, que les gras**. N'avaient pas encore été étudiées les populations crétoise (Europe), tsimane (Bolivie) ou encore inuites (Canada), ce qui aurait pu mener à des conclusions différentes en ce qui a trait à la connaissance et à la prévention des maladies cardiovasculaires.

L'étude Interheart³⁹ (2004), réalisée auprès de 30 000 hommes et femmes dans 52 pays des cinq continents, a ajouté les facteurs psychosociaux engendrant un **stress chronique** (dépression, stress professionnels ou familiaux, problèmes financiers, etc.) aux autres facteurs importants associés aux maladies cardiovasculaires. Dans l'étude de Framingham, le stress ressortait comme un facteur marginal, voire contradictoire. Or, si le stress ne cause pas à lui seul le blocage des artères, il peut provoquer l'angine (de poitrine) chez la personne dont les artères sont déjà malades et l'infarctus chez la personne prédisposée à ce type d'affection⁴⁰. **Le stress chronique contribue à créer un état inflammatoire propice à l'apparition de nombreux problèmes de santé.**

Notez bien Dans l'imaginaire populaire, le stress est cause des maladies cardiovasculaires. Et si «angine» et «angoisse» ont la même étymologie, c'est peut-être parce que leurs symptômes, des serremments de poitrine, se ressemblent. Toutefois, l'angoisse n'est pas une maladie cardiovasculaire.

¹ Voir le site Web de la Framingham Heart Study : www.framinghamheartstudy.org

Dans son dernier ouvrage, le D^r Reeves présente neuf «facteurs de risque» de maladies cardiovasculaires divisés en trois triades⁴¹. Dans l'exposé qui suit, afin de préciser le rôle de ces facteurs, nous reprenons cette typologie à la lumière de l'approche globale et féministe de la santé. Tout en reconnaissant la valeur de la médecine courante, cette approche permet de jeter un regard critique sur les savoirs biomédicaux, afin d'en révéler les intérêts politiques et économiques sous-jacents. Elle vise aussi à comprendre l'imbrication complexe des facteurs historiques, politiques et socioéconomiques qui déterminent la santé et la maladie, et de saisir les liens entre la santé des femmes et leurs conditions de vie.

► Première triade. «Ce que je suis» : cholestérol, hypertension, diabète

Nous avons toutes et tous entendu parler du cholestérol, de l'hypertension et du diabète, et nous savons que des facteurs génétiques peuvent y prédisposer. Toutefois, sans nier l'existence de prédispositions dans certaines familles, le facteur génétique n'apparaît prépondérant que dans de très rares cas. En effet, quelle que soit la maladie, l'expression des gènes varie grandement en fonction des habitudes de vie et du milieu, ces deux facteurs étant principalement influencés par les conditions sociales. En recherche comme en clinique, il est devenu évident qu'il faut prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (éducation, travail, logement, etc.) et sortir du carcan des facteurs de risque pris dans une perspective individuelle. **«Ce que je suis» est un reflet des conditions dans lesquelles je vis.**

L'industrialisation a profondément modifié l'air que nous respirons et les aliments que nous mangeons. Le D^r Reeves souligne que la pollution atmosphérique est la grande négligée des études cliniques traditionnelles, chaînon manquant de l'étude de Framingham qui n'a pas réussi à répondre à la question posée (à savoir cerner les causes de la flambée des cas de maladies cardiovasculaires dans la première moitié du XX^e siècle, aux États-Unis). On connaît bien cet enchaînement de facteurs : l'alimentation industrielle, cause d'obésité et de syndrome métabolique^k et donc de diabète, facteur majeur de maladie cardiovasculaire. Et la pollution dans tout cela? Nous verrons qu'elle contribue aussi à l'hypertension, au «syndrome métabolique^k» et aux maladies cardiovasculaires⁴².

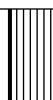
Cholestérol

Le cholestérol est transporté dans le corps dans des molécules complexes appelées lipoprotéines. Il joue un rôle essentiel dans les fonctions cérébrales, le développement hormonal et la transmission de signaux entre les cellules nerveuses. Sa présence est indispensable au développement du fœtus et c'est un élément essentiel du lait maternel.

On décrit souvent la lipoprotéine de basse densité (LDL), comme le «mauvais» cholestérol et la lipoprotéine de haute densité (HDL) comme le «bon» cholestérol. Le premier (LDL) est associé à l'athérosclérose, dont nous avons parlé plus haut, qui provoque le dépôt de débris sur les parois des artères. Inversement, le second (HDL) est dit «bon» cholestérol parce qu'il détache les dépôts des artères, ce qui réduit l'épaississement des parois⁴³.

^k Ce syndrome un peu fourre-tout et remis en question comprend tous les problèmes induits par le surpoids, le diabète, l'hypertension, le cholestérol élevé, le taux de triglycérides élevé. Ce n'est pas le nom d'une maladie!

^l Notons qu'il s'agit d'une simplification (commode) puisqu'il existe plusieurs sous-catégories de cholestérols - dont un bon mauvais cholestérol et un mauvais bon cholestérol.



Notez bien Évitez les raccourcis simplistes. Le cholestérol bouche les artères : faux. L'infarctus est causé par une « plaque de cholestérol » : faux. C'est l'athérosclérose qui bouche les artères. (Voir plus haut la section « Le cœur malade »)

L'industrie alimentaire a jeté son dévolu sur le cholestérol, qui pourtant, répétons-le, joue un rôle **secondaire** dans les maladies cardiovasculaires : « en fait, la moitié des patients qui sont hospitalisés après avoir fait une crise cardiaque ont des taux de cholestérol normaux. En outre, le quart des personnes qui font des crises cardiaques prématurément ne présentent aucun facteur de risque reconnu⁴⁴ ». **C'est l'inflammation, bien plus que le cholestérol, qui est déterminante.** Pourtant souvent on n'en tient pas compte. Faire baisser le taux de cholestérol par un médicament miracle (statines) était une solution assez simple à proposer lors d'une consultation médicale et combien plus lucrative pour l'industrie pharmaceutique. Malheureusement, prises à long terme, les statines si massivement prescrites accentuent l'inflammation silencieuse⁴⁵.

Pour les **femmes n'ayant jamais eu d'accident cardiovasculaire**, le cholestérol ne semble pas jouer de rôle significatif dans le déclenchement des maladies cardiovasculaires; « une étude qui a suivi la santé de 7 300 femmes de Chicago pendant 31 ans a constaté que de hauts niveaux de cholestérol jouaient un petit rôle, non statistiquement significatif, sur le risque de mortalité par maladie du cœur sans avoir d'influence sur le risque total de décès⁴⁶ ». Chez les personnes âgées, contrairement à ce qui est couramment admis, un taux de cholestérol élevé semblerait même associé à une plus grande longévité. En effet, une cholestérolémie basse après 60 ans est associée à une incidence plus élevée de mortalité attribuable au cancer, à une maladie du foie ou à une maladie mentale⁴⁷.

Notez bien 72 % des patientes et des patients hospitalisés pour un premier infarctus ont un taux de cholestérol inférieur au taux recommandé de 130 mg/dl⁴⁸.

Les gras trans de l'alimentation industrielle et, dans une moindre mesure, les gras saturés (produits animaux) perturbent le processus naturel de régulation du cholestérol par le foie⁴⁹ (voir le cahier *L'alimentation*). Parce que très nocifs et pro-inflammatoires, les gras trans ont été règlementés au Danemark, qui a banni depuis 2003 les huiles industrielles contenant plus de 2 % de gras trans⁵⁰. La Suisse, la Californie et la Colombie-Britannique ont aussi adopté une réglementation. Le gouvernement fédéral canadien a été plus timide... imposant une limite de 4 % à 5 %, applicable seulement aux aliments emballés et étiquetés. Parce que non emballés, 75 % des croissants, beignets, muffins et autres viennoiseries vendus sur le marché échappent à la réglementation. Au cours de l'automne 2009, le gouvernement fédéral a bloqué un projet de règlement plus sévère afin de ne pas « ajouter un fardeau réglementaire » à l'industrie⁵¹.

Hypertension

On appelle tension artérielle la pression qui existe dans les vaisseaux sanguins lorsque le cœur pompe le sang. Elle est représentée par deux chiffres (par exemple 120/80). Si la tension est trop élevée (plus de 140/90), elle peut endommager le cœur et les vaisseaux sanguins. L'hypertension atteint toutes les artères et favorise l'athérosclérose. De plus, elle oblige le cœur à travailler plus fort, ce qui le fatigue plus vite. **C'est le principal facteur de risque d'AVC et d'insuffisance cardiaque.**

Contrairement à une idée longtemps véhiculée, l'hypertension n'est pas génétique, mais bien causée en grande partie par une alimentation industrielle et notre environnement. En ce qui concerne l'alimentation, on incrimine la salière. Oui, mais pour 10 % seulement du sel consommé. Et le sel contenu naturellement dans les aliments ne

vaut que pour 15 %. Doit-on alors pointer du doigt les repas au restaurant et le panier d'épicerie rempli de plats préparés? Oui, à 75 %. Les boissons gazeuses (liqueurs douces ou sodas)? Oh! que oui! **Ces boissons sucrées induisent directement l'obésité, le diabète et l'hypertension**⁵². Et la pollution? Bien sûr, puisque les «polluants atmosphériques entraînent une constriction du tonus artériel [l'artère se resserre et perd sa souplesse] et une élévation de la pression⁵³».

En raison de la sous-représentation persistante des femmes dans les études sur les maladies cardiovasculaires et sur l'hypertension, **les différences entre les sexes sont peu connues**. Des études récentes montrent que les femmes sont plus sensibles que les hommes aux effets néfastes de l'hypertension. Phénomène important, la prévalence de l'hypertension est aussi plus élevée chez les femmes, surtout après 50 ans⁵⁴. Notons qu'il est normal de voir sa pression artérielle augmenter avec l'âge.

Notez bien Attention, chez certaines personnes, l'utilisation de vasodilatateurs nasaux et la prise de contraceptifs, de cortisone en usage prolongé, de réglisse (*Glycyrrhiza glabra*) pendant plus de six semaines, ou d'angélique (*Angelica archangelica*) en usage prolongé pourraient favoriser l'apparition d'hypertension.

Diabète

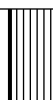
Diabète et maladies cardiovasculaires sont très étroitement associés. Maladie à prédominance féminine, le diabète est un état de santé très grave, dont les nombreuses répercussions doivent être prises au sérieux. En touchant les artères et les nerfs, le diabète peut entraîner des troubles de la vision, la cécité, une maladie cardiaque ou encore de l'insuffisance rénale.

Le diabète connaît une croissance exponentielle, et près de 90 % des diabètes de type II, apparus à l'âge adulte, sont imputables au surpoids. Ne pourrait-il pas être, aussi, en partie attribuable à la médicalisation croissante de la santé dont découle un recours accru à la médication pour toutes sortes de problèmes diagnostiqués? La question peut sembler étonnante, mais sachons que de nombreux médicaments prescrits et surprescrits entraînent une prise de poids et d'autres problèmes qui y sont reliés, comme l'hypertension et le diabète. Cet effet secondaire concerne plusieurs classes de médicaments : antidépresseurs, antipsychotiques et statines, notamment.

On considère que, si le taux de sucre sanguin se situe à plus de 7 millimoles/litre de sang, le diagnostic de diabète est établi, même en l'absence de tout symptôme. Si on abaisse le taux de sucre acceptable, à 6,1 mmol/l par exemple, on augmente le nombre de personnes considérées comme souffrant de diabète⁵⁵. Par ailleurs, on vend plus d'hypoglycémifiants, médicaments prescrits pour ramener le taux de sucre sanguin à la «normale».

Notez bien De controverses en contrindications, d'avertissements en menaces de retrait, l'hypoglycémifiant Avandia a souvent défrayé les manchettes médicales au cours de la décennie 2000-2010. Santé Canada a émis un avis en juillet 2010 concernant les effets cardiovasculaires des produits contenant de la rosiglitazone (Avandia, Avandanet et Avandaryl MC). La quasi-totalité des études conclut que la rosiglitazone (Avandia) augmente le risque d'infarctus du myocarde⁵⁶.

Le sucre sous diverses formes est ajouté partout, en quantité *industrielle*, et le gout pour cette saveur est généralisé dans le monde. Le sucre raffiné présent dans de nombreux produits transformés – tels les pains blancs, viennoiseries et biscuits, les plats préparés en tout genre, et tout particulièrement les boissons gazeuses – cause non seulement la carie dentaire et la gingivite, comme on peut s'y attendre, mais tout autant l'obésité, le



diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires⁵⁷. La consommation de pâtes blanches, gâteaux et céréales sucrées fait grimper le glucose sanguin, poussant le pancréas à sécréter de l'insuline. Chez les personnes peu actives physiquement, il se produit souvent un phénomène de résistance à l'insuline (voir la note h), ce qui engendre inflammation et athérosclérose⁵⁸. (Voir le cahier *L'alimentation*)

Fait étonnant à première vue, la pollution augmente l'incidence du diabète. Cela s'explique une fois de plus par le facteur inflammatoire : «les particules fines perturbent la sécrétion d'insuline par le pancréas. Elles induisent [une] résistance à l'insuline par inflammation systémique et stress oxydatif⁵⁹». La pollution fait également augmenter le taux de mortalité chez les personnes diabétiques, car elle décuple les effets néfastes du diabète sur les artères⁶⁰.

La triade «Ce que je suis» est intimement liée aux déterminants sociaux de la santé et, de façon générale, un faible statut socioéconomique est associé à une incidence plus élevée de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'hypertension.

► Deuxième triade. «Ce que je fais» : sédentarité, obésité, tabagisme

Grâce aux «biosenseurs» que nous avons présentés plus haut, nos vaisseaux sanguins sont organisés de manière à s'entretenir adéquatement, à la condition toutefois «d'avoir régulièrement une poussée de flot énergétique par l'activité physique, par le fait d'être bien nourris et de ne pas être agressés⁶¹». Voilà pour les conditions idéales. Toutefois, «ce que je fais» est-il réellement déterminé par moi? Est-on sédentaire, obèse et fumeuse par choix? Selon notre analyse, les conditions de vie, les mesures législatives ou réglementaires et les interventions^m (ou l'inaction) gouvernementales ont de graves répercussions négatives : sédentarité (et insuffisance d'activité physique), mauvaise alimentation et tabagisme, souvent qualifiés de «mauvaises habitudes». **«Ce que je fais» reflète aussi mes conditions de vie.**

L'incidence des maladies cardiovasculaires est plus élevée chez certaines populations minoritaires en raison notamment de leurs conditions de vie. Par exemple, les lesbiennes risquent davantage de développer des maladies cardiovasculaires que les hétérosexuelles. Cette différence n'est pas la conséquence d'une préférence sexuelle. Les lesbiennes⁶² vivent de la discrimination et connaissent plus souvent la pauvreté et l'isolement social, de même que des épisodes de dépression, une consommation élevée d'alcool, de tabac ou de drogues et davantage d'obésité, tous des facteurs d'inflammation et de maladies cardiovasculaires.

Les femmes handicapées, pour leur part, sont particulièrement exposées à la pauvreté et à l'isolement. Le manque d'accessibilité des environnements de travail ou des transports collectifs (pour celles en fauteuil roulant) les écarte souvent du marché du travail. De plus, il est estimé que plus des trois quarts⁶³ d'entre elles ont vécu de la violence et des agressions sexuelles. Elles ont vécu des traumatismes qui entraînent souvent des comportements de dépendance (par exemple, elles fument deux fois plus que les autres femmes), du stress, une faible estime de soi et une mauvaise santé mentale, encore des facteurs activant des processus inflammatoires silencieux et des maladies cardiovasculaires. Ajoutons qu'il est presque impossible de trouver des infrastructures

^m Citons la faiblesse des politiques en faveur du transport en commun ou les subventions accordées à l'industrialisation massive du secteur agroalimentaire.

sportives adaptées pour les personnes en situation de handicap, ce qui limite leurs possibilités de développer des stratégies de prévention⁶⁴.

Sédentarité

Notre corps est fait pour bouger. Or, jamais la population nord-américaine n'a été aussi sédentaire. La sédentarité augmente le nombre de cellules graisseuses et diminue le nombre des cellules musculaires, celles-là mêmes qui sont utiles pour brûler les graisses. De plus, on sait de source sûre que l'inactivité est une cause majeure d'embonpoint et d'obésité, liés au diabète de type II et aux maladies cardiovasculaires⁶⁵.

De récentes études⁶⁶ vont plus loin : indépendamment de l'activité physique, le seul fait de demeurer en **position assise** pendant 6 heures ou plus au cours de la journée aurait des effets néfastes sur la santé, en particulier sur la santé cardiovasculaire et en particulier chez les femmes. La position assise devrait donc être considérée comme un facteur de risque en soi.

Dans notre société, il est plus facile d'être sédentaire qu'active. L'aménagement du territoire est conçu pour l'automobile, non pour la marche et le vélo. Nous sommes nombreuses à travailler assises et à nous reposer le soir devant la télévision. Heureusement, des initiatives telles que le Défi 5/30 (5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique par jour, recommandations vraiment minimales) contribuent à un changement de culture.

Obésité

Les complications de l'obésité sont majeures : gras et sucre dans le sang, hypertension et surtout diabète, «le pire grugeur d'artères⁶⁷». Surpoids et obésité entraînent beaucoup d'inflammation dans l'organisme parce que les cellules adipeuses (le gras du corps) produisent des protéines pro-inflammatoires. De plus, le cœur d'une personne obèse finit par s'épuiser, car il doit pomper davantage de sang pour assurer l'irrigation du cerveau, ce qui peut provoquer une insuffisance cardiaque. Fait à signaler, plus une personne est obèse, plus les tests, les examens et les diagnostics, plus les interventions, des plus bénignes à la chirurgie cardiaque, sont complexes.

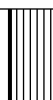
Il est tout à fait possible d'être en bonne forme physique malgré un surplus de poids. De plus, il est reconnu que ce ne sont pas les rondeurs sur les membres qui favorisent les maladies cardiovasculaires, mais surtout le gras abdominal, là où se concentrent les cellules inflammatoires⁶⁸.

Un mythe bien entretenu perdure : il est normal de prendre du poids en vieillissant. Ce n'est pas vrai! Normalement, on devrait perdre du poids en vieillissant, car la masse musculaire diminue, de même que la masse des os (perte de calcium normale, ostéoporose).

Notez bien «À partir de 20 ans, prendre imperceptiblement un kilo par an amène un excès de 30 kilos à cinquante ans. L'obésité n'est pas une question d'âge, c'est une question de temps⁶⁹.»

Bien que «normalement», on s'attende à une perte de poids avec l'âge, la population nord-américaine est de plus en plus obèse. Les causes de ce phénomène, comme celles de l'augmentation du diabète, sont multiples.

Nous avons déjà évoqué la médication de la population, d'ailleurs plus souvent féminine, qui favorise la prise de poids et le diabète. Plus globalement, c'est tout ce que nous ingérons sans nous en rendre compte qui peut mener au surpoids, en raison de l'industrialisation de l'alimentation : le sirop industriel glucose-fructose, base des boissons gazeuses et des colas, qui se retrouve presque partout; les gras trans et les huiles partiellement hydrogénées; l'excès de sucre dans les aliments préparés; les hormones de croissance et les



antibiotiques utilisés pour l'élevage au Canada et aux États-Unis (interdits en Europe). Le problème n'est donc pas seulement la quantité d'aliments consommés mais aussi leur qualité.

Tabagisme

Pour les femmes, une consommation moyenne de tabac multiplie par 1,7 le risque d'infarctus et une consommation élevée le multiplie par 4⁷⁰; ainsi, les 2/3 des infarctus précoces se produisent chez les fumeuses⁷¹. Le tabagisme est une cause importante de mort subite chez les femmes⁷².

Pour les mêmes raisons, le tabagisme primaire et secondaire et la pollution atmosphérique tuent. C'est un fait établi, fumer est plus dangereux pour les femmes que pour les hommes⁷³.

Notez bien Nous vous rappelons que le tabagisme multiplie les risques cardiovasculaires et cérébrovasculaires chez les fumeuses de 35 ans et plus qui prennent des contraceptifs hormonaux.

► Troisième triade. «Où je suis» : environnement, alimentation, urbanisme

Vivre dans un pays riche ou pauvre, où l'on règle ce qui peut être bu, respiré et mangé ou pas... Vivre en milieu urbain, pollué, ou près d'un parc planté d'arbres, ou encore à la campagne... proche ou loin des services... Aller à vélo ou à pied à son travail ou passer des heures dans la circulation... habiter près d'un marché public ou d'un dépanneur... Le lieu où l'on vit influe de nombreuses manières sur la santé.

«Où je suis» peut assurer l'accès à des soins et à des services spécialisés qui sauvent la vie. Paradoxalement, l'accès aux services expose aussi à des **risques iatrogènes**, c'est-à-dire causés par les traitements mêmes. Une analyse du General Accounting Office des États-Unis, l'équivalent du Vérificateur général du Canada, révèle que sur les 10 médicaments analysés retirés du marché entre 1997 et 2000, 8 présentaient de plus grands risques pour la santé des femmes, et 6 de ces 8 médicaments causaient des problèmes cardiaques spécifiquement chez les femmes⁷⁴.

Plusieurs médicaments d'ordonnance sont reconnus pour leurs effets nocifs sur le cœur : anti-inflammatoiresⁿ, décongestionnants, somnifères et anxiolytiques⁷⁵, antidépresseurs prescrits aux femmes ménopausées⁷⁶, contraceptifs, traitement hormonal prescrit à la ménopause ou lors d'une transition de sexe, chimiothérapie, etc.

Environnement

Résumons nos propos sur l'action à la fois directe et indirecte de la pollution sur le système cardiovasculaire. Les polluants intoxiquent directement les artères, y causent inflammation et stress oxydatif, ce qui conduit à leur calcification et à l'athérosclérose. Les polluants contribuent à l'hypertension, au diabète et au syndrome métabolique. Ils causent aussi des arythmies, des insuffisances cardiaques, des thromboses, des infarctus, des morts subites et des AVC⁷⁷.

Le quart des maladies cardiovasculaires est attribuable à la pollution environnementale. Cette pollution est le plus grand déclencheur d'accidents cardiaques puisqu'elle serait responsable de 5 % à 7 % de ceux-ci⁷⁸. Une étude auprès de femmes postménopausées dans 36 villes américaines confirme qu'il y a un lien indéniable entre la

ⁿ Citons les tristement célèbres Vioxx et Celebrex qui ont causé des milliers de morts par arrêt cardiaque.

poussière fine et l'apparition d'athérosclérose et de maladies du cœur, à un point tel que pour chaque augmentation de 10 microgrammes par mètre cube de pollution, le risque d'un accident cardiovasculaire augmente de 24 % et le risque de mortalité cardiaque de 76 %⁷⁹.

Les données semblent concordantes : l'industrialisation et la pollution qu'elle engendre sont un facteur important en ce qui a trait à l'explosion des maladies cardiovasculaires au XX^e siècle en Occident et à celle qui frappe actuellement des pays comme la Chine. Selon le D^r Reeves, «une part significative de la crasse des artères [...] serait due à la pollution atmosphérique⁸⁰». En fait, la progression des maladies cardiovasculaires, historiquement et géographiquement, suit le taux de pollution qui accompagne un certain mode de vie et une certaine alimentation.

Alimentation

Le problème de l'alimentation industrielle et transformée a déjà été évoqué. Précisons que celle-ci est acidifiante pour l'organisme, mène au stress oxydatif et nourrit l'inflammation silencieuse (voir le cahier *L'alimentation*). Nous devons prendre conscience que ce que l'on ingère a un impact réel sur la santé.

Certaines composantes majeures des aliments transformés, notamment en restauration rapide (*fast food*), entraînent excès de poids, hypertension et diabète, ce qui conduit tout droit aux maladies cardiovasculaires. Selon le D^r Reeves, leurs effets nocifs sont d'ores et déjà reconnus. Sont aussi nocifs les gras trans et le sirop fructose-glucose cités plus haut, l'acide phosphorique (dans les boissons gazeuses), les graisses des mammifères (dans les viandes rouges) et le sel en excès. De sérieux doutes pèsent également sur l'aspartame, les colorants alimentaires et les OGM (organismes génétiquement modifiés)⁸¹.

Des molécules indésirables sont également présentes dans les emballages alimentaires. Par exemple, les bisphénols A, présents notamment dans les plastiques de ces emballages, ont des effets perturbateurs du système hormonal et sont maintenant associés au diabète et à un risque accru de maladies cardiovasculaires⁸².

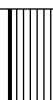
En remontant un peu le cours de l'histoire des «mauvaises habitudes alimentaires» dans nos sociétés, nous trouvons non seulement une culture généralisée de la rapidité et du profit, mais également les politiques canadiennes de dérèglementation du début des années 1980 et des années 2000 à 2010, qui tardent à prendre acte des résultats probants des recherches scientifiques et à agir pour protéger la population.

Urbanisme

L'influence de l'aménagement du territoire sur la santé est insoupçonnée du grand public. Des géographes et des urbanistes étudient les environnements obésogènes, les îlots de chaleur urbains⁸³, les milieux minéralisés et pollués et, à l'inverse, les milieux proactifs et cardioprotecteurs. Pour la santé du cœur, il vaut mieux être riche et habiter un environnement vert qu'être pauvre dans un milieu pollué.

La mauvaise nouvelle, en ce temps de réchauffement climatique, c'est que la chaleur accroît la toxicité des polluants; la bonne nouvelle, c'est qu'il suffit de planter un arbre pour que déjà l'air commence à s'assainir. On s'est aperçu qu'en milieu urbain, couper un arbre fait augmenter la température du sol, et couper un boisé favorise le développement d'un îlot de chaleur⁸³.

⁸⁰ Un îlot de chaleur urbain est une zone, un microclimat, où la température est sensiblement plus élevée en raison de la réduction des espaces verts (arbres, arbustes, etc.).



Notez bien Décidément, la nature préfère l'équilibre aux extrêmes. La chaleur rend la pollution encore plus nocive pour le cœur, mais notre muscle cardiaque, lui, déteste le froid. On note une augmentation des infarctus du myocarde dans les jours suivant des périodes de grand froid (sans disparité entre les sexes)⁸⁴.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES CHEZ LES FEMMES

On peut lire ce qui suit sur le site Web de la Fondation des maladies du cœur du Québec : «Nous n'avons tout simplement pas suffisamment de données sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes et sur les façons de les traiter. Par conséquent, il faut plus d'études pour développer et mettre en œuvre des traitements conçus pour les femmes». Étonnant, en 2012?

Le fait est connu partout dans le monde, les femmes rencontrent des obstacles liés à certains préjugés et à leurs conditions sociales, qui diminuent leur accès aux services de santé et nuisent à leur bon rétablissement après une crise cardiaque ou un AVC⁸⁵. Un site français rapporte que le risque de mourir d'une première attaque cardiaque est de 50 % pour une femme, contre 30 % pour un homme. Chez celles qui ont survécu, 38 % mourront dans l'année suivante, contre 25 % seulement des hommes⁸⁶.

L'étude ontarienne POWER Study (Project on Ontario Women's Health Evidence-Based Report) sur les soins prodigués aux hommes et aux femmes, parue en 2009, montre que ces iniquités diminuent mais n'ont pas encore disparu. Les femmes sont encore moins susceptibles d'être traitées en cardiologie, d'être orientées vers une angiographie après un infarctus et de passer des tests diagnostiques pour les maladies du cœur. Elles sont également plus susceptibles que les hommes d'être réadmisées à l'hôpital après y avoir séjourné pour cause d'insuffisance cardiaque⁸⁷.

On attribue généralement cette regrettable situation à l'âge des femmes souffrant de maladies cardiovasculaires : plus âgées, elles sont plus fragiles devant la maladie. Mais l'âge n'est pas une explication «suffisante», insistent C. Sereni et D. Sereni⁸⁸. D'autres facteurs historiques et sociaux devraient être davantage pris en considération. En résumé, ce sont :

- le manque de connaissance des spécificités physiologiques et biochimiques des femmes;
- le manque d'études différenciées selon le sexe;
- la plus grande proportion de femmes que d'hommes vivant seules, manquant de support social et de moyens financiers;
- la tendance chez les femmes à ignorer les symptômes des maladies cardiovasculaires et les signes annonciateurs d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC), ce qui retarde leur prise en charge ou l'adoption de mesures préventives;
- la planification de la recherche médicale, surtout déterminée par les possibilités de profits, ce qui explique par exemple l'importance accordée au cholestérol et aux statines⁸⁹ (voir les fiches *La médicalisation croissante* et *L'ostéoporose*).

La fausse piste des statines

La prescription de statines repose sur l'idée qu'un taux élevé de mauvais cholestérol est lié à une augmentation des maladies cardiovasculaires. Cette hypothèse ne vaut pas pour les femmes ou pour les personnes âgées, mais plutôt pour les hommes jeunes et d'âge moyen, comme l'a démontré l'étude de Framingham, ou encore pour les personnes atteintes d'une maladie génétique rare provoquant des crises cardiaques prématurées.

Au début des années 2000, les statines ont été adoptées comme des médicaments miracles. En 2009, au Canada, près de 32 millions d'ordonnances ont été exécutées pour ce type de médicaments, contre 20 millions seulement en 2005⁹⁰. En 2009, le Lipitor et le Crestor ont ainsi coûté 336 millions de dollars à la RAMQ⁹¹.

Les statines présentent-elles des avantages?

Selon une étude *Cochrane*^p, « [...] En prévention primaire, les statines n'ont pas d'effets bénéfiques prouvés sur la santé; utilisées dans ce contexte, il ne s'agit donc pas d'un bon usage des ressources financières⁹² ». Et selon des études récentes, même les personnes dont le risque de maladies cardiovasculaires est élevé n'en retirent pas de bénéfice⁹³.

Quant aux femmes plus spécifiquement, des études indiquent qu'elles n'en tirent pas d'avantages non plus⁹⁴. Nous avons d'ailleurs relevé le rôle secondaire du cholestérol dans la santé cardiovasculaire des femmes. Selon d'autres auteurs, **un cholestérol élevé n'est pas considéré comme une indication de maladie cardiovasculaire chez les femmes de plus de 50 ans**⁹⁵. Pour les femmes déjà atteintes (prévention secondaire), les résultats ne sont pas très convaincants non plus, car on ne constate pas de diminution de la mortalité totale⁹⁶. En outre, de nombreux effets secondaires possibles des statines ont été relevés :

- douleurs musculaires⁹⁷
- anxiété, dépression et sautes d'humeur, irritabilité, problèmes de sommeil⁹⁸
- augmentation du risque d'apparition du diabète de type II⁹⁹
- pneumopathie interstitielle¹⁰⁰ (inflammation du tissu, entre les alvéoles du poumon)
- cataractes, dysfonction du foie, myopathie, insuffisance rénale modérée ou grave¹⁰¹
- troubles de la mémoire, mort violente, suicide¹⁰²
- arthrose de la hanche chez les femmes âgées¹⁰³
- impacts graves sur le système nerveux du fœtus si le médicament est pris pendant les premiers mois de grossesse¹⁰⁴, fausses couches, malformations¹⁰⁵
- augmentation des cancers du sein¹⁰⁶, de la maladie de Parkinson¹⁰⁷

Pour toutes ces raisons, il semble que les statines ne devraient pas être prescrites massivement, mais plutôt être réservées à certaines personnes et dans certaines situations.

Notez bien Une stratégie alliant l'exercice, une saine alimentation et la désaccoutumance au tabac devance de loin la réduction du cholestérol dans la protection des femmes contre les maladies du cœur et les AVC. De multiples études montrent que les statines nuisent à l'exercice lorsqu'elles provoquent des douleurs musculaires¹⁰⁸.

^p *The Cochrane Collaboration* est une organisation internationale indépendante à but non lucratif, subventionnée par diverses sources dont les gouvernements, les universités, les hôpitaux, les organismes de bienfaisance et les dons privés. Comme elle n'accepte aucune subvention commerciale ou susceptible de créer un conflit d'intérêts, elle produit une information libre et sans contraintes commerciales ou financières qui fait autorité. <http://www.cochrane.org/about-us/>. (Consulté le 20 septembre 2011.)

Passer à l'action



L'approche globale et féministe de la santé vise l'adoption de politiques de promotion de la santé tenant compte des déterminants sociaux de la santé, et la mise en application d'une médecine intégrée et préventive. La médecine intégrée reconnaît les capacités d'autoguérison du corps et le principe de santé globale, elle accepte à la fois les traitements biomédicaux, lorsque requis, et les traitements dits «alternatifs» lorsque leur innocuité et leur efficacité ont été reconnues¹⁰⁹.

FAIRE LE POINT

À la ménopause, il est temps de prendre un moment pour faire faire un bilan de santé et en discuter lors de son examen médical annuel. Un portrait global de sa santé peut permettre d'éviter de s'alarmer sur la base d'un seul taux anormal. C'est la personne qui doit être traitée (si nécessaire), et non le facteur de risque. Il faut donc exiger d'être considérée comme une personne, non comme une série de données chiffrées à surveiller. Les recommandations ci-dessous reflètent le point de vue de trois médecins (dont un cardiologue) interrogés par Passeport-santé et concordent avec celles des études récentes.

Établir

une fois par année, la **tension artérielle*** (ne devrait pas s'élever à plus de 140/90),

une fois par année, à partir de 40 ans, la **glycémie**, un indicateur du risque de développer un diabète de type II,

une fois tous les 5 ans, un **bilan lipidique** (cholestérols HDL et LDL, triglycérides).

Notez bien Rappelons-nous que le bilan lipidique n'est pas le meilleur indicateur, du moins il ne doit pas être le seul. Selon B. Sears, ni le HDL ni le LDL ne sont des marqueurs efficaces¹¹⁰.


D'autres tests, par exemple sur les doses d'homocystéine, de protéine C-réactive et de fibrinogène contenues dans le sang peuvent aussi être proposés. Ils sont coûteux, difficiles à interpréter, peu éprouvés et ouvrent la porte à la médicalisation de facteurs de risque.

*Il est important de noter qu'un **diagnostic d'hypertension doit être basé sur plusieurs mesures**, à des moments différents. Un antihypertenseur est alors prescrit. Il est reconnu que ce traitement réduit l'incidence des AVC chez les femmes âgées¹¹¹. **Il est très important de ne pas laisser une hypertension sans traitement.**

Même si les antihypertenseurs ont peu d'effets indésirables, ils peuvent avoir des effets secondaires. Si cela se produit, il faut prendre un rendez-vous médical pour en discuter. Il existe plusieurs classes de médicaments et il importe de trouver le traitement qui convient le mieux. De plus, ce n'est pas un traitement à vie! Parfois, des changements dans son mode de vie font diminuer la tension artérielle, ce qui peut mener à une diminution de la dose, voire à l'arrêt de la prise d'un médicament.

Dans le cas d'une hypertension légère, y a-t-il toujours lieu de prendre un médicament, particulièrement en l'absence de tout autre facteur de risque (obésité, diabète)? L'activité physique quotidienne et une alimentation appropriée peuvent-elles suffire dans certains cas? La question mériterait d'être discutée.

Les femmes souffrant d'hypertension se rendent rarement compte de la situation. Il est donc important de prendre sa pression régulièrement. Le mieux est de la prendre soi-même chez soi, avec son propre tensiomètre. Il est aussi possible de le faire soi-même à la pharmacie. En cas de malaise, avoir déjà vérifié ses signes vitaux (tension, pouls) est utile pour orienter le traitement, à l'arrivée à l'hôpital.

 **Que penser de l'aspirine?** L'aspirine (acide acétylsalicylique) est encore conseillée aux personnes qui souffrent d'angine ou qui ont déjà fait un infarctus. Toutefois, depuis juillet 2011, la Société canadienne de cardiologie ne la recommande plus en prévention, car elle peut provoquer des saignements digestifs et elle augmente le risque d'hémorragie cérébrale (type grave d'AVC). Il vaut donc mieux éviter l'automédication.

Notez bien Les bleuets, les cerises, les dattes, les framboises, les pruneaux, les raisins de Corinthe et le paprika sont de bonnes sources d'acide acétylsalicylique¹¹².

PRENDRE SOIN DE SOI

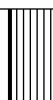
Au mitan de la vie, de nombreuses femmes se rendent compte qu'au fil des années elles ont beaucoup pris soin des autres – et elles le font en général encore, parfois même plus qu'auparavant – et qu'elles se sont réservé peu de temps pour elles-mêmes. Il n'est jamais trop tard pour prendre conscience du chemin parcouru et pour commencer à penser un peu à soi.

Les mesures ci-dessous sont très efficaces, souvent plus que les médicaments. Toutefois, elles demandent un véritable suivi et une prise en compte de la personne dans toute sa spécificité, avec son environnement, son contexte de vie et sa culture. Les deux premières recommandations sont reconnues comme pouvant aider à augmenter la variabilité cardiaque¹¹³. Toutes visent à diminuer l'inflammation silencieuse, à prévenir les maladies cardiovasculaires et à améliorer la santé globale.

Faire de l'exercice quotidiennement

«L'activité physique est le plus puissant moyen de prévention et un traitement efficace de la maladie cardiaque¹¹⁴.» Grâce aux mitochondries, aux biosenseurs et aux collatérales, elle permet la mise en branle de processus puissants d'autoguérison de l'organisme, corps et esprit.

L'activité physique fait référence à toute activité qui entraîne une dépense d'énergie due à des contractions musculaires volontaires. Cela peut inclure une séance au gym, mais aussi un ménage énergique ou une bonne promenade dans le parc. Comme en toute chose, il faut chercher l'équilibre et éviter le surentrainement, qui peut causer de l'inflammation (voir le cahier *L'activité physique*).



L'exercice contribue à faire baisser le taux de glucose sanguin, le taux de lipides sanguins ainsi que la tension artérielle – les trois ennemis silencieux. De plus, il est notamment reconnu que bouger :

- accroît la concentration d'oxygène dans l'organisme;
- fait perdre du poids;
- atténue le stress;
- renforce le cœur, les muscles et les os;
- améliore la circulation sanguine;
- tonifie les muscles;
- permet la sécrétion d'endorphines.

Apprendre à diminuer son stress pour moins se fatiguer et mieux dormir

Se réserver du temps, juste pour soi. Chaque soir, se garder un moment pour évacuer les tensions accumulées. Éviter de penser à des sujets stressants dans la soirée ou avant d'aller dormir. Rien de mieux que l'activité physique, les loisirs, les rencontres amicales pour se détendre. Pour mieux vivre le stress quotidien, chercher des solutions afin de réagir positivement à certaines situations, par exemple, réorganiser son horaire (voir la fiche *Le stress*).

Pour la santé du cœur, il est également important de **dormir**, quitte à reporter certaines tâches au lendemain! En effet, la qualité et la quantité du sommeil influent sur l'inflammation¹¹⁵. (Voir la fiche *Le sommeil et la fatigue*)

Notez bien Plusieurs études indiquent que la pratique régulière du **yoga** contribue à prévenir les maladies cardiovasculaires ainsi que leur récurrence. Le yoga peut contribuer à atténuer le gain de poids associé à l'âge, à faire baisser le taux de cholestérol et à améliorer le contrôle de la tension artérielle¹¹⁶.

L'exercice qui suit, effectué quotidiennement ou même plusieurs fois par jour, aide à accroître la **cohérence cardiaque** et, par le fait même, la variabilité cardiaque (voir plus haut la section «Le cœur en santé»).

- 1- Tourner son attention vers l'intérieur de soi, mettre ses préoccupations et le flot de ses pensées de côté; prendre des respirations lentes et profondes, en se concentrant sur cette seule action.
- 2- Après 10 ou 12 respirations, porter son attention sur la région du cœur, visualiser et sentir sa respiration comme si elle passait *à travers* le cœur; imaginer que l'inspiration apporte au cœur tout l'oxygène dont il a besoin et que l'expiration fait ressortir tous les déchets ; avec douceur, le cœur se nettoie, s'apaise.
- 3- Prendre conscience de la sensation de chaleur ou d'expansion qui se développe dans la poitrine, l'accompagner avec la pensée et le souffle; ressentir bienveillance, reconnaissance et gratitude¹¹⁷.

Plus souvent on effectue cet exercice, plus il devient facile d'entrer en cohérence cardiaque. Au cours de sa journée, le fait d'interrompre momentanément le flux de ses activités, pour tout simplement évoquer une émotion positive ou un beau souvenir, aide aussi la variabilité cardiaque.

Manger équilibré

Le message largement répandu à propos de l'alimentation et des maladies cardiovasculaires est qu'il faut consommer le moins de gras possible afin de faire baisser son cholestérol. Cependant, comme on l'a vu, ce n'est pas forcément le but à atteindre, et une stratégie santé basée uniquement sur la réduction de la consommation de gras n'est pas réellement équilibrée (voir le cahier *L'alimentation*).

Au Québec comme dans de nombreuses régions du monde, les produits alimentaires sont excessivement sucrés, ce qui surcharge le foie et favorise l'hypertension, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer et les maladies cardiovasculaires. Le sucre ajouté peut même faire baisser le taux de cholestérol HDL et augmenter le taux de cholestérol LDL. **Pour toutes ces raisons, l'utilisation du sucre dans les produits alimentaires devrait faire l'objet d'une réglementation plus sévère** (voir le cahier *L'Alimentation*).

Notez bien L'adoption d'un régime alimentaire particulier peut être aussi efficace que la prise de médicaments. Par exemple, le régime DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), qui est faible en gras et en sodium et riche en fruits, légumes et produits laitiers faibles en gras, permet de réduire la tension artérielle aussi bien qu'un médicament prescrit contre la tension artérielle, et ce, **sans risque d'effets secondaires**¹¹⁸.

► Manger les aliments les moins toxiques possible

Pendant 20 ans, aux États-Unis, une expérimentation approfondie des effets positifs d'une **alimentation végétarienne** sur la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires a amené le Dr C. B. Esselstyn à établir des liens étroits entre les maladies cardiovasculaires et l'alimentation industrielle nord-américaine, riche en produits animaux. De plus, soutient-il, cette approche basée sur l'alimentation est à la fois peu coûteuse et sans danger, contrairement aux procédures chirurgicales dont l'efficacité n'est que temporaire et qui comportent des risques de mortalité de 1 % à 2,5 %, en plus des risques de complications et des coûts élevés¹¹⁹.

Ces travaux s'accordent avec ceux du Dr Seignolet, rapportés par Jacqueline Lagacé dans son livre¹²⁰. Chez plusieurs personnes, des aliments de consommation courante — comme le lait de vache et le blé, les glycotoxines que provoque la cuisson à température élevée, les pesticides et les multiples produits chimiques contenus dans les aliments transformés — provoquent inflammation et maladies chroniques (voir le cahier *L'alimentation*). L'alimentation «hypotoxique» du Dr Seignolet peut être difficile à adopter. Il n'est pas toujours nécessaire d'être aussi stricte pour améliorer sa santé cardiovasculaire par l'alimentation. En fait, quelques petits changements peuvent procurer de multiples bienfaits qui feront boule de neige.

Les Crétois, peuple insulaire de la Méditerranée reconnu pour sa bonne santé, n'ont pas fini de faire parler d'eux à cause de leur régime alimentaire, qui peut réduire l'inflammation et les effets du vieillissement. Notons qu'il s'agit d'une alimentation riche en fibres, reconnues comme étant favorables à la santé cardiaque des femmes.

Régime crétois ou régime méditerranéen

en abondance :

fruits* et légumes frais (légumes feuilles, en particulier, à tous les repas)
ail, oignon, épices et aromates (romarin, thym et origan)
céréales non raffinées et complètes**

consommation quotidienne :

légumes secs (légumineuses) : haricots, fèves, pois (chiches et autres), lentilles
fruits à coque (amandes, noix, noisettes, etc.), fruits séchés (raisins de Corinthe, figes, abricots, etc.)
yogourts et fromages (et produits laitiers sous leur forme fermentée)
vin rouge (modérément)
huile d'olive (comme corps gras) et jus de citron

plusieurs fois par semaine :

poisson

quelques fois par semaine :

poulet et œufs, aliments sucrés

quelques fois par mois :

viande rouge

* Noter que les flavonoïdes présents dans la pomme, la poire et les agrumes réduisent le risque d'AVC.

** Noter que toutes les céréales ne conviennent pas à toutes les personnes, notamment le blé (voir le cahier *L'alimentation*).

De petites quantités de chocolat noir (plus de 79 % de cacao), les raisins secs et le jus de canneberge, reconnus pour leurs effets bénéfiques sur la tension artérielle, peuvent être intégrés agréablement au régime méditerranéen.

Notez bien À partir de la cinquantaine, il est important d'augmenter sa consommation d'antioxydants et de s'activer régulièrement, pour garder ses cellules en santé¹²² (voir les cahiers *L'alimentation* et *L'activité physique*).

Cesser de fumer

Selon des études épidémiologiques, les femmes deviennent plus rapidement dépendantes du tabac que les hommes, dès leurs premières cigarettes, et elles cessent moins souvent de fumer. De plus, leur dépendance n'est pas la même. Les hommes sont plus dépendants de la nicotine, tandis que chez les femmes, fumer serait davantage une compensation émotive. En conséquence, la lutte au tabagisme féminin devrait cibler une approche plus globale, avec du soutien psychologique, et non pas la prescription de timbres antitabagiques (*patches*) ou autres substituts de tabac. Il faudrait également tenir compte du fait que de nombreuses femmes craignent la prise de poids si elles cessent de fumer¹²³. Pour cesser de fumer, chercher de l'aide.

Quand on a cessé de fumer, le risque de maladies cardiaques est réduit de 50 % au bout d'un an et disparaît au bout de 15 ans¹²⁴. C'est encourageant!

Boire peu d'alcool

Il est admis qu'un verre de vin par jour est bénéfique pour la santé cardiovasculaire chez les femmes, mais tout excès est nocif pour le cœur. Les femmes n'absorbent pas l'alcool de la même manière que les hommes et ses effets nocifs (risques d'hypertension et d'infarctus) sont accrus à partir de la consommation de deux verres par jour¹²⁵.

Perdre du poids

Il importe de se rappeler que les rondeurs autour des membres, sur les fesses et les hanches ne sont pas inquiétantes. Ce qui nuit à la santé cardiovasculaire, c'est le gras abdominal. De plus, l'indice de masse corporelle (IMC) n'est pas fiable pour évaluer s'il faut perdre du poids. Lorsque son bilan médical et personnel indique qu'il est temps de perdre des kilos, il peut être utile de s'inspirer des suggestions qui suivent.

Autant que possible, éviter... les régimes amaigrissants (voir les cahiers *L'alimentation* et *L'activité physique*)

Manger plus de fruits et de légumes : ils ont un indice glycémique bas, en plus de fournir vitamines, minéraux et antioxydants essentiels

Diminuer un peu la grosseur de ses portions ou simplement moins manger au repas du soir

Cesser de prendre systématiquement un dessert à la fin de chaque repas : cela pourrait donner des résultats étonnants, à condition bien sûr de ne pas tricher entre les repas

S'abstenir de sauter des repas, pour ne pas déséquilibrer son métabolisme et pour éviter les fringales

Manger des protéines à chaque repas, mais en petite quantité (viande blanche, légumineuses), et manger moins de viandes rouges

Manger lentement, pour laisser le temps au corps de transmettre ses messages de satiété

Faire une marche après chaque repas, si c'est possible

Monter et descendre les escaliers plutôt que de prendre l'ascenseur

Éviter de se fixer des objectifs à court terme, appliquer son plan et ne plus trop penser au pèse-personne

...Être créative!

Perdre du poids n'est pas simple, encore moins aujourd'hui. On ne saurait résumer cette question à la recommandation de manger moins et de bouger plus. Le problème, qui a pris des dimensions épidémiques, est bien sûr devenu un réel enjeu de santé publique, mais il est d'abord et avant tout politique. Culpabiliser la population n'est pas la solution (voir le cahier *L'alimentation*).



SE FAIRE ACCOMPAGNER

Modifier ses habitudes de vie est réellement un investissement pour sa santé. Toutefois, pour être maintenus à long terme, les changements doivent être faits progressivement, et être source de plaisir et d'équilibre. Comment y parvenir?

Se faire accompagner par des amies ou participer à un club de marche ou à une cuisine collective peut aider à atteindre ses objectifs. Parfois, une éducation est nécessaire, ou bien un accompagnement professionnel. Soulignons qu'il existe des ressources tenant compte des spécificités et du contexte de vie des personnes pour la mise en place de modifications adaptées. Malheureusement, elles sont concentrées dans certaines villes seulement.

Parmi le personnel professionnel de la santé, l'idée que la prévention des maladies cardiovasculaires passe par des changements dans notre culture même et non par la médication fait son chemin. L'équipe d'Éducœur, qui a réalisé une étude sur la santé cardiovasculaire à l'Institut de recherche clinique de Montréal (IRCM) en est convaincue :

«Si l'on veut réellement que nos enfants et nos petits-enfants aient une espérance de vie aussi grande ou supérieure à la nôtre, il devient essentiel d'offrir des **programmes interdisciplinaires** avec suivis afin d'aider la population à, non seulement développer des saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et gestion de stress/motivation au changement), mais aussi à les maintenir dans le temps en leur enseignant concrètement comment faire. Et le «comment», c'est généralement le ou la spécialiste du changement de comportement (psychologue de la santé) qui est outillé pour aider l'équipe de santé ainsi que les patients et patientes à l'enseigner concrètement et efficacement¹²⁶.»

Si ces approches liées à la modification des habitudes de vie sont efficaces pour la prévention des maladies, elles le sont tout autant pour **le rétablissement après un accident cardiovasculaire**. En effet, l'intervention coronarienne percutanée et le pontage coronarien ne sont pas des solutions miracles. Pourtant, beaucoup de gens croient, à tort, que de telles interventions suffisent à les mettre hors de danger et leur permettent de reprendre leurs anciennes habitudes de vie.

Pour éviter que les patients et les patientes ne se retrouvent à l'urgence un an après une intervention chirurgicale, de plus en plus d'hôpitaux offrent des services externes en réadaptation, soutenus par des équipes multidisciplinaires : des kinésiothérapeutes (spécialistes en activité physique), des nutritionnistes, des cardiologues, etc.

Dans la ville de Québec, des personnes souffrant de MCV peuvent s'entraîner dans un cadre sécuritaire grâce aux programmes de l'hôpital Laval et de l'hôpital Saint-François-d'Assise, notamment. Ce dernier, situé dans un quartier défavorisé, offre ses services gratuitement, ce qui permet d'augmenter la survie et d'améliorer la qualité de vie de personnes démunies, ainsi que de diminuer les hospitalisations et les coûts¹²⁷.

À Montréal, le Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal (Centre Épic de l'ICM) et le programme Éducœur-en-route de la clinique externe de l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) offrent également des services de soutien. (Voir la section «Ressources, organismes, sites Web»).

LES PRODUITS ET SUPPLÉMENTS DE SANTÉ NATURELS

S'il n'existe pas de médicament miracle, sachons qu'il n'existe pas davantage de supplément miracle. Il faut d'abord modifier son mode de vie. Cependant, certains suppléments et produits de santé naturels peuvent donner un coup de pouce dans la prévention des maladies cardiovasculaires.

Les Omégas 3

Les gras polyinsaturés (Oméga 3 et Oméga 6) participent à une foule de processus importants : la constitution et l'intégrité des membranes cellulaires, le bon fonctionnement des systèmes cardiovasculaire, cérébral, hormonal, etc. Comme notre alimentation fournit habituellement suffisamment sinon trop d'Oméga 6 (huiles végétales, produits animaux), on peut chercher à augmenter sa consommation d'Oméga 3 en intégrant dans son alimentation du poisson gras, des graines de lin, de chanvre ou de chia, ou des noix de Grenoble, par exemple (voir le cahier *L'alimentation*).

Les recommandations

Personnes en bonne santé	au moins 500 mg d'AEP/ADH par jour : prendre un supplément d'huile de poisson ou manger 2 ou 3 repas de poisson gras par semaine, ou combiner les 2 apports
Personnes atteintes de MCV	de 800 mg à 1 000 mg d'AEP/ADH par jour : prendre un supplément d'huile de poisson ou manger du poisson gras tous les jours, ou combiner les 2 apports

Quantité de poisson fournissant environ 500 mg d'AEP et d'ADH

- 20 g de maquereau de l'Atlantique
- 25 g de saumon de l'Atlantique (élevage)
- 30 g de hareng de l'Atlantique ou du Pacifique
- 35 g de maquereau du Pacifique
- 30 g de saumon rose de conserve
- 40 g de saumon sockeye
- 50 g de sardine
- 50 g de truite arc-en-ciel (élevage)
- 65 g de thon blanc (ou germon) de conserve
- 100 g de crevettes

Les plantes anti-inflammatoires : l'ail, le curcuma, le fenugrec

► L'ail

L'ail est reconnu pour ses effets cardioprotecteurs¹²⁹. On recommande d'ailleurs souvent aux personnes à risque élevé ou souffrant d'une maladie cardiovasculaire de prendre quotidiennement de l'ail. Les recommandations de l'*American Heart Association* vont en ce sens.

Grâce au soufre et aux antioxydants qu'il contient, l'ail réduit les effets néfastes de la pollution et de la nicotine du tabac. Il abaisse légèrement les taux de cholestérol LDL et de triglycérides sanguins, de même que la tension artérielle; c'est pourquoi il pourrait permettre de réduire le dosage de certains médicaments. On peut intégrer un peu d'ail frais à ses salades. Toutefois, nous mettons en garde les personnes qui prennent des médicaments contre le diabète, car s'il est pris en supplément ou en grande quantité, il pourrait être nécessaire de revoir leur médication. Voir les restrictions ci-dessous.

Notez bien L'ail perd pratiquement toutes ses propriétés lorsqu'il est cuit.

► **Le curcuma** (*Curcuma longa* ou *C. domestica*)

Reconnu pour ses propriétés antioxydantes et anti-inflammatoires, le curcuma mérite d'être intégré à nos plats! Pour favoriser son absorption, il est recommandé de toujours le consommer avec du poivre noir. On peut sans crainte en absorber sous forme de supplément, sauf si on prend des anticoagulants, car il peut interagir avec ces médicaments (il fluidifie le sang). Comme l'ail, le curcuma pourrait aider à diminuer le dosage des médicaments contre le cholestérol, car il réduit la réabsorption intestinale du cholestérol et prévient l'oxydation des LDL¹³⁰.

► **Le fenugrec** (*Trigonella foenum graecum*)

Bien qu'apprécié surtout en Afrique du Nord et en Inde, le fenugrec, comme l'ail et le curcuma, est utilisé en cuisine. Les personnes qui raffolent du sucre sauront l'apprécier : le fenugrec aide à réduire les taux de sucre sanguin et de cholestérol après un repas. Il pourrait également réduire le taux de cholestérol total, LDL et triglycérides, et hausser les niveaux de HDL¹³¹.

Autres plantes médicinales

Bien que généralement moins toxiques ou moins iatrogènes, c'est-à-dire causant moins d'effets négatifs, les produits de santé naturels sont issus de plantes et composés de substances bioactives. Ils doivent donc être considérés comme des médicaments. Alors, il vaut mieux en **informer le personnel médical** (médecins, cardiologues, pharmaciens ou pharmaciennes) si on prend un produit de santé naturel, quel qu'il soit.

Si les médicaments contre l'hypertension provoquent des effets secondaires désagréables, l'aubépine peut être une alternative intéressante dont on peut discuter lors de son rendez-vous médical. Elle peut être combinée au gui (*Viscum album*) et à l'achillée millefeuille (*Achillea millefolium*), et peut également agir en synergie avec l'ail et le pissenlit. Si on élimine l'excès de sucre et les gras hydrogénés de son alimentation, les résultats pourraient être étonnants! L'aubépine est utilisée en Allemagne pour augmenter l'effet des médicaments contre l'hypertension¹³².

Le pissenlit (*Taraxacum officinalis*), notre mauvaise herbe préférée, parfois consommée en salade pour ses propriétés diurétiques, peut augmenter l'effet des médicaments hypoglycémiantes (cela signifie qu'il pourrait être nécessaire d'ajuster le dosage de ces médicaments)¹³³.

Les restrictions

Notez bien De nombreux médicaments de synthèse en vente libre sont à éviter (ou à prendre avec grande précaution) en cas de maladie cardiovasculaire. Aussi, bien lire les étiquettes et ne pas hésiter à s'informer au comptoir des prescriptions, à la pharmacie. En ce qui concerne les plantes et les produits de santé naturels aussi disponibles en vente libre, les tableaux ci-dessous présentent des listes non exhaustives de ce qu'il faudrait éviter de consommer selon les situations¹³⁴.

En cas de maladie cardiovasculaire

S'ABSTENIR de prendre

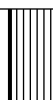
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- bouleau, feuilles (*Betula pendula*)
- cascara sagrada (*Rhamnus purshianus*)
- réglisse (*Glycyrrhiza glabra*)
- scofulaire (*Scophularia nodosa*)

Peuvent interagir avec des médicaments pour le cœur

- agripaume (*Leonorus cardiaca*)
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- millepertuis (*Hypericum perforatum*)
- racine de rhubarbe (*Rheum palmatum* ou *officinale*)
- scofulaire (*Scophularia nodosa*)

Peuvent interagir avec des médicaments qui fluidifient le sang (ex. l'aspirine, la warfarine)

- achillée millefeuille (*Achillea millefolium*)
- agripaume (*Leonorus cardiaca*)
- ail (*Allium sativum*)
- huile de graines de bourrache (*Borago officinalis*)
- curcuma (*Curcuma*)
- fenugrec (*Trigonella foenum graecum*)
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- grande camomille (*Tanacetum parthenium*)
- millepertuis (*Hypericum perforatum*)
- saule (écorce) (*Salix spp.*)
- trèfle rouge (*Trifolium pratense*)



En cas d'hypertension

S'ABSTENIR de prendre

- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- ginseng américain (*Panax quinquefolius*)
- ginsengs asiatiques (*Panax ginseng*)
- romarin (*Rosemarinus officinalis*) (on peut continuer de l'utiliser comme condiment, mais pas en dose thérapeutique)

Peuvent interagir avec des médicaments contre l'hypertension

- agripaume (*Leonorus cardiaca*)
- angélique (*Angelica archangelica*) en usage prolongé
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- ginseng américain (*Panax quinquefolius*)
- ginsengs asiatiques (*Panax ginseng*)
- hydraste (*Hydrastis canadensis*)
- réglisse (*Glycyrrhiza glabra*)

En cas de diabète

S'ABSTENIR de prendre

- gaillet (*Gallium verrum*)
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- guillaume (*Althae officinalis*)
- réglisse (*Glycyrrhiza glabra*)

Peuvent interagir avec des médicaments contre le diabète

- bardane (*Arctium lappa*)
- bleuet, feuilles et racines (*Vaccinum spp.*, *V. myrtillus*)
- chicorée (*Cichorium intybus*)
- gaillet (*Gallium verrum*)
- genévrier (*Juniperus communis*)
- ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- ginseng américain (*Panax quinquefolius*)
- ginsengs asiatiques (*Panax ginseng*)
- myrrhe (*Commiphora myrrha*)
- pissenlit (*Taraxacum officinalis*)

APPRENDRE À RECONNAITRE LES SYMPTÔMES D'UN ACCIDENT CARDIOVASCULAIRE ET À RÉAGIR EFFICACEMENT

En cas d'accident cardiovasculaire, le **temps** est le facteur le plus important. Plus tôt une personne sera prise en charge, meilleures seront ses chances de survie et de rétablissement. C'est pourquoi il est prioritaire de savoir reconnaître les symptômes d'un accident cardiovasculaire afin de le détecter rapidement, chez soi ou chez les autres, et de réagir adéquatement.

Symptômes de l'angine de poitrine et de la crise cardiaque

- Sensation de malaise pendant ou après une activité physique ou un stress émotionnel, ou bien lors de l'exposition à un froid ou une chaleur intenses
- Douleurs à la gorge, au cou, à la mâchoire, au dos ou aux bras, qui disparaissent après quelques minutes
- Malaise dans la poitrine
- Fatigue et essoufflement
- Difficultés respiratoires
- Nausées, vomissements
- Pertes de conscience et vertiges
- Sueurs froides
- Pâleur soudaine
- Anxiété inexplicable

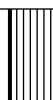
Symptômes d'un accident vasculaire cérébral

- Engourdissement du visage, du bras ou de la jambe, particulièrement d'un seul côté
- Confusion mentale, difficulté à parler ou à comprendre
- Difficulté à voir avec un œil ou avec les deux yeux
- Difficulté à marcher, vertiges, perte d'équilibre ou de coordination
- Mal de tête intense de cause inconnue
- Évanouissement ou perte de conscience
- Paralysie d'un côté du corps

Que faire si vous ressentez ces symptômes ou si vous les observez chez quelqu'un?

Composer le 911. Appeler une ambulance. Il existe des traitements qui permettent de dissoudre les caillots sanguins et de rétablir le flux sanguin vers le cœur, mais ils donnent les meilleurs résultats s'ils sont administrés moins d'une heure après la crise. Les personnes sujettes à des crises d'angine peuvent se voir prescrire par leur médecin un comprimé à laisser fondre sous la langue ou un aérosol destiné à atténuer le malaise.

Il est aussi possible de suivre **une formation en premiers soins** pour apprendre à pratiquer la réanimation cardiorespiratoire. Plusieurs organismes tels que la Croix Rouge offrent ce type de formation dans les régions du Québec.



Avis

Les renseignements fournis dans ce document ne constituent en aucun cas un diagnostic ou une recommandation de traitement. En cas de problème de santé, il est recommandé de consulter une ou un professionnel de la santé.

EN CONCLUSION

L'analyse des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires montre que les causes de ces maladies sont avant tout **sociales**. Pour les prévenir, il faut mettre en place des mesures qui favorisent l'accès à un environnement sain valorisant l'activité physique, à une alimentation saine et diversifiée, à un logement salubre, à la sécurité, à des conditions de travail respectueuses des droits et de la santé, et à des services médicaux. **Il nous faut modifier les contextes qui favorisent l'émergence des MCV.**

«L'activité physique est le plus puissant moyen de prévention et un traitement efficace de la maladie cardiaque¹³⁵.» Nous devons prendre ce fait en compte et agir. Il importe de changer, individuellement et collectivement, et de transformer nos villes et nos campagnes de manière à promouvoir l'activité physique. La création de parcs et d'espaces appropriés ou encore une configuration du territoire améliorant l'accès aux infrastructures sportives et favorisant le transport actif (zonage multifonctionnel, zones piétonnes, pistes cyclables) sont des solutions possibles et souhaitées. Par ailleurs, nous pourrions aussi repenser la conception des espaces intérieurs, par exemple en rendant les escaliers plus facilement accessibles et attrayants, en se rappelant toujours que plusieurs personnes ne peuvent les utiliser (poussette, fauteuil roulant, etc.).

Notez bien «Les interventions à l'échelle d'une population pour réduire les maladies cardio-vasculaires sont par exemple des stratégies complètes de lutte antitabac, des politiques de taxation des produits alimentaires riches en graisses, en sucre et en sel, des projets d'aménagement de chemins piétonniers et de pistes cyclables pour augmenter l'activité physique de la population et la fourniture de repas sains dans les écoles¹³⁶.»

Nous devons revendiquer un urbanisme favorable à la santé qui permet d'atténuer ou de supprimer la pollution atmosphérique et sonore, le stress, la solitude, l'exclusion et la malbouffe. L'argent ainsi économisé pourra servir à d'autres projets bénéfiques pour la santé et améliorer la qualité de vie des populations.

Mes réflexions personnelles



Ai-je pensé à mes «facteurs de santé» et à la manière dont je pourrais les développer?

Est-ce que je connais ce qui, chez moi, peut être considéré comme un facteur de risque de maladie cardiovasculaire (génétique, mode de vie, état de santé)?

Saurais-je reconnaître chez moi les symptômes d'un problème cardiovasculaire? M'est-il déjà arrivé d'avoir des doutes?

Si j'avais des doutes ou des inquiétudes face aux malaises ressentis, comment me sentirais-je d'avoir à demander une investigation plus poussée, et ce, le plus rapidement possible?

Recherche, analyse et rédaction : **Isabelle Mimeault**

Assistante de recherche : **Magaly Pirotte**

Outils : **Flore Dupoux**

Révision scientifique : **D^r Martin Juneau**, cardiologue et directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM)

Relecture : **Lydia Assayag, France Doyon, Lise Goulet et Véronique Lord**, RQASF

Lina Vaillancourt, membre individuelle

Chantal Barber, Réseau des femmes en environnement

Révision linguistique : **Maryse Dionne**

Infographie : ATTENTION design+, **Alain Roy**



Références



NOTES

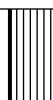
- 1 STATISTIQUE CANADA (2011). *Mortalité : liste sommaire des causes 2008*, Ottawa, Statistique Canada, [No 84F0209X au catalogue], p. 6.
- 2 Fondation des maladies du cœur, *Statistiques* [En ligne], [<http://www.fmcoeur.qc.ca/>] (Consulté le 5 décembre 2011).
- 3 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011). *Maladies cardiovasculaires : aide-mémoire*, Centre des médias, OMS, [En ligne], [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html>] (Consulté le 17 janvier 2012).
- 4 REEVES, F. (2007) *Prévenir l'infarctus ou y survivre*, Montréal, Éditions MultiMondes et Éditions du CHU Sainte-Justine, p. 73.
- 5 SEARS, B. (2006). *Le régime anti-inflammatoire: comment vaincre ce mal silencieux qui détruit votre santé*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, p. 14.
- 6 MIKKONEN, J. and D. RAPHAEL (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, p. 7 [notre traduction].
- 7 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 145.
- 8 DROUIN, J. (2009). *Vieillir en jeunesse! Comprendre et contrer les effets du vieillissement*, Québec, Les Éditions Le Dauphin Blanc Inc., p. 25-29; LEDOUX, A. (2006). *Vivez mieux, vivez plus vieux : guide pour une vie en santé*, Boucherville, Les Éditions de Mortagne, p. 292 296, 304 308; REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 71-72.
- 9 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 67.
- 10 SERVAN-SCHREIBER, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Éditions Robert Laffont, p. 50.
- 11 ODY, P. (2010). *La bible de la médecine chinoise*, Paris, Guy Trédaniel Éditeur, p. 22-23.
- 12 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 271.
- 13 CURTAY, J.-P. (2011). *Fibromyalgie : un programme global pour améliorer votre santé et renouer avec le bien-être*, Vergèze, Thierry Souccar Éditions, p. 149.
- 14 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 32.
- 15 ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007). *Prudence oblige : l'emploi des statines chez les femmes*, Action pour la protection de la santé des femmes, 43 p. [En ligne], [<http://www.whp-apsf.ca/pdf/statinsEvidenceCautionFR.pdf>]. (Consulté le 20 janvier 2012), p. 5.
- 16 NORTHRUP, C. (2010). *La sagesse de la ménopause : cultiver la santé physique et psychique durant cette période de changement*, traduction de la deuxième édition anglaise (2006) revue et mise à jour, Varennes, Éditions ADA, p. 673.
- 17 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 241.
- 18 CANTO, J. G. et al (2012). «Younger Women have Symptoms Other than Chest Pain and an Increased Risk of Dying After Attack», *JAMA*, Vol. 307, No. 8, p. 813 822.
- 19 VALLÉE, M. (2010). «L'hypertension chez la femme : un problème de santé publique majeur auquel il faut être sensibilisé», *Les actualités du cœur*, vol. 13, n° 2 (printemps), p. 5.
- 20 MATTHEWS, K.A. et al (2009). «Are Changes in Cardiovascular Disease Risk Factors in Midlife Women due to Chronological Aging or to Menopausal Transition?», *Journal of American College of Cardiology*, Vol. 54, No. 25, p. 2266-2273, [En ligne], [http://www.url.pitt.edu/articles/Matthews_2009_JACC.pdf]. (Consulté le 15 mars 2012).
- 21 *Cardiovascular Disease*, [En ligne]. [www.who.int/en]. (Consulté le 11 octobre 2011) [notre traduction].
- 22 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 99.

- 23 REEVES, F. (2011), *Planète Cœur : santé cardiaque et environnement*, Montréal, Éditions MultiMondes et Éditions du CHU Sainte-Justine, p. 9; SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 259.
- 24 MOSCA L, et al. (2011). "Effectiveness-based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update: A Guideline from the American Heart Association", *Circulation*, Vol. 123: p. 1243–1262.
- 25 CAZALE, L., P. LAPRISE, et V. NANHOU (2009). «Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales», *Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, n° 17, p. 3.
- 26 MARMOT, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York, Henry Holt & Co., 319 p.; WILKINSON, R. G. (2005). *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York, New Press, 255 p.
- 27 AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2011). *Rapport du directeur de santé publique 2011 : les inégalités sociales de santé à Montréal*, Québec, Direction de la santé publique, p. 5; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009). *Comblant le fossé en une génération*, Genève, Commission des déterminants sociaux de la santé, 246 p.
- 28 GRAVEL, P. (2009). «Les maladies inflammatoires accroissent le risque de maladies cardiovasculaires», 26 octobre, *Le Devoir*. [En ligne], [<http://www.ledevoir.com/>].
- 29 BIERMAN, A. S. et al. (2009). *Cardiovascular Disease*. In BIERMAN, A. S., Editor. *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1*, Toronto, p. 8.
- 30 KIVIMAKI, M., J. E. FERRIE et al (2005). «Justice at Work and Reduce Risk of Coronary Heart Disease among Employees», *Archives of Internal Medicine*, No. 165, p. 2245–2251.
- 31 «Le stress au travail augmenterait le risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes», [En ligne], [www.psychomedia.qc.ca]. (Consulté le 22 septembre 2011).
- 32 NORTHROP, C. (2010), *op. cit.*, p. 666-667.
- 33 Études citées par C. NORTHROP (2010), *op. cit.*, p. 675; IRIBARREN, C. et al (2000). «Association of Hostility with Coronary Artery Calcification in Young Adults: The CARDIA study», *JAMA*, Vol. 283, No. 19, p. 2546–2551; FRIEDMAN, M. and R. ROSEMAN (1974). *Type A Behavior and Your Heart*, New York, Alfred A. Knopf.
- 34 SERVAN-SCHREIBER, D. (2003). *op. cit.*, p. 60.
- 35 www.fmcoeur.com, (Consulté le 3 avril 2012).
- 36 SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 14.
- 37 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011), *op. cit.* (Consulté le 16 mars 2012). Voir également : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011). *Statistiques sanitaires mondiales*, Genève, OMS, p. 19, [En ligne], [http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2011_Full.pdf] (Consulté le 2 février 2012).
- 38 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 7.
- 39 YUSUF, S., S. HAWSEN et al (2004). *INTERHEART Study Investigators*, «Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): Case-control Study», *Lancet*, Vol. 364, No. 9438 (Sept. 11-17), p. 937-52.
- 40 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 130 et 134.
- 41 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 5.
- 42 *Ibid.*, p. 9.
- 43 ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*, p. 6-7.
- 44 SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 260.
- 45 SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 269.
- 46 BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE BWHBC (2006). *Our Bodies Ourselves: Menopause*, New York, Simon & Schuster, p. 253 [notre traduction].



- 47 TUIKKALA, P. *et al* (2010). «Serum Total Cholesterol Levels and All-cause Mortality in a Home-dwelling Elderly Population: A Six-year Follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 28, No. 2, p. 121-127; ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*, p.11.
- 48 CHAMPEAU, R. (2009). *Cardiac Risk Not Indicated by Cholesterol Levels in Most Heart Attack Patients*. [En ligne.], [http://newsroom.ucla.edu/portal/ucla/default.aspx]. (Consulté le 26 septembre 2011).
- 49 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 52.
- 50 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 55.
- 51 DAOUST-BOISVERT, A. (2012). «Ottawa aurait bloqué un règlement de réduction des gras trans», *Le Devoir*, 8 février, p. A2.
- 52 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 49, p. 41.
- 53 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 116.
- 54 VALLÉE, M. (2010), *op. cit.*, p 5.
- 55 BARR, R. G. *et al*. «Tests of Glycemia for the Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus», *Ann Intern Med*, No. 137, 262-272.
- 56 www.rqasf.qc.ca
- 57 LEDOUX, A. (2006), p. 299.
- 58 LAGACÉ, J. (2011). *Comment j'ai vaincu la douleur et l'inflammation chronique par l'alimentation*, Montréal, Fides, p. 203; LEDOUX, A. (2006), *op. cit.*, p. 300.
- 59 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 117.
- 60 *Ibid.*
- 61 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 7.
- 62 RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2003). *Pour le dire...rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 222 p.
- 63 La violence que vivent les femmes en situation de handicap est discutée dans notre récent rapport *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, (2011), Montréal, RQASF, p. 61.
- 64 MORROW, M. (2002). *Challenges of Change: Midlife, Menopause and Disability*, [En ligne.], [www.cwhn.ca]. (Consulté le 9 septembre 2011); STEINSTR, D. and E. GUCCIARDI (2002). *Ontario Women's Health Status Report*, Ontario Women's Health Council, Chapter 12 – Disabilities, 146 – 161.
- 65 SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 118.
- 66 Plusieurs articles y sont consacrés dans la revue *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 41, No. 2 (August 2011); voir les articles suivants : PATEL, A. V. *et al* (2010). «Leisure Time Spent Sitting in Relation to Total Mortality in a Prospective Cohort of US Adults», *American Journal of Epidemiology*, Vol. 172 (4), p. 419-429; YATES, T. *et al* (2012) «Self-Reported Sitting Time and Markers of Inflammation, Insulin Resistance, and Adiposity», *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 42, No. 1, p.1-7.
- 67 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 166.
- 68 CARTIER, A. et autres (2007). «Inflammation, résistance à l'insuline et obésité», *Les actualités du cœur*, vol. 10, n° 3 (printemps/été), p. 8-9; REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 168-169 et SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p. 119.
- 69 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 168.
- 70 *Les maladies cardiovasculaires au féminin*, [En ligne], [www.doctissimo.fr] (Consulté le 25 aout 2011).
- 71 LAMBERT-LAGACÉ, L. (2010), *op. cit.*, p. 80.
- 72 ALBERT, C. M., C. U. CHAE, F. GRODSTEIN et al (2003). «Prospective Study of Sudden Cardiac Death among Women in the United States», *Circulation*, Vol. 107, p. 2096-2101.

- 73 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). «Women: a special case?», In *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, Genève, OMS, p. 42-43, [En ligne], [http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/index.html] (Consulté le 1er février 2012).
- 74 HEINRICH, J. et al. *Drug safety: Most Drugs Withdrawn in Recent Years had Greater Health Risks for Women*. Letter 01-286R, IS Genral Accounting Office, [En ligne], [<http://www.gao.gov/new.items/d01286r.pdf>] (Consulté le 6 avril 2012).
- 75 KRIPKE, D. F. et al (2012). «Hypnotics' Association with Mortality or Cancer: A Matched Cohort Study», *BMJ Open*, Feb 28 doi: 10,1136/bmjopen-2012-000850.
- 76 PASCA, E. (2011), « Les antidépresseurs augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral. Effets secondaires confirmés par des études. », [En ligne], [<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr>] (Consulté le 7 septembre 2011).
- 77 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 110.
- 78 O'RIORDAN, M. (2011). «Traffic Exposure, Air Pollution Biggest Population-level Triggers for MI», [En ligne], [www.theheart.org] (Consulté le 11 septembre 2011).
- 79 ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*, p.7
- 80 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 87.
- 81 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 32-33.
- 82 MELZER, D. et al. (2012). «Urinary Bisphenol: A Concentration and Risk of Future Coronary Artery Disease in Apparently Healthy Men and Women», *Circulation*, Feb. 21.
- 83 REEVES, F. (2011), *op. cit.*, p. 10, p. 138-139.
- 84 BHASKARAN, K. (2010). «Short Term Effects of Temperature on Risk of Myocardial Infarction in England and Wales: Time Series Regression Analysis of the Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP) Registry», *BMJ*, No. 341, [En ligne], [<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3823.full>] (Consulté le 5 avril 2012).
- 85 SERENI, C. et D. SERENI (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris, Éditions Odile Jacob, p. 144-146.
- 86 *Les maladies cardiovasculaires au féminin*, [En ligne], [www.doctissimo.fr] (Consulté le 25 aout 2011).
- 87 BIERMAN, AS. et al (2009), *op. cit.*, p. 2.
- 88 SERENI, C. et D. SERENI (2002), p. 143.
- 89 AVORN, J. (2005). «Torcetrapib and Atorvastatin – Should Marketing Drive the Research Agenda?», *New England Journal of Medicine*, No. 352, p. 1450-1451.
- 90 CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2010). *Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*. Toronto, Conseil de la santé. [En ligne], [www.conseilcanadiendelasante.ca], p. 9.
- 91 GAZAILLE, J.-F. (2010), « L'envers des blockbusters », *Protégez-Vous*, mai 2010.
- 92 THERAPEUTIC INITIATIVE, (2010). *Do Statins have a Role in Primary Prevention? An update*. [En ligne], [<http://ti.ubc.ca/letter77>] (Consulté le 4 avril 2012) [notre traduction].
- 93 KAUSIK K. R. et al (2010). « Statins and All-Cause Mortality in High-Risk Primary Prevention. A Meta-analysis of 11 Randomized Controlled Trials Involving 65 229 Participants », *Archives of Internal Medicine*, Vol. 170, No. 12, p. 1024-1031.
- 94 ROSENBERG, H. et al (2010). «Statin Therapy in Women: Concerns and Caution», Letters to the Editor, *International Journal of Cardiology*, Vol. 144, No. 1 (Sept. 24), p. 145-147; ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*
- 95 ULMER, H. et al (2004). «Why Eve is no Adam: Prospective Follow-up in 149,650 Women and Men of Cholesterol and other Risk Factors Related to Cardiovascular and All-cause Mortality», *Journal of Women's Health*, Vol. 13, No. 1, p. 41-53.



- 96 ABRAMSON, J. and J. WRIGHT (2007). «Are Lipid-lowering Guidelines Evidence-based?», *The Lancet*, Vol. 369 (January 20), p. 168-169.
- 97 LASALLE, M. (2010), *Statines et cholestérol: des effets indésirables à surveiller de près*, [En ligne], [www.passeportsante.net] (Consulté le 6 avril 2012).
- 98 KAPLAN, A. (2010). *Statins, Cholesterol Depletion—and Mood Disorders: What's the Link?*. [En ligne], [www.psychiatrictimes.com] (Consulté le 30 septembre 2011).
- 99 DUFF, W. (2010). « Risk seen in Cholesterol Drug Use in Healthy People », 30 mars, *The New York Times*.
- 100 ADAMS, S. (2011). "Millions Taking Statins Needlessly", Jan 19, *Daily Telegraph*;
SCHUYLER, D. (2010). "Pinning Down the Side Effects of Statins", Aug 9, *Los Angeles Times*;
TREMBLAY, P. (2010). « Les statines et la pneumopathie interstitielle », Bulletin canadien des effets indésirables, vol. 20, n° 4, p. 1.
- 101 LASALLE, M. (2010), *op. cit.*
- 102 GOLOMB, B.-A. *et al* (2004). «Conceptual Foundations of the UCSD Statin Study: A Randomized Controlled Trial Assessing the Impact of Statins on Cognition, Behavior, and Biochemistry». *Archives of Internal Medicine*, Vol. 164, No. 2 (Jan 26), p. 153-162.
- 103 BEATTIE, M. S. *et al* (2005). «Association of Statin Use and Development and Progression of Hip Osteoarthritis in Elderly Women», *J Rheumatol*, Vol. 32, p. 106-110.
- 104 SAUL, S. (2005). « FDA Panel Votes Against Sale of Statin over the Counter », Jan 15, *New York Times*.
- 105 ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*, p.26-27.
- 106 ROSENBERG, H. et al. (2010), *op cit.*
- 107 HUANG, X. et al (2007). «Lower Low-density Lipoprotein Cholesterol Levels are Associated with Parkinson's Disease», *Movement Disorders*, No. 22, p. 377-381.
- 108 ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007), *op. cit.*, p. 21.
- 109 WEIL, A. (2011). *Spontaneous Happiness*, New York, Little, Brown and Company, p. 6.
- 110 SEARS, B. (2006), *op. cit.*, p.82.
- 111 SERENI, C. et D. SERENI, *op. cit.*, p. 151.
- 112 LEDOUX, A. (2006), *op. cit.*, p. 116.
- 113 WEIL, A. (2011), *op. cit.*, p. 7.
- 114 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 219 (en gras dans le texte).
- 115 WEIL, A. (2011), *op. cit.*, p. 114.
- 116 *Troubles Cardiaques* (2011) [En ligne], [www.passeportsante.net]. (Consulté le 3 septembre 2011).
- 117 SERVAN-SCHREIBER, D. (2003), *op. cit.*, p. 68-70.
- 118 BWHBC, (2006), *op.cit.*, p. 251.
- 119 ESSELSTYN, C. B. (2010). "Is the Present Therapy for Coronary Artery Disease the Radical Mastectomy of the Twenty-First Century?" *American Journal of Cardiology*, Vol. 106, No. 6, p. 902-904. [En ligne], [http://www.heartattackproof.com/Esselstyn_Caldwell_Article.pdf]. (Consulté le 30 novembre 2011).
- 120 LAGACÉ, J. (2011). *Comment j'ai vaincu la douleur chronique par l'alimentation*, Montréal, Fides, 278 p.
- 121 DE LORGERIL, M. (2008). *op cit.*, p. 227; *Méditerranéen* (section Nutrition/Régimes) [En ligne], [www.passeportsante.net]. (Consulté le 30 novembre 2011).
- 122 DROUIN, J. (2009), *op. cit.*, p. 57.
- 123 SERENI, C. et D. SERENI (2002), *op. cit.*, p. 81.

- 124 EDUCOEUR. *Écraser... Je peux y arriver!* [En ligne], [www.ircm.qc.ca/CLINIQUE/educoeur/Documents/61_tabac.pdf-] (Consulté le 19 septembre 2011).
- 125 SERENI, C. et D. SERENI (2002), *op. cit.*, p. 86-87.
- 126 GOYER, L. (2010). «Importance des suivis interdisciplinaires pour réduire le risque cardiovasculaire et améliorer les habitudes de vie à long terme de la population : le modèle ÉDUCŒUR», *Les actualités du cœur*, vol. 13, n° 3 (Automne), p. 5. [les caractères gras sont de nous]
- 127 PELCHAT, P. (2011). La réadaptation après un infarctus : «Mieux que des pilules», 14 juin, *Le Soleil*, [En ligne], [www.cyberpresse.ca] (Consulté le 30 novembre 2011).
- 128 *Troubles Cardiaques* (2011) [En ligne], [www.passeportsante.net] (Consulté le 3 septembre 2011).
- 129 O'REILLY, M. (2004). *Interactions, contre-indications et complémentarités, plantes-médicaments*, Lantier (Québec), L'Herbothèque Inc., p. 54-57.
- 130 O'REILLY, M. (2004), *op. cit.*, p. 118-119.
- 131 O'REILLY, M. (2004), *op. cit.*, p. 133.
- 132 O'REILLY, M. (2004), *op. cit.*, p. 67.
- 133 O'REILLY, M. (2004), *op. cit.*, p. 220.
- 134 Les tableaux ont été réalisés à partir de l'information disponible dans O'REILLY, M. (2004), *op. cit.*
- 135 REEVES, F. (2007), *op. cit.*, p. 219 (en gras dans le texte).
- 136 *Maladies cardio-vasculaires, aide-mémoire*. [En ligne.], [http://www.who.int/fr/]. (Consulté le 22 septembre 2011).

RESSOURCES, ORGANISMES, SITES WEB

Centre Épic, Centre de médecine préventive de l'Institut de cardiologie de Montréal

On peut s'y entraîner tout en obtenant un suivi médical ou y suivre des ateliers de gestion du stress. www.centrepic.org

Conseil québécois sur le poids et la santé

L'organisme vise notamment à promouvoir et proposer des stratégies d'action collectives pour le développement d'environnements facilitant l'adoption de modes de vie sains et le maintien d'un poids santé dans la population.

<http://www.cqps.qc.ca>

Éducœur-en-route

Conçue pour les groupes de médecine de famille (GMF), cette trousse contient un questionnaire d'évaluation des habitudes de vie des patients et des patientes, ainsi que 61 dépliants informatifs et éducatifs ciblant les comportements révélés dans les réponses au questionnaire et fournissant des pistes de solutions pratiques dans différents domaines de la santé cardiovasculaire. <http://www.ircm.qc.ca/CLINIQUE/educoeur/Pages/index.aspx?PFLG=1036&lan=1036>

Fondation des maladies du cœur du Québec

Ce site regorge d'information officielle, reconnue.

<http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKV0xFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>

Formations en premiers soins

<http://www.croixrouge.ca>

<http://www.secourisme.qc.ca/>

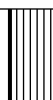
Organisation mondiale de la santé

The Atlas of Heart Disease and Stroke. Survol des facteurs de risque sur toute la planète.

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

Passeport-Santé

Ce site offre au grand public de l'information pratique, fiable et indépendante sur la prévention de la maladie, sans oublier les «approches complémentaires». <http://www.passeportsante.net/>



Protégez-Vous

Un organisme sans but lucratif autofinancé et entièrement indépendant dont la mission est d'aider les citoyens à se faire une opinion éclairée sur les biens, les services et les enjeux liés à la consommation.
<http://www.protegez-vous.ca/>

SUGGESTIONS DE LECTURES

DROUIN, J. (2009). *Vieillir en jeunesse! Comprendre et contrer les effets du vieillissement*, Québec, Les Éditions Le Dauphin Blanc Inc., 116 p.

LEDOUX, A. (2006). *Vivez mieux, vivez plus vieux : guide pour une vie en santé*, Boucherville, Les Éditions de Mortagne, 427 p.

REEVES, F. (2011). *Planète Cœur : santé cardiaque et environnement*, Montréal, Éditions MultiMondes et Éditions du CHU Sainte-Justine, 200 p.

ROSENBERG, H. et D. ALLARD (2007). *Prudence oblige : l'emploi des statines chez les femmes*, Action pour la protection de la santé des femmes, 43 p. [En ligne]. [www.whp-apsf.ca/pdf/statinsEvidenceCautionFR.pdf].

Maladies cardiovasculaires : je teste mes croyances

Une seule réponse par affirmation : Vrai ou Faux

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Le nombre d'incidents cardiovasculaires augmente après la ménopause. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Le traitement hormonal protège efficacement des maladies cardiovasculaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Le cholestérol est un poison et l'emploi de statines, un médicament utilisé pour en faire baisser le taux dans notre organisme, est une approche efficace et sans danger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Seuls les traitements médicaux déterminent notre santé cardiovasculaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) L'activité physique est très importante pour notre santé cardiovasculaire, elle permet de développer un cœur solide et d'oxygéner notre organisme de manière plus efficace. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Les facteurs émotionnels autant que physiques agissent sur la santé cardiaque. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Changer certaines de ses habitudes alimentaires, cesser de fumer et bouger davantage sont le meilleur investissement qu'il soit possible de faire pour améliorer sa santé cardiovasculaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses :

1) Le nombre d'incidents cardiovasculaires augmente après la ménopause : VRAI

Toutefois, c'est le vieillissement et non la ménopause qui cause l'augmentation des maladies cardiovasculaires chez les femmes. À noter que le rôle des estrogènes n'a pas encore été complètement élucidé.

2) Le traitement hormonal protège efficacement des maladies cardiovasculaires : FAUX

Le traitement hormonal (TH) en augmente plutôt le risque et s'accompagne également de risques accrus de cancer du sein. La prudence est de mise; on ne doit maintenant prescrire le TH qu'aux femmes expérimentant des manifestations ménopausiques graves ou modérées, et ce, à dose minimale et pour une durée de temps minimale (voir le cahier *Le traitement hormonal*).

3) Le cholestérol est un poison et l'emploi de statines, un médicament utilisé pour en faire baisser le taux dans notre organisme, est une approche efficace et sans danger : FAUX

Le cholestérol est essentiel à notre corps, notamment pour le fonctionnement des systèmes hormonaux et nerveux. Il joue un rôle secondaire dans la santé cardiovasculaire (surtout chez les femmes n'ayant jamais eu d'accidents cardiovasculaires). C'est l'inflammation, bien plus que le cholestérol, qui est déterminante et à cibler. Bien que les statines puissent être bénéfiques à certaines personnes, il n'est pas recommandé de prescrire ce médicament à grande échelle. D'autant plus que la prise de statines peut accentuer l'inflammation silencieuse à long terme et provoquer, chez certaines femmes, de graves effets secondaires tels que douleurs musculaires, augmentation du risque d'apparition du diabète de type II, pneumopathie interstitielle, troubles de la mémoire et bien d'autres (voir l'outil 3.4.2.b Déclarer un effet indésirable).

4) Seuls les traitements médicaux déterminent notre santé : FAUX

Les principaux facteurs déterminant la santé sont liés aux conditions de vie : revenu, situation d'emploi, statut socioéconomique, éducation, logement, environnement... Individuellement, on peut prévenir ou ralentir l'apparition de maladies cardiovasculaires par de petits gestes quotidiens. Par exemple, une alimentation riche en fruits et légumes, l'activité physique régulière peuvent faire toute la différence, surtout si on évite de s'exposer à la fumée de tabac (voir les cahiers *L'alimentation* et *L'activité physique*).

5) L'activité physique est très importante pour notre santé cardiovasculaire, elle permet de développer un cœur solide et d'oxygéner notre organisme de manière plus efficace : VRAI

Et elle présente bien d'autres avantages : par exemple, elle atténue le stress et l'anxiété, tonifie les muscles, renforce les os, aide à contrôler son poids (voir le cahier *L'activité physique*).

6) Les facteurs émotionnels autant que physiques agissent sur la santé cardiaque : VRAI

Les émotions négatives étouffées, telles que la colère, l'anxiété et la tristesse, peuvent contribuer à créer un état inflammatoire propice à l'apparition de nombreux problèmes de santé. Il en est de même pour les injustices et les tensions en situation d'emploi, notamment. De telles émotions influencent la variabilité cardiaque et peuvent nuire à la santé du cœur.

7) Changer certaines de ses habitudes alimentaires, cesser de fumer et bouger davantage sont le meilleur investissement qu'il soit possible de faire pour améliorer sa santé cardiovasculaire : VRAI

Adopter de saines habitudes de vie est très efficace pour prévenir et ralentir le développement des maladies cardiovasculaires. Le moindre petit changement peut avoir des impacts positifs... et en entraîner d'autres.

Maladies cardiovasculaires : je teste mes connaissances.

(Questions à choix multiples)

Un ou plusieurs choix de réponses par énoncé

1) Les maladies cardiovasculaires sont responsables de...

- a) 5,7 % des décès chez les femmes.
- b) 12,7 % des décès chez les femmes.
- c) 29,7 % des décès chez les femmes.

2) L'inflammation silencieuse...

- a) est invisible, indolore et inoffensive.
- b) est visible, douloureuse et nuisible.
- c) est invisible, indolore et nuisible.

3) Les antioxydants présents dans les fruits et légumes...

- a) génèrent des radicaux libres qui protègent nos cellules cardiaques.
- b) luttent contre les radicaux libres qui endommagent nos cellules cardiaques.

4) Une activité physique, modérée et régulière...

- a) génère des mitochondries qui aident nos muscles à produire de l'énergie, ce qui contribue au bon fonctionnement du cœur.
- b) provoque de l'hypertension.
- c) stimule le développement des collatérales qui obstruent les artères.
- d) stimule le développement des collatérales qui remplacent les artères obstruées.

5) L'alimentation ...

- a) peut contribuer à prévenir et réduire les troubles cardiovasculaires.
- b) peut contribuer à l'apparition des troubles cardiovasculaires.
- c) n'a que peu d'incidence sur les maladies cardiovasculaires, en ce qui concerne leur apparition ou leur prévention.

6) Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux qui favorisent l'apparition des troubles cardiovasculaires?

- a) Le tabagisme
- b) La sédentarité
- c) Le stress chronique
- d) L'inflammation silencieuse
- e) Une variabilité cardiaque élevée
- f) Toutes ces réponses

Réponses :

1) Réponse C.

Les maladies cardiovasculaires sont responsables de 29,7 % des décès chez les femmes. Elles représentent la première cause de mortalité en Amérique du Nord, ainsi que dans le reste du monde.

2) Réponse C.

L'inflammation peut être douloureuse ou silencieuse. Associée à une blessure ou à un choc, elle est un mécanisme de défense du corps contre les agressions. La région atteinte est rouge, enflée et douloureuse, ce qui signifie que les tissus se réparent. L'inflammation peut également être «silencieuse», c'est-à-dire invisible, indolore et nuisible. Sans que l'on s'en aperçoive (on ne la sent pas), elle attaque progressivement les composantes de l'organisme et même si l'on ne souffre apparemment d'aucune maladie, elle peut finir par provoquer une maladie chronique grave. Une alimentation déséquilibrée, pauvre en fruits et légumes, la sédentarité, le tabagisme et la pollution augmentent l'inflammation.

3) Réponse B.

Les radicaux libres (ou oxydants) sont produits naturellement par les cellules de notre organisme et sont bénéfiques en quantité limitée. Cependant, le stress, la pollution et la fumée de cigarette peuvent engendrer une production excessive de radicaux libres. Ce déséquilibre endommage nos cellules cardiaques et contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires. Les antioxydants présents dans les fruits et légumes luttent contre l'action oxydante des radicaux libres (voir le cahier *L'alimentation*).

4) Réponses A et D.

Une activité physique modérée et régulière multiplie le nombre de mitochondries qui contribuent au bon fonctionnement du cœur. Elle stimule également le développement des collatérales, un réseau d'artères parallèles qui peuvent remplacer les artères obstruées. L'activité physique peut aider à réduire la tension artérielle.

5) Réponses A et B.

L'alimentation peut contribuer à l'apparition des troubles cardiovasculaires (plats trop gras, trop salés ou trop sucrés vendus en restauration rapide, charcuteries, etc.), tout comme elle peut contribuer à les prévenir et à les réduire (fruits et légumes frais).

6) Réponses A, B, C et D.

À part la variabilité cardiaque élevée (réponse E), tous ces facteurs favorisent l'apparition des troubles cardiovasculaires. Un niveau élevé de variabilité cardiaque indique plutôt que notre système nerveux est capable de bien équilibrer notre rythme cardiaque.

Maladies cardiovasculaires : un bilan de ma situation personnelle

Les maladies cardiovasculaires (MCV) comprennent une multitude de maladies liées au cœur et au système circulatoire. Les troubles cardiovasculaires les plus courants sont les troubles coronariens (angine de poitrine, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, etc.) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

1. BILAN

Je fais le point sur ma situation personnelle

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'apparition de maladies cardiovasculaires. Les identifier permet de mieux connaître son état de santé et d'agir pour mieux prévenir la maladie.

Facteurs non modifiables :

	Oui	Non	Incertain
Être ménopausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être âgée de 65 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir des antécédents familiaux (un ou plusieurs cas précoces, soit avant l'âge de 65 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être d'origine autochtone, africaine ou sud-asiatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir déjà subi un AVC ou une ICT (ischémie cérébrale transitoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Facteurs sur lesquels il est possible d'agir :

	Oui	Non	Incertain
<i>Dimensions personnelles</i>			
Excès de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition régulière à la fumée secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'exercice physique (moins de 150 minutes par semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress chronique (lorsqu'une tension ou l'anxiété perdure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alimentation</i>			
Alimentation riche en «mauvais» gras (saturés et «trans»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation riche en sucre raffiné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation riche en sel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation excessive de caféine (plus de 4 boissons ou aliments contenant de la caféine par jour)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation excessive d'alcool, même de façon occasionnelle (1 ou 2 portions par jour ou plus de 9 par semaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Incertain
<i>État de santé et maladies</i>			
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme cardiaque élevé au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrillation auriculaire (rythme cardiaque irrégulier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (taux trop élevé de «mauvais» cholestérol dans le sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie (taux trop élevé de triglycérides dans le sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taux élevé d'homocystéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Traitements et prises de médicaments</i>			
Contraceptifs oraux (femmes non ménopausées et fumeuses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménopause chirurgicale précoce (avant 45 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement hormonal (Voir le cahier <i>Le traitement hormonal</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le cumul de facteurs élève le niveau de risque global sans toutefois signifier qu'il y a présence de maladies cardiovasculaires. Si vous avez répondu «Oui» à une ou plusieurs des questions, il est possible d'entreprendre des actions positives pour aider à prévenir ces maladies.

2. PISTES D'ACTION

Je note une ou plusieurs actions pour m'aider à prévenir ces maladies.

Si j'ai répondu «Oui» à l'un des «facteurs non modifiables», je suis attentive aux autres dimensions de ma réalité et je note celles sur lesquelles **je peux et je désire agir**. Si certaines questions demeurent sans réponse précise («Incertain»), je tente de trouver l'information manquante.

Dimensions personnelles

Prendre un rendez-vous médical pour faire vérifier mon état de santé cardiovasculaire.

Vous pouvez présenter ce bilan à votre médecin, et préparer une liste des questions que vous voulez lui poser afin de vous assurer de ne rien oublier. Ne soyez pas gênée de lui demander de vous expliquer les symptômes d'une crise cardiaque ou d'un AVC ou encore de vous présenter les moyens envisageables pour vous aider à cesser de fumer et à contrôler vos envies de fumer, par exemple.

Passer les tests requis (particulièrement faire prendre ma tension artérielle)

Outre ma tension artérielle, il peut être suggéré d'évaluer mon taux de cholestérol, de glycémie, etc.

Réduire ma consommation de cigarettes

Cesser de fumer

Faire plus d'exercice

Exemples : s'activer chaque fois que l'occasion se présente, par exemple, marcher 15-20 minutes dans le quartier après le dîner ou le souper, choisir d'utiliser les escaliers plutôt que l'ascenseur, s'inscrire à un cours de danse ou de sport collectif (voir le cahier *L'activité physique*)

Cibler mon poids santé

Bien que l'indice de masse corporelle (IMC) soit une mesure imparfaite, vous aurez une approximation de votre poids santé en divisant votre poids (en kg) par le carré de votre taille (en mètre). Par exemple, un poids de 65 kilos divisé par une taille de 1,65 m² donne un IMC de 23,9 («poids santé») : $65 \div (1,65 \times 1,65) = 23,9$ (poids santé»). Noter que l'IMC correspondant à un « poids santé » se situe entre 18,5 et 25. En deçà de 18,5 (maigre) et au delà de 25 (embonpoint), les risques de maladies cardiovasculaires sont accrus.

Tenter d'atteindre ou de maintenir mon poids santé

Identifier mes sources importantes de stress

Développer des moyens concrets pour réduire ou mieux affronter mon stress

Autres

Alimentation (Voir le cahier L'alimentation)

Réduire ma consommation d'aliments transformés

Réduire ma consommation de « mauvais » gras (saturés ou «trans»)

Réduire ma consommation de sucre raffiné

Réduire ma consommation de sel

Faire la liste des boissons et des aliments que je consomme et qui contiennent de la caféine (café, cola, thé, chocolat, tisane)

Diminuer ma consommation quotidienne de caféine, si elle est élevée

Réduire ma consommation quotidienne d'alcool, surtout si elle dépasse une ou deux consommations par jour ou 9 par semaine

Autres

Prise de médicaments

À la pharmacie ou lors de mon rendez-vous médical, vérifier si les médicaments et produits de santé naturels que je prends ont un impact (positif ou négatif) sur la santé de mon cœur et de mes artères.

Si les médicaments pris ont un impact négatif, chercher d'autres options, telles que certaines plantes, l'acupuncture ou une autre approche complémentaire, avec l'aide d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé.

Autres

3. Ma décision

J'élabore mon plan d'action

Je prends ma décision en faisant des **choix précis et réalistes**. Par exemple :

Mon choix :

Je vais m'inscrire à un cours de yoga afin de m'aider à me détendre et, peut-être, me permettre de mieux affronter mon stress.

Temps réservé à l'activité :

Dès la session prochaine, au centre communautaire, les lundis et jeudis soirs

Obstacles possibles :

Le cout de l'activité et mon horaire serré du lundi en fin de journée

Éléments de motivation :

Mettre l'argent nécessaire de côté dès que possible (chèque de TPS, remboursement d'impôt, etc.);

faire modifier temporairement mon horaire du lundi ou vérifier s'il est possible de remplacer le lundi soir par une autre soirée;

m'efforcer de mieux faire face au stress et de réduire mon niveau de risque de contracter une maladie cardiovasculaire.

Toute action, si petite soit-elle, contribuera à améliorer soit la connaissance de votre état de santé, soit votre santé elle-même. L'effet n'est pas toujours perceptible à court terme, mais il est toujours réel et son impact est souvent multiple. En fait, modifier certaines habitudes, pour prévenir les maladies cardiovasculaires, contribuera à améliorer votre état de santé général.

Cet outil (inspiré de Quiz : *Femmes, maladies du cœur et AVC*, de la Fondation des maladies du cœur) peut vous aider à comprendre ce que sont les maladies cardiovasculaires et à vous informer sur la question, afin que vous fassiez des choix éclairés en ce qui a trait non seulement à ces maladies mais aussi à votre santé en général. N'hésitez pas à vous en servir ou à vous en inspirer lors de vos rencontres avec le personnel professionnel de la santé.

Médicaments et produits de santé naturels : l'importance de déclarer un effet indésirable

Pourquoi?

Les nouveaux produits de santé doivent obligatoirement passer par des essais cliniques pour obtenir une autorisation de mise en vente de Santé Canada. Cependant, en partie influencé par l'industrie pharmaceutique, Santé Canada assouplit les règles d'homologation (approbation) et transfère progressivement le poids des risques vers la population. Le processus d'acceptation des médicaments (aussi appelé homologation) est donc loin d'être parfait :

la durée des essais cliniques est plus limitée;

l'échantillon des personnes testées est peu représentatif de la diversité biologique réelle de l'ensemble de la population;

il y a un manque de transparence (les résultats des études sont inaccessibles au public)

des conflits d'intérêts sont possibles (lorsque les essais sont menés ou financés par l'entreprise qui développe le produit).

Il est possible qu'une ou plusieurs **réactions imprévues** se manifestent lorsque nous prenons des médicaments. Des effets indésirables, plus ou moins graves, peuvent se manifester instantanément mais également plusieurs jours, mois ou années plus tard. Ils peuvent se produire lors de l'usage de tout médicament, qu'il soit en vente libre ou sous ordonnance, que ce soit un médicament couramment prescrit (tel que les statines) ou un produit de santé naturel. Il est donc important de rester vigilante.

Voici quelques exemples d'effets indésirables auxquels vous pouvez être confrontée si vous prenez des statines¹ : douleurs musculaires, anxiété, dépression et sautes d'humeur, irritabilité, problèmes de sommeil, augmentation du risque de souffrir du diabète de type II, pneumopathie interstitielle (inflammation du tissu entre les alvéoles du poumon), cataracte, dysfonction du foie, myopathie, insuffisance rénale, troubles de la mémoire, etc.

Santé Canada reconnaît que certains effets secondaires sont observés lorsque les produits de santé sont utilisés largement par la population, et non plus seulement par un échantillon de personnes. La surveillance et l'évaluation des produits de santé après leur mise en marché est donc indispensable. Même si votre médecin écarte la possibilité d'un lien entre les effets indésirables dont vous souffrez et votre médicament, faire une déclaration officielle à Santé Canada permet la mise à jour d'une base de données sur la nocivité des médicaments. Santé Canada ne peut agir qu'à partir de cette base de données. Il est essentiel de signaler toute réaction indésirable et imprévue que vous percevez, quel que soit son degré de gravité, car **vous contribuerez ainsi à prévenir des problèmes potentiels pour les futures utilisatrices.**

¹ Liste non exhaustive de statines : Lipitor, Crestor, Mevacor, Pravacol, Zocor, Lescol ou tout autre médicament composé d'atorvastatine, de rosuvastatine, de lovastatine, de pravastatine, de simvastatine ou de fluvastatine. (Source : RCSF (2008) Prudence oblige : l'emploi des statines chez les femmes, <http://www.cwhn.ca/fr/node/39850>)

Comment?

Dès qu'un effet indésirable imprévu se manifeste (grave ou non), vous pouvez le signaler en communiquant avec un Bureau régional de Canada Vigilance par téléphone, au 1-866-234-2345 (sans frais), ou bien en remplissant le formulaire en ligne à l'adresse suivante : <https://webprod4.hc-sc.gc.ca/medeffect-medeffet/index-fra.jsp>

Vous pouvez aussi imprimer le formulaire et l'envoyer par la poste :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/report-declaration/ar-ei_cons_form-fra.pdf

(Si l'adresse n'est plus à jour, vous pouvez trouver le questionnaire en vous rendant sur le site de Santé Canada : www.sante.gc.ca/medeffet)

Il est possible de déclarer des effets secondaires subis par d'autres personnes, si vous en êtes responsable ou si elles vous en font la demande. Dans tous les cas, votre identité restera confidentielle. **Vous pouvez également demander l'aide de votre pharmacienne ou pharmacien pour mener à bien votre démarche.**

Suggestions d'actions concrètes pour une utilisation plus sûre des médicaments :

N'hésitez pas à demander à votre médecin s'il existe une version plus éprouvée d'un médicament : étant sur le marché depuis plus longtemps, celui-ci pourrait présenter moins de risques.

Assurez-vous d'avoir recours à la médication minimum nécessaire (l'utilisation de médicaments n'est jamais sans risque). Pour ce faire, il est possible de vérifier auprès de votre médecin que le traitement proposé est indispensable et que la quantité est bien dosée, par exemple. Vous pouvez discuter de méthodes alternatives possibles. Vous pouvez également demander un autre avis médical.

N'hésitez pas à informer vos proches des traitements que vous suivez.

Toute sensation nouvelle remarquée après la prise d'un médicament peut en être un effet secondaire. Soyez à l'écoute de votre corps et faites-vous confiance, les réactions à un traitement ne sont pas systématiquement les mêmes pour toutes.

(En complément, voir les outils de la fiche *La médicalisation croissante*)