



L'interaction entre le déficit cognitif d'origine vasculaire et les maladies du cœur et du cerveau

TABLE DES MATIÈRES

2	Faits
2	Qu'est-ce qu'un déficit cognitif d'origine vasculaire?
2	Déficit cognitif d'origine vasculaire, maladies du cœur et AVC
2	Populations vulnérables
2	Facteurs prédisposants
3	Aidants et personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire
3	Politiques
3	Contexte
3	Maladies prédisposantes
6	Maladies cardiaques et cérébrales, et populations vulnérables
7	Déterminants sociaux et culturels de la santé, facteurs de risque modifiables et déficit cognitif
9	Cohabiter avec une personne vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire ou en prendre soin
10	Stratégies et pratiques au Canada et à l'échelle internationale
13	Lacunes en matière de soins et modèle de soins intégré
15	Soins virtuels en présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire
15	Lacunes en recherche et secteurs prioritaires
16	Options en matière de politiques
21	Références

Faits

Qu'est-ce qu'un déficit cognitif d'origine vasculaire?

Il s'agit d'une affection du cerveau et de ses vaisseaux sanguins qui peut entraîner des difficultés touchant l'attention, le jugement, la résolution de problèmes, la mémoire et le langage.

Au cours des dix dernières années, les hospitalisations pour un déficit cognitif d'origine vasculaire ont augmenté de 35 %¹. On estime qu'au cours des 10 à 20 prochaines années, la prévalence du déficit cognitif d'origine vasculaire doublera tous les 5,3 ans².

En ce qui concerne la démence (y compris la démence vasculaire, la forme la plus grave du déficit cognitif d'origine vasculaire), les coûts combinés pour le système de santé au pays et pour les services déboursés par les aidants représentaient 10,4 milliards de dollars en 2016. D'ici 2031, ce montant devrait augmenter à 16,6 milliards de dollars³.

Déficit cognitif d'origine vasculaire, maladies du cœur et AVC

- Au pays, neuf personnes sur dix présentent au moins un facteur de risque de maladies du cœur, d'AVC ou de déficit cognitif d'origine vasculaire⁴.
- Le déficit cognitif d'origine vasculaire touche jusqu'à 60 % des personnes ayant subi un AVC⁵. La relation entre l'AVC et le déficit cognitif d'origine vasculaire est bilatérale : l'AVC peut provoquer un déficit cognitif d'origine vasculaire, et les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire présentent un risque accru de 68 % de subir un AVC mortel⁶.
- La présence d'une coronaropathie est associée à une augmentation de 45 % du risque de démence, de déficit cognitif et de déclin cognitif⁷.
- Les personnes qui ont subi une crise cardiaque présentent un risque accru de démence, de déficit cognitif et de déclin cognitif⁷.
- Le déficit cognitif est fréquent chez les personnes vivant avec une insuffisance cardiaque⁸⁻¹⁰; on estime que 25 % de celles-ci présentent également une altération des fonctions cognitives⁸.
- Les personnes atteintes de fibrillation auriculaire sont jusqu'à trois fois plus susceptibles d'éprouver un certain niveau de déclin cognitif et de 1,4 à 2,3 fois plus susceptibles de développer de la démence^{11,12}.

Populations vulnérables

- Les maladies du cœur et l'AVC sont la principale cause de décès prématuré chez les femmes au pays¹³. En fait, 45 % plus de femmes que d'hommes meurent d'un AVC¹⁴, et les

femmes sont plus nombreuses à vivre avec des séquelles en raison de leur espérance de vie plus longue¹⁵.

- En 2017, plus de femmes que d'hommes sont mortes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire. Les femmes sont également plus susceptibles de recevoir un diagnostic de démence¹⁶.
- Près des deux tiers des membres des Premières Nations vivent avec au moins une maladie chronique, contre seulement la moitié de toute la population du pays¹⁷.
- Puisque les maladies chroniques touchent davantage les populations autochtones au pays, le risque de déficit cognitif d'origine vasculaire et la prévalence de la démence sont plus élevés dans les populations autochtones que dans les populations non autochtones^{18,19}.
- La démence est un phénomène relativement nouveau dans les communautés autochtones du pays, qui l'ont identifiée comme une nouvelle priorité en matière de santé en 2007²⁰.

Facteurs prédisposants

- Selon la Commission Lancet sur la démence, douze facteurs prédisposants – le faible niveau d'éducation en jeune âge, la perte d'audition, un traumatisme craniocérébral, l'hypertension, la consommation d'alcool, l'obésité, le tabagisme, la dépression, l'isolement social, la sédentarité, la pollution de l'air et le diabète – sont responsables de 40 % des cas de démence dans le monde²¹.
 - L'activité physique peut protéger les individus du déficit cognitif et de la démence vasculaire à un âge avancé²². Les personnes âgées sont plus susceptibles de pratiquer une activité physique si leur quartier est sûr, adapté aux piétons et esthétiquement plaisant, et si les destinations et les services sont facilement accessibles²³.
 - Les régimes alimentaires riches en légumes, fruits, grains entiers, légumineuses et gras insaturés sains provenant de noix, de graines et d'huiles végétales (en particulier l'huile d'olive); modérés en poisson, volaille, œufs et produits laitiers; et pauvres en viande, viandes transformées et sucreries (p. ex., les régimes alimentaires de type méditerranéen) peuvent réduire le risque de déficit cognitif léger²⁴.
 - Un plus grand nombre d'années d'éducation formelle a été associé à une diminution du déclin cognitif et à un risque plus faible d'obtenir un diagnostic clinique de déficit cognitif d'origine vasculaire par rapport à un nombre inférieur d'années d'éducation formelle²⁵.
 - Les populations économiquement vulnérables sont plus susceptibles de fumer^{26,27}, ce qui constitue un facteur de risque indépendant de démence vasculaire²⁸⁻³⁰.

- Les personnes qui font état d'un plus grand sentiment de solitude et d'un plus faible niveau de participation ou d'engagement social courent un risque accru de développer de la démence³¹⁻³³. D'autre part, un bon niveau d'interactions et d'engagement sociaux protège contre le développement de la démence³³.

Aidants et personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire

- Le déficit cognitif d'origine vasculaire peut affecter la communication : il rend difficiles l'expression des pensées ou des sentiments et le maintien des relations personnelles.
- La stigmatisation associée aux affections cognitives peut également empêcher les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire de s'adresser à des réseaux de soutien, ce qui les isole encore plus de leur famille et de leurs amis.
- Les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent voir leur capacité à s'occuper d'elles-mêmes et de leur famille diminuer, ce qui peut entraîner une charge supplémentaire pour les aidants.
- La prise en charge informelle d'une personne vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire nécessite un investissement en temps important, estimé à 81,4 heures par mois³⁴. Ce nombre peut atteindre 111,4 heures par mois lorsque la personne qui reçoit les soins est atteinte d'un déficit cognitif grave³⁴.

Politiques

- Les stratégies de lutte contre le déficit cognitif d'origine vasculaire doivent aller au-delà des approches en aval, comme le traitement, et inclure des approches préventives en amont.
- Les gouvernements peuvent jouer un rôle unique en s'attaquant aux facteurs prédisposant au déficit cognitif d'origine vasculaire par une combinaison d'initiatives de promotion de la santé, de politiques et de financement. Ces initiatives comprennent des politiques relatives à l'activité physique, à l'environnement alimentaire, à l'accès au tabac et aux infrastructures communautaires.

Contexte

Le déficit cognitif d'origine vasculaire est une affection dans laquelle des lésions des vaisseaux sanguins du cerveau endommagent le tissu cérébral. Il peut être causé par un AVC, de minuscules caillots qui bloquent les petits vaisseaux sanguins du cerveau, une hémorragie des petits vaisseaux sanguins du cerveau, une maladie de la paroi vasculaire ou d'autres maladies du cœur qui réduisent le flux sanguin et l'apport d'oxygène dans le cerveau, endommageant ainsi les cellules cérébrales. Les facteurs de risque du déficit cognitif

d'origine vasculaire peuvent comprendre des affections comme l'insuffisance cardiaque, le diabète et l'hypertension. Les symptômes du déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent aller de l'oubli léger à des problèmes plus graves de perception, de réflexion, d'attention, de mémoire, de langage et de fonctions exécutives comme la résolution de problèmes.

Au cours des dix dernières années, les hospitalisations pour un déficit cognitif d'origine vasculaire ont augmenté de 35 %¹. À mesure que la population vieillit au pays, le nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de déficit cognitif d'origine vasculaire va continuer d'augmenter considérablement au cours des 10 à 20 prochaines années². En fait, on estime que la prévalence du déficit cognitif d'origine vasculaire continuera de doubler tous les 5,3 ans².

La forme la plus grave de déficit cognitif d'origine vasculaire est la démence vasculaire. Celle-ci peut compliquer les activités quotidiennes les plus simples comme s'habiller et se laver. La démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer partagent des signes et des symptômes similaires, et peuvent exister séparément ou ensemble, mais il ne s'agit pas de la même maladie. En fait, en moyenne, les personnes vivant avec une démence vasculaire ont une espérance de vie plus courte après le diagnostic que celles vivant avec la maladie d'Alzheimer³⁵.

En 2008, le coût moyen d'utilisation des services de santé par personne pour les patients ayant reçu un diagnostic de démence (y compris la démence vasculaire) était de 7 092 \$³⁶. En tenant compte des coûts directs et indirects des soins pour la démence, les coûts combinés pour le système de santé au pays et pour les services déboursés par les aidants représentaient 10,4 milliards de dollars en 2016. D'ici 2031, ce montant devrait augmenter à 16,6 milliards de dollars³.

Maladies prédisposantes

Le déficit cognitif d'origine vasculaire a de nombreuses causes, y compris la présence de maladies prédisposantes. Les personnes vivant avec une maladie du cœur ou du cerveau présentent un plus grand risque de développer un déficit cognitif d'origine vasculaire. Ce risque accru est dû à l'interconnexion du cœur et du cerveau avec le réseau de vaisseaux sanguins du corps riches en oxygène et en nutriments. Les maladies du cœur et l'AVC sont l'une des principales causes de décès et d'incapacité au pays. Toutes les cinq minutes, les maladies du cœur, l'AVC et le déficit cognitif d'origine vasculaire coûtent la vie à une personne à l'échelle nationale³⁷. Au pays, neuf personnes sur dix présentent au moins un facteur de risque de maladies du cœur, d'AVC ou de déficit cognitif d'origine vasculaire⁴. De nombreuses autres maladies sont également liées au déficit cognitif d'origine vasculaire, notamment le diabète, la perte d'audition et les troubles respiratoires du sommeil, bien que la recherche sur ces risques soit encore récente et émergente.

Les gouvernements doivent investir de manière considérable dans la prévention, les soins et le rétablissement des personnes vivant avec une maladie prédisposante et un déficit cognitif d'origine vasculaire afin de faire face à ce fardeau futur sur les services de santé au pays.

AVC : Un AVC survient lorsque le sang cesse de circuler vers une partie du cerveau ou qu'un saignement se produit dans le cerveau, ce qui entraîne la mort de cellules cérébrales. Les effets d'un AVC dépendent de la région du cerveau qui subit des lésions, et de l'importance de ces lésions. Il existe plusieurs types d'AVC, dont l'AVC ischémique, l'accident ischémique transitoire et l'AVC hémorragique. Plus de 89 000 personnes subissent un AVC chaque année au pays, et ce nombre continue d'augmenter³⁸. L'AVC est l'une des principales causes d'incapacités chez les adultes : plus de 878 000 personnes au pays vivent avec les séquelles persistantes d'un AVC et on s'attend à ce que ce nombre continue d'augmenter^{38,39}. En 2016, plus de femmes que d'hommes au pays ont succombé à un AVC⁴⁰ et plus de femmes que d'hommes vivent avec les séquelles d'un AVC, notamment une limitation accrue des activités et une diminution de la qualité de vie liée à la santé^{15,41}.

Le déficit cognitif d'origine vasculaire touche jusqu'à 60 % des personnes ayant subi un AVC⁵. Parmi les personnes ayant subi un AVC, 10 % présentent déjà un déficit cognitif d'origine vasculaire et 10 % développent un déficit cognitif d'origine vasculaire après l'AVC⁴². De plus, parmi les personnes qui ont une récurrence d'AVC, 30 % sont susceptibles de développer un déficit cognitif d'origine vasculaire⁴². La relation entre l'AVC et le déficit cognitif d'origine vasculaire est bilatérale : les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire présentent un risque accru de 68 % de subir un AVC mortel⁶.

Le fait d'avoir subi un AVC et de présenter un déficit cognitif d'origine vasculaire complexifie les besoins en matière de soins. En conséquence, 29 % des personnes admises à l'hôpital pour un AVC et un déficit cognitif d'origine vasculaire concomitant sont envoyées en soins de longue durée au lieu de retourner chez elles, contre 5 % des personnes admises pour un AVC sans déficit cognitif d'origine vasculaire⁴³.

Coronaropathie : La coronaropathie, ou maladie coronarienne, survient lorsque les principaux vaisseaux sanguins n'achèment pas correctement l'oxygène, le sang et les nutriments au cœur. Le flux sanguin est perturbé parce que les vaisseaux sanguins se sont durcis ou rétrécis, ou sont obstrués. Au pays, plus de 32 000 décès par an sont liés à la coronaropathie⁴⁴. Le déficit cognitif d'origine vasculaire peut coexister avec la coronaropathie⁴⁵. En fait, la coronaropathie est associée à une augmentation de 45 % du risque de démence, de déficit cognitif et de déclin cognitif⁷.

Infarctus du myocarde : Un infarctus du myocarde, aussi connu sous le nom de crise cardiaque, survient lorsque l'apport sanguin vers le cœur est réduit ou interrompu. Même si le symptôme le plus connu de l'infarctus du myocarde est les douleurs thoraciques, les femmes ressentent souvent d'autres symptômes comme de la fatigue, un essoufflement, des troubles du sommeil et une indigestion⁴⁶. Par conséquent, leurs symptômes passent souvent inaperçus, ce qui les empêche de recevoir les soins nécessaires⁴⁶. Avoir fait un infarctus du myocarde est associé à un risque accru de démence, de déficit cognitif et de déclin cognitif⁷. En comparaison avec la population générale, les personnes qui ont fait un infarctus du myocarde présentent un risque accru de démence vasculaire⁴⁷.

Insuffisance cardiaque : L'insuffisance cardiaque est un syndrome complexe causé par l'affaiblissement du cœur, celui-ci étant incapable de pomper efficacement le sang pour répondre aux besoins de l'organisme. Au moins 650 000 personnes au pays vivent avec une insuffisance cardiaque⁴⁸ et, en 2017, l'insuffisance cardiaque a tué 20 % plus de femmes que d'hommes⁴⁹. Par rapport aux hommes, les femmes vivant avec une insuffisance cardiaque sont plus âgées et plus frêles, présentent plus de maladies concomitantes et ont un statut socio-économique inférieur⁵⁰. Le déficit cognitif est fréquent chez les personnes vivant avec une insuffisance cardiaque⁸⁻¹⁰; on estime que 25 % de celles-ci présentent également une altération des fonctions cognitives⁸.

Fibrillation auriculaire : La fibrillation auriculaire est une maladie qui touche de nombreuses personnes au pays⁵¹. Il s'agit d'un rythme cardiaque irrégulier qui résulte d'une contraction irrégulière des oreillettes du cœur (cavités supérieures). Les personnes atteintes de fibrillation auriculaire sont jusqu'à trois fois plus susceptibles d'éprouver un certain niveau de déclin cognitif¹. La fibrillation auriculaire peut également augmenter le risque d'AVC en raison de l'accumulation de sang dans les oreillettes qui entraîne la formation de caillots. Par conséquent, les personnes atteintes de fibrillation auriculaire courent entre trois et cinq fois plus de risques de subir un AVC⁵². Comme pour les autres maladies du cœur, les femmes atteintes de fibrillation auriculaire ont des besoins particuliers. Les femmes qui vivent avec une fibrillation auriculaire sont réadmissées à l'hôpital 1,2 fois plus souvent que les hommes⁵³ et les femmes présentent un risque accru d'AVC et de décès⁵⁴.

Cardiopathie congénitale : Une cardiopathie congénitale est une malformation des valvules, des parois ou des cavités du cœur, ou des gros vaisseaux. Elle est présente à la naissance. Les personnes qui ont une cardiopathie congénitale (qu'elle soit légère, modérée ou grave) présentent un risque accru de démence⁵⁵. Les cardiopathies congénitales diffèrent des autres maladies du cœur, car elles nécessitent des soins médicaux tout au long de la vie⁵⁶. Au pays, seulement 23 %

des adultes vivant avec une cardiopathie congénitale sont suivis dans un centre de cardiopathie congénitale; les autres sont considérés comme « perdus de vue », et certains n'ont pas été suivis depuis au moins dix ans⁵⁷.

Cette lacune dans les services signifie que les personnes vivant avec une cardiopathie congénitale peuvent ne pas être conscientes de leur risque accru de développer d'autres maladies, y compris la démence vasculaire⁵⁵. Les adultes vivant avec une cardiopathie congénitale ont également un risque accru de développer une variété d'autres problèmes de santé qui peuvent aussi augmenter le risque de démence vasculaire, y compris des troubles du rythme cardiaque, une insuffisance cardiaque, un AVC et une coronaropathie^{58,59}. Les hospitalisations pour une cardiopathie congénitale ont augmenté ces dernières années et le nombre d'enfants et d'adultes vivant avec une cardiopathie congénitale hospitalisés a augmenté respectivement de 1,3 % et 4 % par an⁶⁰. Cette augmentation souligne le besoin de mettre en place les ressources et les planifications nécessaires pour que les personnes vivant avec une cardiopathie congénitale vivent une transition réussie des soins pédiatriques aux soins pour adultes.

Hypertension : L'hypertension, ou pression artérielle élevée, joue un rôle important sur les années de vie ajustées en fonction de l'incapacité et touche près d'un adulte sur quatre au pays⁶¹. Elle est un facteur de risque majeur de l'AVC et 53 % des personnes hospitalisées pour un AVC ou un accident ischémique transitoire sont également atteintes d'hypertension⁶². L'hypertension est également un important facteur de risque de la coronaropathie et 59 % des personnes hospitalisées pour une coronaropathie font également de l'hypertension⁴⁵.

Le risque de démence vasculaire est presque deux fois plus élevé chez les personnes qui font de l'hypertension⁶³. Une recherche originale sur les mécanismes de ce phénomène indique que la rigidité des artères importantes et les lésions microvasculaires causées par l'hypertension sont associées à une altération des fonctions cognitives⁶⁴.

Une revue systématique Cochrane de quatre essais cliniques de haute qualité n'a trouvé aucun lien entre le risque de démence et le traitement de la pression artérielle à un âge avancé⁶⁵. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des traitements contre la pression artérielle sur le risque de démence. Il faudra prendre en considération l'âge de la personne au début du traitement ainsi que la durée et la dose du traitement. Une surveillance continue de la pression artérielle est également nécessaire pour s'assurer que l'hypertension est diagnostiquée rapidement afin qu'un traitement puisse être administré.

Diabète : Le diabète peut entraîner une athérosclérose agressive, soit une accumulation de gras le long des parois artérielles⁶⁶. Par conséquent, les personnes diabétiques présentent un risque accru de maladies du cœur, d'AVC et

de crise cardiaque⁶⁶. Le diabète est également un puissant catalyseur d'inflammation vasculaire⁶⁶. Cependant, des données probantes indiquent que le diabète de type 2 peut être pris en charge en modifiant les facteurs de risque associés, notamment l'alimentation de faible qualité nutritionnelle, la sédentarité et le tabagisme⁶⁶.

Les résultats d'un examen approfondi indiquent que le diabète est associé à un risque accru de déficit cognitif léger⁶⁷. Des données probantes modérées indiquent également que le diabète est associé à un risque presque doublé d'évolution d'un déficit cognitif léger vers une démence vasculaire⁶⁷. Fait troublant : les personnes prédiabétiques courent également un risque accru⁶⁷.

Perte d'audition : La perte d'audition liée à l'âge est un trouble progressif qui devient plus fréquent et qui évolue avec l'âge⁶⁸. Des données probantes récentes indiquent qu'il existe un lien entre la perte d'audition liée à l'âge, le déclin cognitif et la démence, y compris la démence vasculaire^{68,69}.

Une étude révèle que le risque de déficit cognitif peut dépendre de la gravité de la perte d'audition et que l'utilisation d'appareils auditifs ne réduit pas de manière considérable le risque de déficit cognitif chez les personnes âgées⁷⁰. Une autre étude de la clinique Mayo sur le vieillissement (Study of Aging) a testé la mémoire, l'attention ou les fonctions exécutives, le langage et les fonctions visuo-spatiales de 5 000 participants avec et sans troubles auditifs⁷¹. Les résultats indiquent que les participants ayant des troubles auditifs sont plus susceptibles d'avoir un déficit cognitif léger que les participants n'ayant pas de troubles auditifs⁷¹.

Les mécanismes par lesquels la perte d'audition liée à l'âge augmente le risque de déficit cognitif sont encore à l'étude. Certains experts estiment que l'isolement social et la solitude peuvent jouer un rôle important dans la perte d'audition liée à l'âge et le développement d'un déficit cognitif^{68,69}. La perte d'audition peut compliquer la communication avec les autres et avoir un effet sur la capacité à entretenir des relations, ce qui entraîne une perte de stimulation auditive^{68,69}.

Troubles respiratoires du sommeil : Des données probantes récentes établissent un lien entre les troubles du sommeil et les maladies neurodégénératives, notamment le déficit cognitif et la démence⁷². Chez les personnes atteintes de démence, les troubles du sommeil peuvent être un facteur prédictif d'une détérioration des résultats et de la qualité de vie⁷². Une analyse de plusieurs articles examinés par des pairs sur le sujet révèle que les personnes ayant un trouble respiratoire du sommeil sont 26 % plus susceptibles de développer un déficit cognitif⁷³.

Le trouble respiratoire du sommeil le plus fréquent est l'apnée obstructive du sommeil (AOS), qui se caractérise par un affaissement partiel des voies aériennes supérieures pendant le sommeil, ce qui entraîne des réveils fréquents ou

des halètements pendant le sommeil. Près d'un tiers de la population au pays (30 %) présente un risque intermédiaire ou élevé d'apnée du sommeil. Chez les personnes âgées de 60 à 79 ans, ce risque s'élève à 50 %⁷⁴. L'AOS peut entraîner une réduction du flux sanguin dans certaines zones du cerveau (hypoperfusion) et des lésions neuronales⁷⁵. L'AOS et la dépression ont souvent des symptômes qui se chevauchent, ce qui fait que de nombreuses personnes sont traitées pour une dépression alors que l'AOS passe inaperçue⁷⁵.

Maladies cardiaques et cérébrales, et populations vulnérables

FEMMES

Au pays, les maladies du cœur et l'AVC sont la principale cause de décès prématuré chez les femmes¹³. En 2017, ils ont fauché 32 000 vies³⁷. En fait, 45 % plus de femmes que d'hommes meurent d'un AVC¹⁴, et les femmes sont plus nombreuses à vivre avec des séquelles en raison de leur espérance de vie plus longue¹⁵. Les femmes atteintes de fibrillation auriculaire présentent également un risque plus élevé d'AVC, de décès lié à une maladie du cœur et d'insuffisance cardiaque que les hommes atteints de la même affection⁷⁶.

Malheureusement, la présence d'une maladie du cœur et les antécédents d'AVC chez les femmes les exposent à un risque accru de déficit cognitif d'origine vasculaire à un âge avancé. Une analyse des données de Statistique Canada menée par Cœur + AVC a révélé qu'en 2017, plus de femmes que d'hommes sont mortes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire. Les femmes sont également plus susceptibles de recevoir un diagnostic de démence¹⁶. Malgré ces nombres inquiétants, la recherche dans le domaine est insuffisante et de nombreux éléments demeurent inconnus quant aux raisons pour lesquelles les femmes sont plus touchées par le déficit cognitif d'origine vasculaire.

Les femmes et les hommes peuvent avoir des différences physiologiques et les maladies peuvent se présenter différemment. Par exemple, les signes d'une crise cardiaque peuvent varier et être différents chez les hommes et chez les femmes⁴⁶. Les maladies peuvent se manifester différemment chez les femmes et les traitements et les interventions qui fonctionnent pour les hommes peuvent s'avérer inefficaces, voire dangereux, pour elles^{77,78}. Bien que l'amélioration des exigences en matière de financement de la recherche entraîne un plus grand nombre de recherches axées sur les femmes, un cinquième des études sur le système cardiovasculaire ne tenant pas compte du sexe ne recrutent toujours pas de femmes^{79,80}. Ces lacunes dans la recherche peuvent avoir une incidence sur le niveau de soins que les femmes reçoivent.

Une évaluation des besoins menée par Cœur + AVC entre septembre 2018 et mai 2019 a exploré les besoins des femmes et des aidants ayant une expérience vécue des maladies du cœur ou de l'AVC au pays. Un total de 204 femmes des

quatre coins du pays ont participé à 18 séances en personne pour raconter leur expérience. Bon nombre d'entre elles ont fait état de difficultés à s'orienter dans le système de santé, notamment pour recevoir un diagnostic initial et des soins subséquents. Le genre a été reconnu comme un obstacle aux soins et au rétablissement, et les femmes ont senti que ce biais était souvent aggravé par leur âge, leur race et d'autres caractéristiques. Elles ont souligné la nécessité d'obtenir du soutien, des renseignements et des ressources propres à leur genre tout au long du continuum de soins, y compris après le congé de l'hôpital. L'évaluation des besoins met en évidence l'importance de donner aux femmes ayant une expérience vécue la possibilité de s'exprimer pour défendre leurs intérêts et de les impliquer dans les conversations sur les soins dès le début.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Au pays, les populations autochtones sont plus touchées par les maladies chroniques que la population générale¹⁷. Près des deux tiers des membres des Premières Nations vivent avec au moins une maladie chronique, contre la moitié de la population générale du pays¹⁷. Les femmes des Premières Nations sont davantage touchées par les maladies : 67 % d'entre elles déclarent vivre avec au moins une maladie chronique, contre 58 % des hommes des Premières Nations¹⁷. Le fait que les populations autochtones du pays sont davantage touchées par les maladies chroniques les expose également à un risque accru de déficit cognitif d'origine vasculaire et des démences associées¹⁸. Une analyse des recherches au pays a révélé que la prévalence de la démence est plus élevée chez les populations autochtones que chez les populations non autochtones^{18,19}.

Des facteurs modifiables, comme la sédentarité, le faible niveau d'éducation, l'alimentation de faible qualité nutritionnelle et le tabagisme, jouent un rôle dans l'exacerbation des maladies chroniques existantes et l'augmentation des risques de développer ce type de maladie, ce qui entraîne une augmentation des risques de déficit cognitif d'origine vasculaire et des démences associées⁸¹. Les effets de ces déterminants de la santé touchent de manière disproportionnée les populations autochtones du pays en raison du rôle historique de la colonisation dans la perturbation des modes de vie traditionnels, des effets permanents des traumatismes intergénérationnels dus à l'assimilation forcée et de la dépossession des communautés de leurs terres ancestrales⁸¹. Ces contraintes entraînent la perte des traditions sociales, des modes de vie actifs et de la connaissance de l'alimentation traditionnelle⁸¹. Les contraintes en matière de ressources liées au fait de vivre dans les réserves, en particulier dans les régions éloignées, privent de nombreux peuples autochtones des éléments nécessaires à un mode de vie sain (p. ex., installations de loisirs, routes et trottoirs sûrs, aliments abordables et traditionnels)⁸¹.

Les populations autochtones du pays réclament de plus en plus des soins culturellement sûrs, car le défaut d'obtenir ce type de soins peut rendre les individus réticents à se rendre dans les établissements de santé et leur faire vivre une expérience de soins aliénante et décourageante⁸². Lors d'un sondage, 13,2 % des membres des Premières Nations ont estimé que les services de soins de santé n'étaient pas culturellement adaptés et 11,8 % ont indiqué avoir des difficultés à obtenir des soins traditionnels lorsqu'ils en ont besoin⁸³.

Des soins culturellement sûrs peuvent être dispensés par l'entremise d'une pratique appelée « approche à deux yeux » qui consiste à unir les soins médicaux occidentaux et la médecine autochtone traditionnelle²⁰. Grâce à cette approche à deux yeux, les dispensateurs de soins peuvent reconnaître le déséquilibre des pouvoirs entre le dispensateur et la personne qui reçoit les soins ainsi que le rôle que joue le dispensateur dans l'offre de soins culturellement sûrs²⁰. La démence est souvent sous-diagnostiquée chez les populations autochtones⁸¹ et certains dispensateurs de soins peuvent ne pas comprendre les points de vue culturels différents sur le vieillissement et la perte de mémoire. Dans de nombreuses cultures autochtones, la perte de mémoire est considérée comme un élément naturel du cycle de vie et l'incapacité à se rappeler des souvenirs est vue comme le fait que les souvenirs sont « enterrés » temporairement plutôt que perdus à jamais²⁰. Sur le plan spirituel, la perte de mémoire est également associée à l'expérience d'une seconde enfance alors que la personne « retourne au Créateur »²⁰. Les langues traditionnelles n'ont souvent pas de mot particulier pour désigner la démence, ce qui rend difficile à exprimer la présence de la démence et des symptômes qui y sont liés²⁰.

La démence, un phénomène relativement nouveau dans les communautés autochtones du pays, a été identifiée par ces dernières comme une nouvelle priorité en matière de santé en 2007²⁰. Les communautés autochtones rurales et éloignées doivent renforcer leur capacité à fournir des soins liés à la démence culturellement sûrs en s'assurant que leurs spécialistes en gériatrie sont outillés pour traiter la démence d'une manière qui est adaptée à leur culture. Il est également nécessaire de disposer d'outils de sondage à l'échelle nationale pour évaluer la prévalence croissante du déficit cognitif d'origine vasculaire et des démences associées au sein des populations autochtones¹⁹.

Déterminants sociaux et culturels de la santé, facteurs de risque modifiables et déficit cognitif

Les déterminants sociaux et culturels de la santé font partie des nombreux facteurs qui influencent le mode de vie des individus (p. ex., le revenu, l'éducation, le logement,

l'alimentation, la culture et l'environnement physique et social) et jouent un rôle clé dans l'apparition des maladies, les soins, le rétablissement et la prise en charge à long terme. Les déterminants sociaux et culturels de la santé sont interconnectés et certains d'entre eux, comme le revenu et le logement, peuvent avoir un effet d'entraînement et influencer la santé des générations actuelles et futures.

En 2017, la Commission Lancet sur la démence a publié un rapport qui mettait en évidence neuf facteurs de risque de démence potentiellement modifiables, dont beaucoup sont d'importants déterminants sociaux et culturels de la santé. S'appuyant sur le rapport de 2017, la Commission a publié une mise à jour ajoutant trois autres facteurs de risque modifiables en 2020. Selon le rapport, les douze facteurs de risque – l'éducation, la perte d'audition, un traumatisme craniocérébral, l'hypertension, la consommation d'alcool, l'obésité, le tabagisme, la dépression, l'isolement social, la sédentarité, la pollution de l'air et le diabète – sont responsables de 40 % des cas de démence dans le monde²¹. Traiter ces facteurs modifiables à un jeune âge, à un âge mûr et à un âge avancé (et tenir compte du rôle des déterminants sociaux et culturels de la santé) peut réduire le risque de démence future.

SÉDENTARITÉ

La sédentarité est un facteur de risque majeur des maladies du cœur et de l'AVC. Elle contribue à la plupart des autres facteurs de risque modifiables, notamment le diabète, l'obésité et l'hypertension⁸⁴. L'activité physique contribue de manière considérable au bien-être psychologique et joue un rôle important dans la gestion du stress. Elle peut également protéger les individus du déficit cognitif et de la démence vasculaire à un âge avancé²². Une méta-analyse réalisée par Colcombe et Kramer (2003) a révélé qu'une activité physique intensive et de longue durée (plus de 30 minutes), comme un entraînement musculaire combiné à un entraînement aérobique, était plus susceptible d'améliorer les fonctions cognitives chez les personnes âgées⁸⁵. D'autres recherches appuient l'efficacité d'un niveau élevé d'activité physique sur le déclin cognitif, par rapport à un niveau faible ou modéré d'activité physique^{86,87}.

Au Canada, les niveaux d'activité physique sont inférieurs à la norme recommandée⁸⁸. Les lignes directrices de la Société canadienne de physiologie de l'exercice recommandent aux adultes âgés de 18 ans et plus de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique aérobique modérée à vigoureuse par semaine⁸⁹. Plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau d'activité physique d'une personne, notamment l'environnement dans lequel elle vit et travaille. Les personnes âgées sont plus susceptibles de pratiquer une activité physique si leur quartier est sûr, adapté aux piétons et esthétiquement plaisant, et si les destinations et les services sont facilement accessibles²³. Une étude a révélé que la présence de trottoirs et

d'installations de loisirs a considérablement amélioré le niveau d'activité après un AVC, qui a été mesuré par le nombre moyen de pas effectués⁹⁰.

NUTRITION

De nombreux facteurs prédisposant à la démence (comme les maladies du cœur, l'hypertension, l'obésité et le diabète) sont également étroitement liés à la nutrition^{91,92}. Les régimes alimentaires de type méditerranéen, qui se caractérisent par une consommation élevée de légumes, de fruits, de légumineuses, d'aliments à grains entiers et de gras insaturés sains provenant de noix, de graines et d'huiles végétales (en particulier l'huile d'olive), par une consommation modérée de poisson, de volaille, d'œufs et de produits laitiers ainsi que par une consommation faible de viande et de sucreries⁹³, sont associés à une diminution du risque de déclin cognitif^{94,95}. Une étude contrôlée randomisée réalisée en Espagne sur des personnes vivant avec une maladie du cœur, le diabète et d'autres facteurs de risque majeurs a révélé que les participants du groupe s'alimentant selon un régime méditerranéen additionné d'huile d'olive présentaient un risque de déficit cognitif léger considérablement réduit par rapport aux autres participants²⁴.

Malheureusement, 12,7 % des ménages du pays sont touchés par l'insécurité alimentaire^{91,96}. Parmi les personnes touchées, 41,6 % n'ont pas les moyens de manger des repas équilibrés et 12,5 % s'appuient sur quelques aliments peu coûteux pour nourrir leurs enfants⁹⁶. L'insécurité alimentaire est étroitement liée au statut socio-économique, qui est souvent déterminé par le revenu, l'éducation et le logement. Les femmes, les nouveaux immigrants, les populations autochtones et les populations noires sont plus gravement touchés par l'insécurité alimentaire que la population générale^{83,91,96}.

ÉDUCATION

Un faible niveau d'éducation est également un facteur de risque indépendant de déficit cognitif d'origine vasculaire. Une méta-analyse a révélé que, parmi les personnes qui ont subi un AVC, le fait d'avoir un plus grand nombre d'années d'éducation formelle a diminué les risques de subir un déclin cognitif et d'obtenir un diagnostic clinique de déficit cognitif d'origine vasculaire par rapport à un nombre inférieur d'années d'éducation formelle²⁵. Une autre étude a indiqué que le risque de démence chez les personnes ayant subi un AVC était plus élevé chez celles ayant un faible niveau d'éducation, suivies par celles ayant un niveau d'éducation moyen⁹⁷. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé présentaient le risque le plus faible d'obtenir un diagnostic de démence après un AVC⁹⁷.

TABAGISME

Les populations économiquement vulnérables, en plus d'être touchées par l'insécurité alimentaire, sont également plus

susceptibles de fumer^{26,27}. Ces populations supportent une part disproportionnée du fardeau des décès, des maladies et des affections causés par le tabagisme^{26,27}. Il peut nuire au système vasculaire du corps en endommageant les vaisseaux sanguins⁹⁸. Le raidissement et le rétrécissement des vaisseaux sanguins peuvent avoir des conséquences graves et se manifester par des maladies comme la coronaropathie ou l'AVC⁹⁸. Le risque d'AVC, d'ailleurs, est deux à quatre fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs⁹⁸. Le tabagisme est un facteur de risque indépendant de démence vasculaire. Une recherche démographique étudiant les effets du tabagisme sur la démence vasculaire a révélé une association positive entre le tabagisme et le risque de démence vasculaire²⁸⁻³⁰. Ce risque augmente chez les fumeurs de longue date alors qu'en comparaison, les non-fumeurs et les personnes ayant arrêté de fumer depuis longtemps présentent un risque réduit de démence vasculaire²⁸⁻³⁰.

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

La population est de plus en plus préoccupée par l'accès inéquitable aux médicaments au pays, qui touche de manière disproportionnée les groupes démographiques à faible revenu, comme les femmes et les populations autochtones⁹⁹. Les personnes à faible revenu dépensent davantage pour des médicaments sur ordonnance que celles ayant un revenu plus élevé¹⁰⁰. Les coûts peuvent empêcher les individus de respecter la posologie prescrite; ce problème touche entre 8 et 10 % de la population au pays¹⁰¹⁻¹⁰³. Une observance inadéquate de la médication peut entraîner la mort ainsi qu'une augmentation des hospitalisations et des coûts des soins de santé^{104,105}.

SOLUTIONS

Les interventions, qu'elles soient axées sur la prévention ou le traitement, doivent tenir compte de la personne dans son ensemble. Une approche à plusieurs facettes visant à cibler les facteurs prédisposant au déficit cognitif est une modalité de traitement prometteuse qui s'est avérée efficace dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé de deux ans réalisé en Finlande. Plusieurs interventions ont été menées auprès du groupe expérimental dans le cadre de l'essai FINGER¹⁰⁶. Le régime alimentaire et l'activité physique ont été adaptés aux besoins des participants par des nutritionnistes et des physiothérapeutes. L'intervention d'entraînement cognitif, qui comprenait des activités sur ordinateur visant à améliorer la mémoire et la rapidité mentale, était menée par des psychologues. Les nombreuses rencontres d'intervention ont également stimulé l'activité sociale des participants. Après 24 mois, le groupe expérimental a enregistré une amélioration de 83 % des fonctions exécutives et de 150 % de la vitesse de traitement. Des améliorations ont également été constatées en ce qui a trait aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à l'indice de masse corporelle¹⁰⁶.

Cependant, les stratégies de lutte contre le déficit cognitif d'origine vasculaire doivent aller au-delà du traitement et inclure des approches préventives en amont. Les gouvernements peuvent jouer un rôle unique en s'attaquant aux facteurs prédisposant au déficit cognitif d'origine vasculaire par une combinaison d'initiatives de promotion de la santé, de politiques et de financement.

La promotion de la santé pour sensibiliser aux facteurs de risque liés à l'alimentation et l'amélioration de l'accès aux aliments faibles en sel, en sucre et en gras saturés peuvent aider les familles du pays à faire des choix alimentaires sains pour améliorer leur bien-être général. Un éventail de solutions à court et à long terme peuvent être utiles, notamment des politiques qui visent à réduire ou à limiter le sel, le sucre et les gras saturés dans les aliments et les boissons; une interdiction de la publicité de boissons et d'aliments à faible valeur nutritive visant les enfants; des politiques d'établissement des prix qui encouragent la consommation de légumes et de fruits; et des programmes communautaires qui améliorent l'accès à des aliments nutritifs et culturellement appropriés.

Les professionnels de la santé peuvent travailler avec les fumeurs pour mettre en évidence les différents risques associés au tabagisme de longue durée, y compris la démence, et l'amplification de ces risques en présence d'autres maladies chroniques. Les patients pourraient collaborer avec les dispensateurs de soins pour arrêter complètement de fumer en fonction de leurs besoins individuels. Les gouvernements pourraient continuer à soutenir les politiques visant à réduire le fardeau du tabagisme au sein de la population du pays, notamment en réduisant l'accès aux produits du tabac dans les magasins de détail, en augmentant les taxes sur le tabac et en renouvelant les mises en garde sur la santé.

L'idéal serait que la population pratique régulièrement une activité physique, mais ce n'est pas toujours possible. Les obstacles financiers peuvent empêcher les adultes et les enfants de participer à des entraînements physiques, tout comme le manque d'installations de loisirs et d'infrastructures de transport actif dans les collectivités. Les gouvernements doivent garantir des investissements continus dans les programmes, les installations et les infrastructures qui offrent à la population des options d'activité physique à faible coût, comme des parcs, des sentiers, des pistes cyclables, des centres communautaires et des terrains de sport.

Les gouvernements doivent également investir dans des stratégies de logement abordable et la création de collectivités sûres, car de nombreuses personnes au pays, en particulier les peuples autochtones, déclarent vivre dans des logements ou des collectivités qui ne répondent pas à leurs besoins. Reconnaître l'importance des environnements bâtis et le rôle qu'ils jouent dans la prévention des maladies chroniques (y compris les maladies du cœur et du cerveau) est un aspect

important de la planification communautaire. Le projet Canada proche allié Alzheimer, mené conjointement par les Sociétés Alzheimer du Canada, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario, vise à soutenir les personnes vivant avec la démence en créant des collectivités accueillantes pour celles-ci. Le projet comprend l'aménagement de trottoirs larges et dégagés, l'installation d'une grande signalisation lisible et l'utilisation de couleurs contrastées dans les espaces publics afin que des objets comme les toilettes dans les salles de bains publiques puissent être facilement distingués de loin¹⁰⁷. Ces initiatives communautaires aident les personnes vivant avec la démence et leurs aidants à vivre de manière autonome, à se déplacer en toute sécurité et à accéder aux entreprises, aux installations et aux services locaux¹⁰⁷.

Les collectivités accueillantes pour les personnes vivant avec la démence favorisent également la socialisation. La participation fréquente des personnes âgées à des activités sociales se traduit par une perception plus positive de leur état de santé ainsi qu'une diminution du sentiment de solitude ou d'insatisfaction à l'égard de leur vie¹⁰⁸. Les recherches sur les effets de la solitude et du manque de soutien social indiquent que l'isolement social et la solitude peuvent augmenter le risque de maladies chroniques, y compris le déficit cognitif d'origine vasculaire. La solitude est associée au déclenchement de certaines voies dans l'organisme qui activent la réponse au stress¹⁰⁹. Selon une étude, des relations sociales faibles sont associées à une augmentation de 29 % du risque de coronaropathie et de 32 % du risque d'AVC¹¹⁰. Une analyse de plusieurs études explorant le lien entre la solitude, l'isolement social et la démence a révélé que les personnes qui font état d'un plus grand sentiment de solitude et d'un plus faible niveau de participation ou d'engagement social courent un risque accru de développer de la démence³¹⁻³³. D'autre part, un bon niveau d'interactions et d'engagement sociaux protège contre le développement de la démence³³.

L'utilisation de solutions en amont et en aval pour gérer le fardeau du déficit cognitif d'origine vasculaire et des démences associées au sein de la population est une approche qui tient compte de la personne dans son ensemble et des facteurs environnementaux et physiques qui influent sur la santé. Cette approche holistique des soins doit être mise en œuvre en tenant compte de la réalité culturelle de l'ensemble de la population au pays.

Cohabiter avec une personne vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire ou en prendre soin

Vivre avec un déficit cognitif d'origine vasculaire peut s'avérer difficile. Le déficit cognitif d'origine vasculaire peut affecter la communication : il rend difficiles l'expression des pensées ou des sentiments et le maintien des relations personnelles.

La stigmatisation associée aux affections cognitives peut également empêcher les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire de s'adresser à des réseaux de soutien, ce qui les isole encore plus de leur famille et de leurs amis. Souvent, les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire ont de la difficulté à accepter leur situation. Cela peut entraîner des sentiments de honte et d'inadéquation en raison de leur incapacité à contrôler certains aspects de leur vie.

En juin 2016, une loi fédérale a été adoptée pour permettre aux adultes admissibles d'accéder à l'aide médicale à mourir (AMM)¹¹¹. Toutefois, pour être admissible, la personne qui demande l'AMM doit donner son consentement éclairé au moment de sa demande et « immédiatement avant que l'AMM soit fournie »¹¹¹. Pour les personnes vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire, il peut s'avérer impossible de donner leur consentement avant que l'AMM soit fournie en raison de la perte de la capacité de prendre des décisions aux stades avancés de la maladie. Plus de 300 000 personnes au pays ont répondu aux consultations gouvernementales sur l'AMM en janvier et en février 2020¹¹². Une grande majorité a indiqué être en faveur d'une modification de la législation sur l'AMM pour inclure les demandes anticipées¹¹². Une demande anticipée d'AMM peut être faite avant toute perte de capacité de prendre des décisions, avec l'intention que la demande soit exécutée dans l'avenir. Pour beaucoup, la question de l'AMM est une question de dignité et de contrôle sur la planification de sa propre fin de vie.

La prise en charge d'une personne vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire peut être un engagement important, tant sur le plan financier que sur le plan émotionnel. Que les soins soient prodigués à domicile ou dans un établissement, la responsabilité des soins peut être une source de stress et de fatigue pour l'aidant. Une étude allemande a montré que le personnel infirmier s'occupant de personnes vivant avec un déficit cognitif faisait état de difficultés grandissantes en matière de soins à mesure que le déficit cognitif s'aggravait. Les infirmiers s'occupant de personnes sans déficit cognitif ont signalé en moyenne 0,41 difficulté en matière de soins par séjour à l'hôpital (p. ex., des patients qui vagabondent ou qui sont agressifs physiquement) alors que les infirmiers s'occupant de personnes atteintes d'une démence grave en ont signalé 5,04¹¹³.

La prise en charge informelle d'une personne vivant avec un déficit cognitif d'origine vasculaire nécessite un investissement en temps important, estimé à 81,4 heures par mois³⁴. Ce nombre peut atteindre 111,4 heures par mois lorsque la personne qui reçoit les soins est atteinte d'un déficit cognitif grave³⁴. Les femmes assument la majorité des tâches de soins. Selon une étude, 75 % des soins seraient prodigués par des femmes³⁴. De nombreux aidants continuent à travailler tout

en prodiguant des soins, ce qui peut s'avérer particulièrement difficile pour ceux qui travaillent à temps plein. Au coût des absences du travail s'ajoutent les frais de déplacement ainsi que les coûts des médicaments et des services de soins de santé associés à la prestation de soins.

Dans une étude réalisée aux Pays-Bas, les aidants naturels d'une personne atteinte d'un déficit cognitif étaient cinq fois plus susceptibles de signaler des problèmes liés à la prestation de soins que les aidants s'occupant d'une personne sans déficit cognitif¹¹⁴. Une étude portugaise sur les aidants de personnes vivant avec un déficit cognitif a mis en évidence la nécessité pour les aidants d'avoir accès à de meilleurs renseignements et à un meilleur soutien de la part du dispensateur de soins primaires¹¹⁵. Les aidants ont ressenti de la détresse en raison de leur faible niveau de connaissance sur les soins à prodiguer à une personne vivant avec la démence et ont désigné les dispensateurs de soins primaires comme des sources fiables de renseignements médicaux et de renseignements sur les soins¹¹⁵. Un essai contrôlé randomisé mené dans un hôpital universitaire en Chine a révélé que l'éducation aux soins de l'AVC ciblant l'aidant naturel principal réduisait l'anxiété et la dépression, et avait un effet mesurable sur le déclin cognitif chez les personnes ayant subi un AVC ischémique¹¹⁶.

Stratégies et pratiques au Canada et à l'échelle internationale

Canada

INITIATIVES FÉDÉRALES

La Loi relative à une stratégie nationale sur la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (loi C-233), adoptée en juin 2017, exige du gouvernement canadien qu'il élabore une stratégie nationale sur la démence¹¹⁷. *Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons*, dirigée par l'Agence de la santé publique du Canada, a été élaborée et publiée en juin 2019¹¹⁷. Cette stratégie porte sur la démence et ses divers sous-types, dont la démence vasculaire. Elle définit trois objectifs : 1) prévenir la démence; 2) faire progresser les thérapies et trouver un remède; et 3) améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence et des aidants naturels¹¹⁷. Pour atteindre ces objectifs, la stratégie mise sur la collaboration entre de multiples partenaires, les investissements dans la recherche et l'innovation, la surveillance et des données complètes, l'élaboration de ressources d'information, et la création d'une main-d'œuvre qualifiée grâce à la formation postsecondaire¹¹⁷. Plus précisément, les environnements sociaux et bâtis doivent soutenir les personnes de tous âges dans l'adoption de saines habitudes de vie, et favoriser la création de milieux sécuritaires et bienveillants pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants naturels¹¹⁷.

Le budget de 2019 du gouvernement fédéral prévoyait un financement de 50 millions de dollars sur cinq ans pour la mise en œuvre de la stratégie canadienne sur la démence¹¹⁸. Or, la stratégie en matière de démence recommande un investissement annuel représentant plus de 1 % du coût total des soins liés à la démence. Par conséquent, le financement annuel nécessaire à l'atteinte des objectifs de la stratégie s'élèverait à environ 100 millions de dollars, minimalement¹¹⁹.

La loi C-233 exige que le ministre de la Santé présente un rapport annuel sur la stratégie canadienne sur la démence dans les deux ans suivant l'adoption du projet de loi, et chaque année par la suite. Ce rapport a pour but de traiter de l'efficacité de la stratégie nationale et de fournir des recommandations supplémentaires¹¹⁷. Bien que la loi C-233 ait été adoptée en 2017, le premier rapport n'a toujours pas été publié. Il est essentiel que ce travail se poursuive et que le gouvernement fédéral maintienne son engagement à effectuer une surveillance et une évaluation continues de la stratégie.

Instituts de recherche en santé du Canada

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) représentent le plus important organisme de financement fédéral au pays en matière de recherche en santé¹²⁰. Ils soutiennent la recherche sur les maladies neurodégénératives menant à la démence. De 2013-2014 à 2017-2018, les IRSC ont investi près de 200 millions de dollars dans la recherche liée à la démence, et ce, dans de nombreux domaines, dont la recherche sur la santé publique et des populations, pour mieux comprendre l'incidence des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur la démence¹¹⁷. Actuellement, les IRSC tiennent des consultations à l'échelle du pays sur les secteurs à prioriser dans le cadre de leurs investissements relatifs à leur Stratégie de recherche sur la démence (SRD).

Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement

Le gouvernement du Canada, la Société Alzheimer, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada et plusieurs autres organismes contribuent au financement du Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV) par l'entremise des IRSC¹¹⁷. Le CCNV est le premier et le plus important groupe de recherche sur les maladies neurodégénératives à l'échelle nationale. Son équipe se consacre à la recherche sur l'incidence des affections vasculaires sur les maladies neurodégénératives¹²¹. En 2021, le CCNV a publié de nouvelles lignes directrices sur la prise en charge du déficit cognitif d'origine vasculaire. Dans l'ensemble, l'objectif du CCNV est d'améliorer la compréhension des mécanismes d'apparition des maladies neurodégénératives, de la façon de ralentir l'évolution de la démence et ultimement de la prévenir, et de l'incidence de la démence sur les personnes qui en sont atteintes, leur famille et la communauté en entier¹²².

Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est un organisme public fédéral prenant part à de nombreux projets liés à la démence¹²³. L'ASPC soutient le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), un réseau de collaboration recueillant des données provinciales sur les maladies chroniques¹²⁴. Ces données contribuent à la détermination de l'affectation des ressources et à l'élaboration de politiques et de programmes en matière de santé¹⁴⁹. Elles sont également utilisées dans les rapports d'estimation nationaux de l'incidence, de la prévalence, de la mortalité toutes causes confondues et d'autres paramètres relatifs aux maladies chroniques¹²⁴. Le SCSMC collige des données sur la démence provenant de factures soumises par des médecins, de bases de données d'hôpitaux et de dossiers de médicaments sur ordonnance¹²⁴. Les données du SCSMC portant sur la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et autres sous-types de démence sont souvent regroupées. Le groupage des données pose parfois problème lors de l'analyse de l'incidence précise de la démence vasculaire sur la population¹²⁴.

L'ASPC participe à de nombreuses autres initiatives sur la démence et les finances. Par exemple, le Centre d'innovation canadien sur la santé du cerveau et le vieillissement (CABHI) a bénéficié d'un investissement de 42 millions de dollars provenant de l'ASPC¹¹⁷. L'Agence, par l'entremise de son programme Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, dirige également l'élaboration de nouvelles idées et interventions sur la prévention des maladies chroniques^{117,125}. Depuis 2013, ce programme a investi plus de 200 millions de dollars, notamment en financement provenant de partenaires non gouvernementaux¹¹⁷. Le programme est axé sur les facteurs de risque modifiables, dont la sédentarité et l'alimentation de faible qualité nutritionnelle, des habitudes de vie pouvant accroître le risque de maladies cardiaques et cérébrales^{117,125}.

STRATÉGIES PROVINCIALES ET TERRITORIALES

La Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et le Québec ont déjà mis en place des stratégies de lutte contre la démence¹²⁶. L'Ontario, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador sont en train d'élaborer de telles stratégies, tandis que la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut n'ont pas de stratégie officielle, mais proposent des programmes et des services aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants^{117,126,127}.

En 2012, l'Alberta a lancé le Cardiovascular Health and Stroke Strategic Clinical Network (CvHS SCN), une équipe de professionnels de la santé, de chercheurs, de leaders communautaires, de décideurs politiques et de personnes touchées par les maladies du cœur et l'AVC à l'échelle de la

province, qui vise à améliorer la prévention, le traitement et la prise en charge des maladies vasculaires. Les initiatives du CvHS SCN comprennent notamment un programme de réduction des risques vasculaires, soit une série de projets dont l'objectif principal est de déterminer les membres de la communauté présentant un risque de maladies vasculaires. Ce programme comporte deux volets principaux : 1) le dépistage des facteurs de risque vasculaire, la recherche de cas et la prise en charge précoce; et 2) les cliniques intégrées de réduction du risque vasculaire (c.-à-d. regroupement des services de prévention secondaire notamment de l'hypertension, de la dyslipidémie, de la prévention de l'AVC et des services de réadaptation cardiaque). Jusqu'à présent, plus de 30 organismes de soins de santé primaires et plus de 400 médecins de famille prennent part au programme, pour une portée qui s'étend à plus de 450 000 Albertains.

En 2017, la stratégie et le plan d'action quinquennaux de l'Alberta en matière de démence ont été publiés. Ils mettent l'accent sur la santé cérébrale, le soutien aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants dans leur communauté, et la prestation de soins et de services de grande qualité, du diagnostic aux soins en fin de vie¹²⁸. La stratégie de l'Alberta a été élaborée en consultation et en collaboration avec le public, les personnes atteintes de démence, les aidants, les organismes de première ligne et le personnel soignant^{117,128}. Parmi les investissements réalisés, 4,1 millions de dollars ont été consacrés au Seniors Health Strategic Clinical Network et 1,98 million de dollars à l'élargissement de la portée du programme *Premier lien*^{MD}, qui aide les personnes ayant reçu un diagnostic de démence à trouver les services dont ils ont besoin^{117,129}. Le total des coûts et du financement offert n'a pas été divulgué. Cet aspect a d'ailleurs été critiqué, notamment en raison de l'absence de projections des coûts et de l'incapacité du gouvernement à s'engager à offrir un financement supplémentaire¹³⁰.

Les provinces et territoires qui n'ont pas de stratégie officielle en matière de démence disposent de certaines initiatives financées par le gouvernement semblables à celles des régions dotées d'un plan d'action ou d'une stratégie¹¹⁷. Parmi les programmes et services couramment mis en place, on compte le programme *Premier lien*^{MD}, les unités de soins aux personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de longue durée, les programmes de formation, les collectivités-amies des aînés et les campagnes de sensibilisation à la démence¹¹⁷. Bien que ces programmes jouent un rôle important en comblant certaines lacunes dans les soins prodigués aux personnes atteintes de démence, les gouvernements provinciaux doivent adopter des stratégies globales exhaustives pour compléter la stratégie fédérale sur la démence et répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante.

STRATÉGIES POUR LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Les IRSC ont financé deux projets axés sur les Autochtones en 2017 dans le cadre de leur SRD¹³¹. Leur investissement total s'élevait à 1 million de dollars, dont la moitié a été consacrée à un projet de soins liés à la démence adaptés à la réalité culturelle des Autochtones âgés atteints de démence¹³¹. L'autre moitié du financement a été consacrée à l'élaboration du *Canadian Indigenous Cognitive Assessment Tool*, un outil de dépistage généralisé servant de base à une étude nationale sur la démence chez les populations autochtones¹³¹. Cet outil a été validé par le peuple anichinabé de l'île Manitoulin. Il est en cours de traduction pour pouvoir être validé par d'autres communautés autochtones¹³².

Le CCNV travaille en collaboration avec des communautés autochtones dans le cadre de son *programme sur la santé cognitive des Autochtones*. Ce programme vise à soutenir la recherche sur la démence menée par des Autochtones par la formation et le renforcement des capacités, à préparer des ressources pour aider les chercheurs du CCNV à mener des recherches sur la démence adaptée aux différentes cultures, et à élaborer une politique d'accès aux données autochtones¹³³.

Services aux Autochtones Canada propose un programme d'aide à la vie autonome auquel les membres des Premières Nations admissibles peuvent s'inscrire pour recevoir des services non médicaux d'aide à la vie autonome¹³⁴. Les Premières Nations des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont exclues de ce service, car elles relèvent de leur gouvernement territorial¹³⁴. Seules les personnes vivant dans une réserve ayant été orientées par un dispensateur de soins sont admissibles. De plus, elles ne doivent pouvoir accéder à ces services ou obtenir ce soutien d'aucune autre façon¹³⁴. Ces exigences peuvent empêcher l'accès au programme par bien des communautés autochtones vivant dans un secteur admissible à des services.

Le *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit* est également offert aux membres de ces nations admissibles atteints d'une maladie chronique, incluant le déficit cognitif d'origine vasculaire et la démence vasculaire, nécessitant des soins infirmiers et personnels¹³⁵. Environ 142 millions de dollars ont été investis dans ce programme de soins communautaires de 2017 à 2018¹³⁵.

Ces programmes et services représentent des investissements plus que nécessaires pour soutenir les communautés autochtones, mais ils ne suffisent pas. Le gouvernement fédéral doit continuer d'investir davantage dans les initiatives liées à la démence, y compris dans la surveillance à l'échelle de la population pour déterminer le poids du déficit cognitif d'origine vasculaire et de

la démence vasculaire qui pèse sur les communautés autochtones. Les investissements dans la recherche doivent être axés sur la détermination des risques propres aux populations autochtones et sur l'élaboration d'interventions efficaces et adaptées aux différentes cultures.

Échelle internationale

En 2013 a eu lieu le tout premier sommet du G8 sur la démence. Les participants ont demandé à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de reconnaître la démence comme une menace à la santé mondiale nécessitant une intervention immédiate¹³⁶. À la suite de cet appel à l'action, l'OMS a tenu, en 2015, la Première Conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence¹³⁷. Deux ans plus tard, l'OMS a publié son *Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025* pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence, de leur famille et des aidants, tout en réduisant les répercussions de la démence sur les communautés et les pays participants¹³⁸. En 2019, 31 plans de lutte contre la démence avaient été adoptés dans 28 pays, dont 26 membres de l'OMS¹³⁹. Cela ne représente que 18 % de l'objectif de 146 pays de l'Organisation¹³⁹.

En 2019, l'OMS a également publié le rapport *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines* pour faire la promotion de stratégies de prévention¹⁴⁰. InterAcademy Partnership et Alzheimer Disease International ont également publié des rapports sur des thèmes communs, dont l'importance de la création d'environnements sains favorisant la réduction des risques, la continuité des soins, le financement de la recherche sur la démence et le soutien aux aidants^{141,142}. Bien que la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire soient deux maladies distinctes, les Sociétés Alzheimer de partout dans le monde sont les principales défenseuses des initiatives liées à la démence. Elles ont d'ailleurs lancé divers programmes et services à cet égard. Par exemple, en 2013, la Société Alzheimer du Royaume-Uni a publié le rapport *Building dementia-friendly communities: A priority for everyone*.

Lacunes en matière de soins et modèle de soins intégré

Au Canada, le fardeau des maladies chroniques s'alourdit; elles touchent les personnes âgées, mais également des personnes jeunes. Ces deux groupes rencontrent des difficultés qui leur sont propres attribuables à l'incidence que la maladie chronique peut avoir notamment sur l'emploi, la famille, la vie sociale et la vie quotidienne. Des données provenant d'hôpitaux du pays démontrent que plus des deux tiers de la population de 65 ans et plus souffrent d'au moins une maladie chronique¹⁴³. En outre, les adultes de 65 ans et plus sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'au moins trois maladies chroniques que ceux de 45 à 64 ans¹⁴³. Les personnes

souffrant d'un plus grand nombre de maladies chroniques doivent également recevoir plus de services des cliniques de soins primaires que celles ne souffrant pas de maladies chroniques ou que celles souffrant d'un moins grand nombre de ces maladies. De plus, les personnes âgées et les femmes sont également plus susceptibles d'être de grands utilisateurs des services des cliniques de soins primaires¹⁴³.

Quant aux personnes souffrant d'un déficit cognitif, il peut être encore plus difficile de leur prodiguer des soins. Une analyse des données de 2008 de l'Assurance-santé de l'Ontario a révélé que les personnes ayant reçu un diagnostic de démence consultent un omnipraticien environ 12 fois par an et un spécialiste environ 13 fois par an³⁶.

Malheureusement, le système de santé du pays n'est pas conçu pour composer avec la complexité de la prise en charge de multiples maladies chroniques concomitantes. Les données de l'Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés ont indiqué que près des deux tiers des personnes âgées avaient difficilement accès à des soins médicaux en dehors des heures d'ouverture des cliniques sans devoir se rendre au service des urgences¹⁴⁴. De nombreuses personnes âgées ont également rencontré des problèmes de coordination. Environ 12 % des personnes âgées ont déclaré que les résultats de leurs tests médicaux n'étaient pas disponibles lors de leur rendez-vous, 11 % ont également déclaré avoir reçu des renseignements contradictoires de la part de différents dispensateurs de soins et 8 % ont eu l'impression qu'une erreur avait été commise lors de leur traitement¹⁴⁴. De nombreuses personnes âgées ont également eu des difficultés à recevoir des soins auprès de spécialistes : trois personnes âgées sur cinq ont attendu au moins quatre semaines pour obtenir un rendez-vous¹⁴⁴. Les personnes âgées font aussi état d'un manque de communication entre leur fournisseur de soins habituel et leurs spécialistes¹⁴⁴. Cette approche cloisonnée des soins peut compliquer l'obtention d'un diagnostic, le traitement et le rétablissement, car elle impose de lourdes exigences aux dispensateurs de soins primaires qui coordonnent les soins dans un système complexe.

Souvent, des soins complexes sont nécessaires même après qu'une personne atteinte de maladies chroniques ait reçu son congé de l'hôpital. Une personne âgée sur cinq a déclaré ne pas avoir reçu d'instructions à la suite de son congé de l'hôpital, notamment pour la planification des soins de suivi¹⁴⁴. En outre, plus d'un quart des répondants (27 %) ont signalé n'avoir reçu aucun renseignement sur les médicaments prescrits, notamment sur leur rôle¹⁴⁴.

De nombreuses personnes âgées qui vivent toujours dans leur domicile reçoivent des soins d'un aidant naturel (p. ex., membre de la famille, ami ou voisin)¹⁴⁵. Un déficit cognitif peut augmenter la complexité des soins et entraîner une détresse

chez l'aidant¹⁴⁵. De plus, divers facteurs peuvent avoir une incidence sur l'expérience liée au déficit cognitif d'origine vasculaire, dont l'étape de la vie de la personne atteinte de même que ses rôles et responsabilités incluant l'emploi, le rôle familial, les responsabilités personnelles ou professionnelles. Ces facteurs peuvent donner lieu à des difficultés uniques, particulièrement chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire à un jeune âge.

DESCRIPTION D'UN MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉ

Un modèle de soins adéquatement intégré offre aux patients une prestation de soins fluide, du diagnostic au rétablissement et lors du retour dans la collectivité. Dans le système de santé du pays, une telle approche exigerait une base de soins primaires solide, de même qu'une collaboration et une communication efficaces entre les nombreux professionnels de la santé et les administrateurs des systèmes de santé. En 2012, un comité directeur formé de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association médicale canadienne ont discuté de la transformation du système de santé canadien pour en faire un modèle intégré. À partir de ces discussions, cinq principes fondamentaux ont été définis :

Accès des patients¹⁴⁶ : Toutes les personnes au pays peuvent bénéficier d'un accès équitable à des soins complets, peu importe les obstacles, dont l'emplacement géographique. Cela comprend l'accès équitable à des médicaments sur ordonnance, quelle que soit la situation financière du patient.

Soins axés sur le patient¹⁴⁶ : Les dispensateurs de soins doivent veiller à ce que les soins soient adaptés aux besoins individuels de la personne et modifiés à mesure que ses besoins changent. Cela consiste également à responsabiliser les patients quant à leurs besoins en matière de soins et à leur fournir des soins sûrs et adaptés à leur culture.

Continuité informationnelle¹⁴⁶ : La transition des soins d'un dispensateur à l'autre peut être fluide si l'accès à l'information et la transmission des données sont faciles. L'accès aux renseignements les plus récents en ce qui a trait aux soins (p. ex., par le transfert de dossiers de santé électroniques) peut faire en sorte que les soins prodigués ne sont pas redondants et qu'ils répondent aux besoins du patient.

Continuité de la prise en charge¹⁴⁶ : Les services de soins et le soutien en matière de soins exigent une bonne coordination d'un secteur et d'une région géographique à l'autre. Chez les patients atteints de maladies chroniques, la continuité des services de soins de santé est assurée par une communication fréquente entre les dispensateurs de soins pour s'assurer que les objectifs du patient soient atteints ou modifiés.

Continuité relationnelle¹⁴⁶ : La planification du congé est une action concertée à laquelle le patient et les aidants doivent participer, car les soins se poursuivent lorsque le patient

réintègre la collectivité. Les dispensateurs de soins doivent diriger leurs patients vers des services et des programmes communautaires, et communiquer régulièrement avec les patients et leurs aidants.

Soins intégrés de l'AVC en présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire

Une étude dans le cadre de laquelle des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de dispensateurs de soins primaires et secondaires a révélé plusieurs obstacles nuisant à la prestation de soins aux personnes atteintes de déficits de mémoire à la suite d'un AVC. Les dispensateurs de soins ont constaté que l'accent était moins mis sur la mémoire et les déficits cognitifs après l'AVC, et que la communication des difficultés relatives aux soins était limitée une fois que la personne ayant subi un AVC était de retour dans la collectivité¹⁴⁷. Les dispensateurs estimaient aussi que la distinction n'était pas claire entre le rôle des dispensateurs de soins primaires et ceux de soins secondaires, ce qui entraînait des lacunes dans la transmission de renseignements et une sous-optimisation des méthodes de soins¹⁴⁷.

Au sujet du déficit cognitif d'origine vasculaire, les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC expliquent de quelle manière ces lacunes peuvent être comblées. Les personnes ayant subi un AVC devraient faire l'objet d'un dépistage systématique des symptômes de déficit cognitif d'origine vasculaire au moment de leur sortie de l'hôpital et après celle-ci, de même qu'aux points de transition⁹⁵. Cela comprend un dépistage avant la sortie des soins de courte durée, pendant la réadaptation en milieu hospitalier et pendant les soins extrahospitaliers et communautaires à la suite d'un AVC. Quant aux personnes vivant avec les séquelles d'un AVC et un déficit cognitif d'origine vasculaire, une évaluation plus poussée est recommandée pour mesurer les déficits relatifs notamment au niveau d'éveil, à l'attention, à la mémoire et au langage. Les répercussions et la présentation d'un déficit cognitif d'origine vasculaire peuvent changer avec le temps, c'est pourquoi il est recommandé d'effectuer un dépistage et une évaluation à différentes étapes des soins.

Pour réduire le risque de déficit cognitif d'origine vasculaire à la suite d'un AVC, il est important d'assurer la prise en charge des facteurs de risque du déficit cognitif, dont l'hypertension et le diabète. Il est essentiel que ces interventions soient adaptées aux besoins de l'individu ainsi qu'à ses objectifs, à ses forces et à ses attentes. Les personnes ayant subi un AVC qui présentent des signes de dépression ou d'anxiété doivent être orientées vers les professionnels en santé mentale pertinents. En outre, les interventions de réadaptation cognitive en présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire à la suite d'un AVC doivent être axées sur les déficits touchant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives, l'objectif

étant de renforcer ou de retrouver des habiletés antérieures, ou d'acquérir des habiletés compensatoires. Les jeux vidéo, l'activité physique, la réalité virtuelle et la musique ont tous conduit à un certain succès dans la réadaptation cognitive.

Soins virtuels en présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire

Les soins virtuels sont des séances de soins de santé à distance qui se tiennent entre un dispensateur de soins et un patient lorsque ceux-ci sont dans des endroits différents, comme à la clinique ou à la maison, par téléphone ou ordinateur, avec vidéo ou non. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'adoption des soins de santé virtuels au pays. Avec la popularité croissante des modes de prestation virtuels, la recherche s'oriente maintenant vers la façon dont les soins de santé virtuels peuvent soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques, y compris des maladies cardiaques et cérébrales.

Les premières études indiquent que certains soins virtuels fournis à des personnes atteintes de démence donneraient des résultats positifs. Une étude de 2018 portant sur 82 personnes âgées de 60 à 75 ans a cherché à découvrir si des soins de santé virtuels portant sur le changement des habitudes de vie pouvaient entraîner une amélioration en ce qui a trait à l'alimentation, à l'exercice physique, au sommeil, au stress et à la cognition des participants. De nombreuses plateformes numériques ont été utilisées pour mener à bien l'intervention d'un an en soins de santé virtuels. Un coach était accessible périodiquement par téléphone ou par courriel et un guide Web était fourni aux participants. Les interventions relatives au mode de vie ont semblé améliorer les fonctions cognitives des participants, ce qui pourrait contribuer à retarder ou à prévenir l'apparition de la démence¹⁴⁸.

Une autre étude approfondie a évalué les avantages de fournir un soutien par téléphone et par Internet aux aidants des personnes atteintes d'un déficit cognitif comme la démence vasculaire, la démence mixte et la maladie d'Alzheimer¹⁴⁹. Parmi les types de soutien virtuel offert, on comptait notamment le soutien social, la psychothérapie ou la consultation pour des problèmes ou des troubles de santé mentale, et l'éducation. Les aidants qui ont reçu des soins de santé virtuels par téléphone et par Internet ont obtenu de meilleurs résultats que ceux ayant reçu des soins de santé virtuels uniquement par téléphone ou uniquement par Internet. Parmi les résultats observés, notons la diminution de la dépression et de la perception du fardeau lié aux soins, ainsi qu'une augmentation de la connaissance de ses propres capacités.

Pour une mise en œuvre plus efficace des soins de santé virtuels, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les lacunes précises à combler en matière de soins chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs aidants¹⁴⁹. Des dispositions doivent

être prises pour les communautés susceptibles de rencontrer des obstacles à l'accès aux soins de santé virtuels, notamment les personnes âgées; les salariés à faible revenu; les communautés nordiques, éloignées et rurales; les nouveaux arrivants; les populations autochtones; les personnes handicapées; les personnes en situation d'itinérance et les personnes faiblement alphabétisées.

Lacunes en recherche et secteurs prioritaires

À l'heure actuelle, il existe peu de traitements pharmacologiques approuvés pour le déficit cognitif d'origine vasculaire, et l'efficacité d'autres traitements fait encore l'objet de recherches. De plus en plus, l'AVC est reconnu comme étant un facteur de risque important du déficit cognitif d'origine vasculaire. La recherche dans le domaine aide les dispensateurs de soins à comprendre les mécanismes unissant l'AVC et d'autres maladies vasculaires cérébrales au déficit cognitif et à la démence vasculaire. L'incidence des traitements des maladies associées au déficit cognitif d'origine vasculaire sur le risque de développer un tel déficit et la capacité de ces traitements à réduire la gravité du déficit cognitif d'origine vasculaire ne sont pas encore très connus. D'autres essais cliniques sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des nouveaux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, dont les traitements qui tiennent compte des aspects sociaux de la santé et du bien-être du patient et de l'aidant.

La Première Conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence de l'OMS s'est tenue en mars 2015. Plus de 160 délégués présents se sont entendus pour lancer un appel à l'action visant à réduire le fardeau mondial de la démence grâce à un effort concerté à l'échelle internationale dans la recherche sur la démence¹⁵⁰. À la suite de cet appel à l'action, un processus de classement a été entrepris par 162 experts (dont 88 % étaient des chercheurs ou des cliniciens) de 39 pays (principalement en Amérique [36 %], en Europe [37 %] et dans le Pacifique occidental [17 %])¹⁵⁰. Ce processus a permis de déterminer sept domaines de recherche prioritaires pour réduire le fardeau mondial de la démence d'ici 2025.

1. Prévention, détermination et réduction des risques¹⁵⁰ :

Explorer les approches de prévention primaire et secondaire de la démence en fonction des facteurs de risque et de protection. Comprendre l'interaction et l'interrelation entre les facteurs de risque et de protection modifiables et non modifiables de la démence. Déterminer la faisabilité et l'efficacité des interventions portant sur les facteurs de risque de la démence (p. ex., activité physique, nutrition, éducation, etc.).

- 2. Qualité des soins aux personnes atteintes de démence et aux aidants¹⁵⁰** : Explorer les interventions optimales en matière d'éducation, de formation et de soutien des aidants naturels des personnes atteintes de démence. Élaborer des politiques et des plans d'action visant à accroître les connaissances, les compétences et les capacités du personnel de santé et des services sociaux en matière de soins aux personnes atteintes de démence.
- 3. Prestation de soins et de services aux personnes atteintes de démence et aux aidants¹⁵⁰** : Mener des recherches sur les meilleurs modèles de soins et de soutien possible pour les personnes atteintes de démence et les aidants naturels. Déterminer des stratégies pour fournir des traitements et des soins en fin de vie rentables aux personnes atteintes de démence. Comprendre le rôle que peut jouer la technologie d'aide (p. ex., cybersanté, santé mobile, etc.) auprès des personnes atteintes de démence et leurs aidants.
- 4. Diagnostic, identification de biomarqueurs et suivi des maladies¹⁵⁰** : Cerner des pratiques et des interventions cliniques menant à un diagnostic juste et opportun de la démence. Identification et validation de biomarqueurs des causes de la démence pour évaluer l'évolution de la maladie, de la phase présymptomatique à la phase tardive. Effectuer un suivi auprès de personnes en bonne santé pour déceler les changements précoces s'opérant en présence d'une maladie neurodégénérative.
- 5. Recherche clinique translationnelle pharmacologique et non pharmacologique¹⁵⁰** : Découvrir diverses approches thérapeutiques par l'entremise d'essais cliniques portant sur les maladies neurodégénératives et autres maladies cérébrales à l'origine de la démence. Collaborer à l'exploration d'essais plus efficaces, d'essais adaptatifs et de traitements combinés liés à la démence. Mettre en application de meilleures mesures des résultats des essais cliniques relatifs à la cognition, au fonctionnement et à d'autres biomarqueurs des maladies neurodégénératives à l'origine de la démence.
- 6. Sensibilisation et compréhension du public¹⁵⁰** : Déterminer comment la connaissance des risques modifiables et non modifiables peut se refléter efficacement dans les messages de promotion de la santé et de prévention de la démence. Déterminer l'efficacité et la rentabilité des collectivités accueillantes pour les personnes atteintes de démence et d'autres stratégies. Connaître les différences culturelles quant aux attitudes envers la démence pour favoriser la prestation de soins adaptés à la culture.
- 7. Physiologie, évolution du vieillissement normal et pathogénie¹⁵⁰** : Comprendre comment les maladies vasculaires (p. ex., maladie cardiaque, AVC) contribuent à l'apparition de maladies neurodégénératives et de la démence. Comprendre le rôle de l'inflammation et du système immunitaire dans l'apparition et l'évolution de la démence.

Options en matière de politiques

Cœur + AVC recommande à la population et à tous les secteurs de la société d'envisager les options de politiques présentées ci-dessous pour prévenir le déficit cognitif d'origine vasculaire et améliorer les résultats des patients en reconnaissant le lien étroit entre les maladies cardiaques, l'AVC et le déficit cognitif d'origine vasculaire.

- 1. Membres de la population (y compris les personnes ayant une expérience vécue [PAEV]), et les organismes et programmes communautaires :**
 - En apprendre davantage sur les maladies cardiaques, l'AVC et le déficit cognitif d'origine vasculaire :
 - page du site Web de Cœur + AVC consacrée au déficit cognitif d'origine vasculaire;
 - bulletin 2019 de Cœur + AVC, (Dé)connexions.
 - Défendre la cause en communiquant avec les gouvernements locaux pour défendre les politiques relatives à la santé cardiaque et cérébrale, et promouvoir une sensibilisation et une prévention accrues au sujet du déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Soutenir et encourager les mesures gouvernementales liées aux facteurs environnementaux et sociaux touchant la santé, notamment les suivantes :
 - programmes, services et politiques alimentaires améliorant l'accès à des aliments nutritifs;
 - programmes et infrastructures communautaires accueillants pour les personnes atteintes de démence;
 - politiques pour un hébergement sécuritaire et abordable;
 - initiatives de promotion de l'activité physique auprès des enfants, des adultes et des personnes âgées;
 - politiques de lutte contre le tabagisme.
 - PAEV de maladie cardiaque, d'AVC ou de déficit cognitif d'origine vasculaire :
 - Avec son médecin, aborder ses risques personnels de déficit cognitif d'origine vasculaire en présence d'une maladie cardiaque ou d'un antécédent d'AVC.
 - En présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, parler à son médecin d'une prise en charge continue et de ses attentes.

- Comprendre que la stigmatisation peut nuire grandement à la reconnaissance d'un problème de cognition et à la recherche d'aide.
- Parler à sa famille et à ses amis de ce que cela représente, de vivre avec un déficit cognitif d'origine vasculaire, et du soutien nécessaire.
- Exprimer son besoin d'avoir accès à des soins adaptés à sa culture et s'entretenir avec ses dispensateurs de soins de la manière de répondre le mieux possible à ses besoins.
- Adopter un mode de vie sain et actif :
 - Adopter une alimentation nutritive et équilibrée, faible en sel, en sucre et en gras saturés, et privilégier l'eau comme boisson.
 - Pratiquer régulièrement une activité physique modérée à vigoureuse (p. ex., marche, vélo, course à pied, entraînement).
 - Songer à arrêter de fumer, s'il y a lieu, et parler à son médecin des interventions d'abandon du tabac pertinentes.
 - Participer régulièrement à des activités sociales selon ses capacités et entretenir ses relations sociales.
 - Surveiller les signes, les symptômes ou les maladies pouvant indiquer un déficit cognitif d'origine vasculaire, dont l'apparition d'un déficit de communication ou sensorimoteur (p. ex., perte de la vue ou de l'ouïe). Communiquer avec son médecin s'ils surviennent au quotidien.
- Travailler en partenariat avec les communautés autochtones pour trouver des solutions aux lacunes en matière de soins chez les Autochtones atteints d'un déficit cognitif d'origine vasculaire **(F, P/T)**.
- Mettre en œuvre des interventions portant sur les facteurs de risque modifiables :
 - Permettre à la population d'adopter une alimentation saine et équilibrée, faible en sel, en sucre et en gras saturés, grâce à des mesures telles que l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages, l'interdiction de la publicité d'aliments et de boissons visant les enfants, l'adoption de politiques sur l'alimentation en milieu scolaire et l'élaboration de stratégies et de programmes locaux visant à faciliter l'accès à des aliments sains **(F, P/T, M)**.
 - Mettre en œuvre et soutenir des politiques et des programmes qui renforcent les stratégies de lutte contre le tabagisme, notamment l'augmentation des taxes, l'octroi de permis de vente au détail, l'augmentation de l'âge légal, l'amélioration des politiques antitabac et d'autres mesures politiques **(F, P/T, M)**.
 - Mettre en œuvre et soutenir des politiques et des programmes qui appuient les efforts d'abandon du tabac **(P/T, M)**.
 - Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies exhaustives bien financées pour promouvoir l'activité physique, notamment par le financement du transport actif, l'augmentation de l'activité physique dans les écoles et la création d'infrastructures propices à l'adoption d'un mode de vie actif **(F, P/T, M)**.

Légende

F : gouvernement fédéral

P/T : gouvernements provinciaux et territoriaux

M : administrations municipales

2. Gouvernements et administrations

- Rester informé sur le déficit cognitif d'origine vasculaire et les avantages des mesures de prévention sur la santé et le bien-être en général **(F, P/T, M)**.
- Accroître la sensibilisation du public à la prévention du déficit cognitif d'origine vasculaire en mettant en œuvre des campagnes de promotion de la santé axées sur les facteurs de risque importants, modifiables et non modifiables, dont l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, le diabète et l'hypertension **(F, P/T)**.
- Accroître la sensibilisation du public aux risques associés au déficit cognitif d'origine vasculaire (p. ex., risque accru d'AVC) en organisant des campagnes de sensibilisation **(F, P/T)**.
- Mettre en œuvre des interventions portant sur les déterminants de la santé :
 - Mettre en place des politiques visant à réduire la pauvreté et l'insécurité alimentaire, notamment des mesures d'aide au revenu, favoriser la production et la distribution d'aliments sains, et fournir une aide d'urgence à court terme en cas d'insécurité alimentaire **(F, P/T, M)**.
 - Créer des communautés qui favorisent un mode de vie sain et actif à l'aide d'infrastructures appropriées (p. ex., trottoirs, pistes cyclables, parcs) et d'un accès facile aux centres communautaires, aux commerces et aux services **(P/T, M)**.
 - Offrir des mesures incitatives pour que les communautés fassent la promotion de la santé et organisent des activités sociales (p. ex., crédits d'impôt pour les activités de groupe favorisant l'intégration sociale) **(F, P/T)**.

- Soutenir les politiques favorisant l'accès à un hébergement sécuritaire et abordable aux membres de la population à faible revenu **(P/T, M)**.
 - Soutenir les collectivités accueillantes pour les personnes atteintes de démence et en créer de nouvelles pour aider ces personnes à circuler en toute sécurité au sein de leur collectivité :
 - Mettre en œuvre des initiatives communautaires favorisant une bonne santé cardiaque et cérébrale, telles que des infrastructures accessibles à pied, des initiatives de transport actif et des espaces favorisant les contacts sociaux **(M)**.
 - Aménager des espaces publics où les toilettes, les escaliers et les mains courantes présentent des couleurs contrastées, et s'assurer que la police de caractères des éléments d'affichage est facilement lisible **(M)**.
 - Veiller à ce que les collectivités disposent d'espaces favorisant les contacts sociaux où la population peut se rassembler. Proposer des activités sociales aux personnes âgées dans les centres communautaires **(M)**.
 - Mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments universel dans lequel l'État est le premier payeur pour améliorer l'accès de la population à des médicaments abordables, y compris les personnes atteintes d'une maladie cardiaque, ayant subi un AVC ou atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire **(F, P/T)**.
 - Accroître les investissements gouvernementaux dans la recherche sur la démence vasculaire en mettant l'accent sur les sept domaines de recherche définis lors de la Première Conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence de l'OMS **(F)**.
 - Mettre en œuvre des stratégies concrètes de lutte contre la démence :
 - Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie canadienne sur la démence « *Une stratégie sur la démence pour le Canada : Ensemble, nous y aspirons* » **(F)**.
 - Travailler avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux pour consolider les diverses stratégies provinciales et territoriales en matière de démence en une stratégie nationale unique et globale **(F, P/T)**.
 - S'assurer que les investissements en recherche sur la démence sont suffisants **(F)** :
 - Veiller à ce qu'une partie du financement soit investie dans la recherche sur la démence vasculaire, un sous-type de déficit cognitif d'origine vasculaire **(F)**.
 - S'assurer que la prévalence, l'incidence, la mortalité et les autres indicateurs relatifs à la démence sont signalés par type de démence pour qu'une distinction claire soit faite entre la démence vasculaire et les autres sous-types de démence **(F, P/T)** :
 - Utiliser ces données pour informer les services et programmes de soins de santé destinés aux personnes atteintes de démence vasculaire **(F, P/T, M)**.
 - Reconnaître la valeur des centres d'excellence provinciaux et régionaux en matière de soins aux personnes atteintes de démence, et collaborer avec les autres provinces pour s'assurer que l'ensemble de la population a accès à ces centres et aux soins qu'ils prodiguent **(P/T)**.
 - Collaborer avec les administrateurs des systèmes de santé, les établissements de soins de santé, les dispensateurs de soins et les personnes atteintes d'une maladie cardiaque ou cérébrale à la création de solutions de soins intégrés dans le système de santé au pays **(P/T)**.
 - Poursuivre le dialogue avec les PAEV de déficit cognitif d'origine vasculaire sur l'aide médicale à mourir (AMM) et sur la nécessité de soumettre une demande anticipée avant un déclin cognitif marqué **(F)**.
- ### 3. Planificateurs des systèmes de santé
- Reconnaître la valeur des centres d'excellence en matière de soins aux personnes atteintes de démence :
 - Assurer un accès équitable aux centres d'excellence sans égard aux obstacles liés aux coûts ou aux déplacements. Utiliser la technologie pour assurer l'accès virtuel à certains services.
 - Adopter des pratiques de dépistage et d'évaluation précoce ou systématique du déficit cognitif d'origine vasculaire chez les populations à risque, y compris les personnes atteintes d'une maladie cardiaque ou ayant subi un AVC :
 - Mettre en œuvre les recommandations pertinentes énoncées dans les nouvelles lignes directrices de Cœur + AVC en matière de déficit cognitif d'origine vasculaire. **** Les lignes directrices en matière de déficit cognitif d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC ont été révisées; une mise à jour a été publiée à l'hiver 2022.**
 - Mettre en œuvre les recommandations pertinentes énoncées dans les nouvelles lignes directrices définies lors de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD) de 2020.

- Intégrer des outils de dépistage dans les évaluations générales. Comblent les lacunes relatives à l'évaluation précoce, à l'évaluation systématique et au dépistage pour certains groupes à risque élevé de déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Investir dans la technologie et les systèmes de dossiers de santé électroniques afin d'améliorer la collecte des renseignements.
 - Pour les personnes ayant subi un AVC, procéder au dépistage du déficit cognitif avant la sortie de l'hôpital : aux soins de courte durée et en réadaptation en milieu hospitalier. Le dépistage peut également avoir lieu aux étapes de suivi du rétablissement (p. ex., milieu extrahospitalier, milieu de soins de santé communautaire). **** Les lignes directrices en matière de déficit cognitif d'origine vasculaire des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC ont été révisées; une mise à jour a été publiée à l'hiver 2022.**
 - Mettre en place des mécanismes efficaces pour orienter les patients vers les services de soins de santé dont ils ont besoin :
 - Au sein du système de santé, travailler à créer de tels liens pour optimiser les soins, l'expérience et les résultats cliniques des patients.
 - Veiller à ce que les soins prodigués aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire se poursuivent après leur sortie de l'hôpital, en milieu de soins communautaires.
 - Assurer des liens solides avec les services et programmes communautaires, et le maintien de la relation avec les dispensateurs de soins après la sortie de l'hôpital.
 - Travailler en partenariat avec les communautés autochtones pour trouver des solutions aux lacunes en matière de soins chez les Autochtones atteints d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Examiner comment la santé virtuelle peut être intégrée dans les services de santé existants afin de mieux servir les personnes atteintes de démence vasculaire et leurs aidants.
- 4. Dispensateurs de soins, y compris les professionnels paramédicaux**
- Promouvoir les mesures de prévention auprès des personnes susceptibles de développer un déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Veiller à ce que les personnes à risque fassent l'objet d'un dépistage du déficit cognitif d'origine vasculaire au besoin, à diverses étapes des soins.
- S'orienter vers des modèles de soins multidisciplinaires :
 - Connaître les avantages de travailler au sein d'une équipe interdisciplinaire pour ce qui est de l'amélioration des résultats pour les patients. Se servir de cette occasion pour se perfectionner sur le plan professionnel.
 - Cliniciens, infirmières et autres professionnels paramédicaux : collaborer pour fournir des soins exhaustifs axés sur le patient et le travail d'équipe.
 - S'engager à fournir des soins continus aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire après leur sortie de l'hôpital, car leurs besoins continuent d'évoluer :
 - Orienter les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs aidants vers des programmes et des services communautaires.
 - Maintenir les voies de communication ouvertes avec les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs aidants, car les besoins liés aux soins continuent d'évoluer.
 - Se familiariser avec les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC sur le déficit cognitif d'origine vasculaire, y compris avec les maladies concomitantes pouvant entraîner une mauvaise interprétation des résultats du dépistage, dont un déficit sensorimoteur (p. ex., perte de la vue ou de l'ouïe).
 - Découvrir comment la santé virtuelle peut s'intégrer aux pratiques de soins :
 - Offrir aux personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire et à leurs aidants des options de soins de santé virtuels répondant à leurs besoins précis, dont la télésanté.
 - Adopter des pratiques de soins adaptées aux différentes cultures. Collaborer avec les communautés autochtones et autres groupes marginalisés pour mieux comprendre les besoins qui leur sont propres.
 - Écouter les préoccupations des PAEV et de leurs aidants en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir (AMM). Orienter les personnes vers des ressources pouvant les aider dans la planification des soins en fin de vie.
- 5. Chercheurs, établissements de recherche et bailleurs de fonds de la recherche**
- Financer la recherche ou mener des recherches portant sur les diverses lacunes de compréhension du déficit cognitif d'origine vasculaire, notamment en ce qui a trait aux éléments ci-dessous, mais sans s'y limiter :
 - Déterminer la norme de définition et de diagnostic du déficit cognitif d'origine vasculaire :

- Comprendre les biomarqueurs indiquant une maladie neurodégénérative ou un changement menant à un déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Mettre l'accent sur les mesures de prévention :
 - Déterminer l'efficacité de la reconnaissance et du traitement des premiers signes précurseurs des maladies cardiaques et de l'AVC pour soutenir la prévention du déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Déterminer le rôle des facteurs de risque et de protection modifiables et non modifiables du déficit cognitif d'origine vasculaire, et les interventions ciblant ces facteurs.
 - Déterminer le lien entre les déterminants sociaux et culturels de la santé, les facteurs de risque et de protection ainsi que les maladies vasculaires concomitantes.
 - Examiner l'efficacité des interventions de dépistage pour évaluer l'apparition précoce d'un déficit cognitif d'origine vasculaire chez les personnes à risque.
 - Examiner les modèles de soins et de traitement optimaux des personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire :
 - Évaluer en quoi une maladie chronique préexistante (surtout pour ce qui est des affections liées à une maladie neurodégénérative) peut accroître le degré de complexité des soins requis.
 - Mener des recherches sur les interventions thérapeutiques efficaces en présence d'un déficit cognitif d'origine vasculaire.
 - Examiner les interventions de réadaptation efficaces chez les personnes atteintes d'un déficit cognitif d'origine vasculaire, et l'intégration de ces interventions à la pratique.
 - Examiner les options de soins de santé virtuels et déterminer quels types d'interventions sont les plus efficaces.
 - Veiller à ce que la recherche étudie également le déficit cognitif d'origine vasculaire chez les personnes jeunes pour mieux comprendre l'incidence du déficit sur la qualité de vie de ces personnes, de même que les difficultés connexes auxquelles elles sont confrontées.
 - S'assurer que la recherche tient compte du sexe biologique et du genre (rôle socialement construit), s'il y a lieu :
 - Signaler le sexe des participants et s'assurer que les deux sexes sont adéquatement représentés.
 - Tenir compte du sexe et du genre dans la conception de la recherche. S'assurer que les résultats sont subdivisés par sexe et par genre, et aborder leur rôle possible dans l'analyse.
 - Collaborer avec des communautés autochtones pour définir les besoins en matière de recherche. Intégrer des chercheurs et des participants autochtones à l'équipe.
- 6. Établissements universitaires dotés de facultés de médecine, de soins infirmiers et de soins paramédicaux**
- S'assurer que les programmes reflètent bien la compréhension actuelle du déficit cognitif d'origine vasculaire :
 - Comprendre les risques de déficit cognitif d'origine vasculaire chez les personnes atteintes d'une maladie cardiaque ou ayant subi un AVC.
 - Aborder les stratégies de prévention, dont les interventions visant les facteurs de risque modifiables et non modifiables.
 - Tenir compte de l'incidence du milieu social et culturel sur l'apparition des facteurs de risque des maladies vasculaires.
 - Adopter une approche multidisciplinaire axée sur le travail d'équipe tout au long des programmes :
 - Favoriser une culture de collaboration interdisciplinaire en faisant travailler ensemble sur des projets et des ateliers des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en soins paramédicaux tout au long de leurs études.
- 7. Groupes de diverses industries**
- Industrie alimentaire :
 - Jouer un rôle de premier plan pour continuer à réduire la quantité de sel, de sucre et de gras saturés utilisés lors de la transformation et de la préparation de tous les aliments vendus au pays.
 - Fournir de l'information nutritionnelle, y compris la teneur en sel, en sucre et en gras saturés, pour toutes les boissons et tous les aliments offerts sur les panneaux de menu et les menus imprimés disponibles aux tables dans les établissements de restauration.
 - Mettre fin à la publicité visant les enfants sur les aliments et les boissons à teneur élevée en sel, en sucre ou en gras saturés.
 - Soutenir les efforts du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux mesures suivantes :
 - i. Interdire la publicité visant les enfants sur les aliments à teneur élevée en sel, en sucre ou en gras saturés.
 - ii. Adopter les nouvelles normes d'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages des aliments préemballés pour aider la population à faire des choix éclairés et favorables à la santé.

- Industrie technologique :
 - Comprendre le rôle que peut jouer la technologie d'aide (p. ex., cybersanté, santé mobile) auprès des personnes atteintes de déficit cognitif d'origine vasculaire et leurs aidants.
 - Collaborer avec les administrateurs des systèmes de santé et les dispensateurs de soins pour adapter la technologie existante d'évaluation et de surveillance des maladies cardiaques et cérébrales (p. ex., application de surveillance de la pression artérielle, dossiers de santé électroniques avec évaluation intégrée de la cognition suivant la sortie des soins de réadaptation après un AVC).

Références

1. Heart & Stroke's Analysis of Data (Based on ICD Codes Defined by Heart and Stroke Foundation) from the Canadian Institute for Health Information's Discharge Abstract Database for 2016-2017. Quality Indicator: Admission Frequency.
2. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2011;42(9):2672-2713. doi:10.1161/STR.0b013e3182299496
3. Public Health Agency of Canada. Mapping Connections: An Understanding of Neurological Conditions in Canada: The National Population Health Study of Neurological Conditions. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; [Modified 2014 Dec 09; Cited July 30, 2015]. Bhttp://www.Phac-Aspc.Gc.ca/Publicat/Cd-Mc/Mc-Ec/Index-Eng.Php.
4. Public Health Agency of Canada, ed. 2009 Tracking Heart Disease and Stroke in Canada. Public Health Agency of Canada; 2009.
5. Bocti C, Black S, Frank C. Management of dementia with a cerebrovascular component. *Alzheimers Dement*. 2007;3(4):398-403. doi:10.1016/j.jalz.2007.07.009
6. Lee M, Saver JL, Hong KS, et al. Cognitive impairment and risk of future stroke: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2014;186(14):E536-546. doi:10.1503/cmaj.140147
7. Deckers K, Schievink SHJ, Rodriguez MMF, et al. Coronary heart disease and risk for cognitive impairment or dementia: Systematic review and meta-analysis. *Ginsberg SD, ed. PLoS ONE*. 2017;12(9):e0184244. doi:10.1371/journal.pone.0184244
8. Vogels RLC, Oosterman JM, Harten BV, et al. Profile of Cognitive Impairment in Chronic Heart Failure. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(11):1764-1770. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01395.x
9. Alagiakrishnan K, Mah D, Ahmed A, Ezekowitz J. Cognitive decline in heart failure. *Heart Fail Rev*. 2016;21(6):661-673. doi:10.1007/s10741-016-9568-1
10. Cannon JA, Moffitt P, Perez-Moreno AC, et al. Cognitive Impairment and Heart Failure: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Cardiac Failure*. 2017;23(6):464-475. doi:10.1016/j.cardfail.2017.04.007
11. Kalantarian S, Stern TA, Mansour M, Ruskin JN. Cognitive impairment associated with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 1):338-346. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303050-00007
12. Rivard L, Friberg L, Conen D, et al. Atrial Fibrillation and Dementia: A Report From the AF-SCREEN International Collaboration. *Circulation*. 2022;145(5):392-409. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055018
13. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1151-1210. doi:10.1016/S0140-6736(17)32152-9
14. Statistics Canada. Deaths, by cause, Chapter IX: Diseases of the circulatory system (I00 to I99). Published May 10, 2018. Accessed March 19, 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310014701>
15. Heart & Stroke's Analysis of Data (Based on ICD Codes Defined by Heart and Stroke Foundation) from the Canadian Institute for Health Information's Discharge Abstract Database for 2016-2017.
16. Beam CR, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds CA, Pedersen NL, Gatz M. Differences between women and men in incidence rates of dementia and alzheimer's disease. *JAD*. 2018;64(4):1077-1083. doi:10.3233/JAD-180141
17. Statistics Canada. Social determinants of health for the off-reserve First Nations population, 15 years of age and older, 2012. Published April 12, 2016. Accessed April 16, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-eng.htm>
18. Warren LA, Shi Q, Young K, Borenstein A, Martiniuk A. Prevalence and incidence of dementia among indigenous populations: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(12):1959-1970. doi:10.1017/S1041610215000861
19. Jacklin K, Walker J, Shawande M. The emergence of dementia as health concern among First Nations populations in Alberta, Canada. *Can J Public Health*. 2013;104(1):e39-e44.
20. Jacklin K, Blind M. Developing culturally grounded dementia educational materials for Indigenous community-based care. Presented at:
21. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020;396(10248):413-446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6
22. Rockwood K, Middleton L. Physical activity and the maintenance of cognitive function. *Alzheimer's & Dementia*. 2007;3(2S):S38-S44. doi:10.1016/j.jalz.2007.01.003
23. Barnett DW, Barnett A, Nathan A, Van Cauwenberg J, Cerin E, on behalf of the Council on Environment and Physical Activity (CEPA) – Older Adults working group. Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):103. doi:10.1186/s12966-017-0558-z
24. Martínez-Lapiscina EH, Clavero P, Toledo E, et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013;84(12):1318-1325. doi:10.1136/jnnp-2012-304792
25. Kessels RPC, Eikelboom WS, Schaapsmeeders P, et al. Effect of Formal Education on Vascular Cognitive Impairment after Stroke: A Meta-analysis and Study in Young-Stroke Patients. *J Int Neuropsychol Soc*. 2017;23(3):223-238. doi:10.1017/S1556617716001016
26. Loring B, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Tobacco and Inequities: Guidance for Addressing Inequities in Tobacco-Related Harm. World Health Organization, Regional office for Europe; 2014.
27. Canadian Institute for Health Information. Trends in Income-Related Health Inequalities in Canada: Technical Report.; 2015:295.
28. Choi D, Choi S, Park SM. Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study. *Ann Clin Transl Neurol*. 2018;5(10):1192-1199. doi:10.1002/acn3.633
29. Ohara T, Ninomiya T, Hata J, et al. Midlife and Late Life Smoking and Risk of Dementia in the Community: The Hisayama Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2332-2339. doi:10.1111/jgs.13794
30. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Guo JJ, Zhao Y. Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers. *Laws K, ed. PLoS ONE*. 2015;10(3):e0118333. doi:10.1371/journal.pone.0118333
31. Lara E, Martín-María N, De la Torre-Luque A, et al. Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*. 2019;52:7-16. doi:10.1016/j.arr.2019.03.002
32. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*. 2015;22:39-57. doi:10.1016/j.arr.2015.04.006
33. Pennikilampi R, Casey AN, Singh MF, Brodaty H. The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAD*. 2018;66(4):1619-1633. doi:10.3233/JAD-180439
34. Michalowsky B, Thyrian JR, Eichler T, et al. Economic Analysis of Formal Care, Informal Care, and Productivity Losses in Primary Care Patients who Screened Positive for Dementia in Germany. *Lee TJ, ed. JAD*. 2015;50(1):47-59. doi:10.3233/JAD-150600

35. Eskes GA, Lanctôt KL, Herrmann N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue Following Stroke practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2015;10(7):1130-1140. doi:10.1111/ijls.12557
36. Griffith LE, Gruneir A, Fisher K, et al. Insights on multimorbidity and associated health service use and costs from three population-based studies of older adults in Ontario with diabetes, dementia and stroke. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):313. doi:10.1186/s12913-019-4149-3
37. Statistics Canada, 2017 Deaths, CANSIM Tables: 13-10-0147-01; 13-10-0143-01; 13-10-0145-01; 13-10-0146-01; 13-10-0154-01; 13-10-0155-01; 13-10-0392-01.
38. Public Health Agency of Canada. Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS). Published December 15, 2021. Accessed June 1, 2022. <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/data-tool/>
39. Krueger H, Koot J, Hall RE, O'Callaghan C, Bayley M, Corbett D. Prevalence of Individuals Experiencing the Effects of Stroke in Canada: Trends and Projections. *Stroke*. 2015;46(8):2226-2231. doi:10.1161/STROKEAHA.115.009616
40. Statistics Canada, Deaths, by Cause, Chapter IX: Diseases of the Circulatory System, Canada, 2016. CANSIM Table: 13-10-0147-01, Chapter VI: Diseases of the Nervous System, Canada, 2016. CANSIM Table: 13-10-0145-01. Chapter VII: Diseases of the Eye and Adnexa, Canada, 2016. CANSIM Table: 13-10-0146-01. ICD-10-CA Codes: I60-I61, I63-I64, I67.6, G08, G45, and H34.2.; 2016.
41. Gall S, Phan H, Madsen TE, et al. Focused Update of Sex Differences in Patient Reported Outcome Measures After Stroke. *Stroke*. 2018;49(3):531-535. doi:10.1161/STROKEAHA.117.018417
42. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2009;8(11):1006-1018. doi:10.1016/S1474-4422(09)70236-4
43. Zerna C, Lindsay MP, Fang J, Swartz RH, Smith EE. Outcomes in Hospitalized Ischemic Stroke Patients with Dementia on Admission: A Population-Based Cohort Study. *Can J Neurol Sci*. 2018;45(3):290-294. doi:10.1017/cjn.2018.9
44. Statistics Canada, Deaths, by Cause, Chapter IX: Diseases of the Circulatory System, Canada, 2016. CANSIM Table: 13-10-0147-01.; 2016.
45. Heart & Stroke's Analysis of Data from the Canadian Institute for Health Information's Discharge Abstract Database for 2007-2017 (Excluding Quebec). ICD-10-CA Codes I70-74 and I77-78 (All Types of Vascular Disease). ICD-10-CA Code I50 (Heart Failure). ICD-10-CA Codes I20-I22, I24-I25, R94.30, R94.31 (Coronary Artery Disease). ICD-10-CA Codes I05-I08, I34-I37 (Valvular Disease). I44-I49 (Heart Rhythm Disorders). ICD-10-CA I60-I61, I63-I64, G45, H34 (Stroke).
46. McSweeney JC, Cody M, O'Sullivan P, Elberson K, Moser DK, Garvin BJ. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*. 2003;108(21):2619-2623. doi:10.1161/01.CIR.0000097116.29625.7C
47. Sundbøll J, Horváth-Puhó E, Adelborg K, et al. Higher Risk of Vascular Dementia in Myocardial Infarction Survivors. *Circulation*. 2018;137(6):567-577. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029127
48. Public Health Agency of Canada, Canadian Chronic Disease Surveillance System, Fiscal Year 2016-2017. 40+ Years of Age.
49. Statistics Canada, Deaths, by Cause, Chapter IX: Diseases of the Circulatory System, Canada, 2019. Table: 13-10-0147-01. ICD-10-CA Code I50.
50. Sun LY, Tu JV, Coutinho T, et al. Sex differences in outcomes of heart failure in an ambulatory, population-based cohort from 2009 to 2013. *CMAJ*. 2018;190(28):E848-E854. doi:10.1503/cmaj.180177
51. Andrade J, Aguilar M, Atzema C, et al. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *The Canadian journal of cardiology*. Published online 2020. doi:10.1016/j.cjca.2020.09.001
52. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485
53. Heart & Stroke's Analysis of Data from the Canadian Institute for Health Information's Discharge Abstract Database for 2007-2017. ICD-10-CA Code I48 (Atrial Fibrillation). ICD-10-CA Code I46 (Cardiac Arrest). ICD-10-CA Codes I44-I49 (All Heart Rhythm Disorders). Excluding Quebec.; 2016.
54. Ko D, Rahman F, Martins MAP, et al. Atrial fibrillation in women: treatment. *Nat Rev Cardiol*. 2017;14(2):113-124. doi:10.1038/nrcardio.2016.171
55. Bagge CN, Henderson VW, Laursen HB, Adelborg K, Olsen M, Madsen NL. Risk of Dementia in Adults With Congenital Heart Disease: Population-Based Cohort Study. *Circulation*. 2018;137(18):1912-1920. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029686
56. Pagé MG, Kovacs AH, Irvine J. How do psychosocial challenges associated with living with congenital heart disease translate into treatment interests and preferences? A qualitative approach. *Psychol Health*. 2012;27(11):1260-1270. doi:10.1080/08870446.2012.667099
57. Yeung E, Kay J, Roosevelt GE, Brandon M, Yetman AT. Lapse of care as a predictor for morbidity in adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol*. 2008;125(1):62-65. doi:10.1016/j.ijcard.2007.02.023
58. Marelli A. The Future of Adult Congenital Heart Disease Research: Precision Health Services Delivery for the Next Decade. *Canadian Journal of Cardiology*. 2019;35(12):1609-1619. doi:10.1016/j.cjca.2019.09.015
59. Verheugt CL, Uiterwaal CSPM, van der Velde ET, et al. Mortality in adult congenital heart disease. *Eur Heart J*. 2010;31(10):1220-1229. doi:10.1093/eurheartj/ehq032
60. Islam S, Yasui Y, Kaul P, Marelli AJ, Mackie AS. Congenital Heart Disease Hospitalizations in Canada: A 10-Year Experience. *Can J Cardiol*. 2016;32(2):197-203. doi:10.1016/j.cjca.2015.05.022
61. DeGuire J, Clarke J, Rouleau K, Roy J, Bushnik T. Blood pressure and hypertension. *Health Reports*. 2019;30(2):10.
62. Heart & Stroke's Analysis of Data from the Canadian Institute for Health Information's Discharge Abstract Database for 2007-2017. ICD-10-CA Codes I60-I61, I63-I64, I67.6, G08, G45, and H34.
63. Sharp SI, Aarsland D, Day S, Sønnesyn H, Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review Group, Ballard C. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(7):661-669. doi:10.1002/gps.2572
64. Triantafyllidi H, Arvaniti C, Lekakis J, et al. Cognitive Impairment Is Related to Increased Arterial Stiffness and Microvascular Damage in Patients With Never-Treated Essential Hypertension. *American Journal of Hypertension*. 2009;22(5):525-530. doi:10.1038/ajh.2009.35
65. McGuinness B, Todd S, Passmore P, Bullock R. Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2009(4). doi:10.1002/14651858.CD004034.pub3
66. Stone JA, Houlden RL, Lin P, Udell JA, Verma S. Cardiovascular protection in people with diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2018;42:S162-S169. doi:10.1016/j.cjcd.2017.10.024
67. Xue M, Xu W, Ou YN, et al. Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. *Ageing Research Reviews*. 2019;55:100944. doi:10.1016/j.arr.2019.100944
68. Panza F, Lozupone M, Sardone R, et al. Sensorial frailty: age-related hearing loss and the risk of cognitive impairment and dementia in later life. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2019;10:204062231881100. doi:10.1177/2040622318811000
69. Thomson RS, Auduong P, Miller AT, Gurgel RK. Hearing loss as a risk factor for dementia: A systematic review: Hearing Loss and Dementia Systematic Review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. 2017;2(2):69-79. doi:10.1002/liv.2017.02.024
70. Yuan J, Sun Y, Sang S, Pham JH, Kong WJ. The risk of cognitive impairment associated with hearing function in older adults: a pooled analysis of data from eleven studies. *Sci Rep*. 2018;8(1):2137. doi:10.1038/s41598-018-20496-w
71. Vassilaki M, Aakre JA, Knopman DS, et al. Informant-based hearing difficulties and the risk for mild cognitive impairment and dementia. *Age and Ageing*. 2019;48(6):888-894. doi:10.1093/ageing/afz099

72. Wennberg A, Wu M, Rosenberg P, Spira A. Sleep Disturbance, Cognitive Decline, and Dementia: A Review. *Semin Neurol.* 2017;37(04):395-406. doi:10.1055/s-0037-1604351
73. Leng Y, McEvoy CT, Allen IE, Yaffe K. Association of sleep-disordered breathing with cognitive function and risk of cognitive impairment. *JAMA Neurol.* 2017;74(10):1237-1245. doi:10.1001/jamaneurol.2017.2180
74. Statistics Canada. Sleep apnea in Canada, 2016 and 2017. Published October 24, 2018. Accessed June 4, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54979-eng.htm>
75. Kerner NA, Roose SP. Obstructive Sleep Apnea is Linked to Depression and Cognitive Impairment: Evidence and Potential Mechanisms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2016;24(6):496-508. doi:10.1016/j.jagp.2016.01.134
76. Emdin CA, Wong CX, Hsiao AJ, et al. Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ.* Published online January 19, 2016:h7013. doi:10.1136/bmj.h7013
77. Humphries KH, Pu A, Gao M, Carere RG, Pilote L. Angina with "normal" coronary arteries: Sex differences in outcomes. *American Heart Journal.* 2008;155(2):375-381. doi:10.1016/j.ahj.2007.10.019
78. United States General Accounting Office. Drug safety: Most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women. Published online January 19, 2001. <https://www.gao.gov/assets/100/90642.pdf>
79. Melloni C, Berger JS, Wang TY, et al. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.* 2010;3(2):135-142. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.110.868307
80. Pilote L, Humphries KH. Incorporating sex and gender in cardiovascular research: the time has come. *Canadian Journal of Cardiology.* 2014;30(7):699-702. doi:10.1016/j.cjca.2013.09.021
81. MacDonald JP. Alzheimer's Disease and Related Dementias in Indigenous Populations in Canada: Prevalence and Risk Factors.; :32.
82. Anderson KM, Olson S. Leveraging Culture to Address Health Inequalities: Examples from Native Communities. *Institute of Medicine of the National Academies;* 2013:107.
83. First Nations Information Governance Centre. National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One.; 2018:181.
84. Durstine JL, Gordon B, Wang Z, Luo X. Chronic disease and the link to physical activity. *Journal of Sport and Health Science.* 2013;2(1):3-11. doi:10.1016/j.jshs.2012.07.009
85. Colcombe S, Kramer AF. Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study. *Psychol Sci.* 2003;14(2):125-130. doi:10.1111/1467-9280.t01-1-01430
86. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies: Physical activity and risk of cognitive decline. *Journal of Internal Medicine.* 2011;269(1):107-117. doi:10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x
87. Middleton LE, Mitnitski A, Fallah N, Kirkland SA, Rockwood K. Changes in cognition and mortality in relation to exercise in late life: a population based study. *Scalas E, ed. PLoS ONE.* 2008;3(9):e3124. doi:10.1371/journal.pone.0003124
88. Statistics Canada. Household population meeting/not meeting the Canadian physical activity guidelines. Published April 17, 2019. Accessed April 22, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/cv.action?pid=1310038801>
89. Canadian Society for Exercise Physiology. Adults 65+ – 24-Hour Movement Guidelines. Accessed December 17, 2021. <https://csepguidelines.ca/guidelines/adults-65/>
90. Kanai M, Izawa KP, Kubo H, et al. Association of Perceived Built Environment Attributes with Objectively Measured Physical Activity in Community-Dwelling Ambulatory Patients with Stroke. *IJERPH.* 2019;16(20):3908. doi:10.3390/ijerph16203908
91. Tarraf D, Sanou D, Giroux I. Immigration and Food Insecurity: The Canadian Experience – A Literature Review. In: Muenstermann I, ed. *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits.* InTech; 2017. doi:10.5772/66824
92. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1923-1994. doi:10.1016/S0140-6736(18)32225-6
93. Middlesex-London Health Unit. Mediterranean Diet. Published 2019. Accessed May 6, 2020. <https://www.healthunit.com/hcp-mediterranean-diet>
94. Smyth A, Dehghan M, O'Donnell M, et al. Healthy eating and reduced risk of cognitive decline: A cohort from 40 countries. *Neurology.* 2015;84(22):2258-2265. doi:10.1212/WNL.0000000000001638
95. Tangney CC, Kwasny MJ, Li H, Wilson RS, Evans DA, Morris MC. Adherence to a Mediterranean-type dietary pattern and cognitive decline in a community population. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2011;93(3):601-607. doi:10.3945/ajcn.110.007369
96. Tarasuk V, Mitchell A. Household Food Insecurity in Canada: 2017, 2018. PROOF; 2020:299-312. Accessed May 2, 2020. <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00008486-200510000-00003>
97. Mirza SS, Portegies MLP, Wolters FJ, et al. Higher education is associated with a lower risk of dementia after a stroke or TIA. the Rotterdam Study. *Neuroepidemiology.* 2016;46(2):120-127. doi:10.1159/000443649
98. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. Accessed June 5, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
99. Barnes S, Anderson L. Low Earning, Unfilled Prescriptions: Employer-Provided Health Benefit Coverage in Canada. *Wellesley Institute;* 2015:40.
100. Sanmartin C, Hennessy D, Lu Y, Law MR. Trends in Out-of-Pocket Health Care Expenditures in Canada, by Household Income, 1997 to 2009. *Statistics Canada;* 2014. Accessed March 19, 2019. <http://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014004/article/11924-eng.htm>
101. Law MR, Cheng L, Kolhatkar A, et al. The consequences of patient charges for prescription drugs in Canada: a cross-sectional survey. *CMAJ Open.* 2018;6(1):E63-E70. doi:10.9778/cmajo.20180008
102. Law M, Cheng L, Dhalla I, Heard D, Morgan S. The effect of cost adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ.* 2012;184(3):297-302.
103. Lopert R, Docteur E, Morgan S. Body Count: The Human Cost of Financial Barriers to Prescription Medications. *Canadian Federation of Nurses Union;* 2018:12. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2018/05/2018.04-Body-Count-Final-web.pdf>
104. Polonsky W, Henry R. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Preference and Adherence.* 2016;Volume 10:1299-1307. doi:10.2147/PPA.S106821
105. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine.* 2005;353(5):487-497.
106. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England).* 2015;385(9984):2255-2263. doi:10.1016/s0140-6736(15)60461-5
107. Department of Health, Government of Victoria. Dementia-inclusive communities in Victoria. Accessed June 8, 2020. <https://www2.health.vic.gov.au:443/ageing-and-aged-care/wellbeing-and-participation/age-friendly-victoria/dementia-inclusive-communities>
108. Gilmour H. Social Participation and the Health and Well-Being of Canadian Seniors. *Statistics Canada;* 2015. Accessed May 7, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2012004/article/11720-eng.htm>
109. Smith KJ, Gavey S, Riddell NE, Kontari P, Victor C. The association between loneliness, social isolation and inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2020;112:519-541. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.02.002

110. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-1016. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790
111. Health Canada. Medical assistance in dying. aem. Published June 16, 2016. Accessed June 3, 2020. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>
112. Government of Canada. What we heard report: A public consultation on Medical Assistance in Dying (MAID). Published March 10, 2020. Accessed June 3, 2020. <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/www/cqnae/toc-tdm.html>
113. Hendlmeier I, Bickel H, Heßler-Kaufmann JB, Schäufole M. Care challenges in older general hospital patients: Impact of cognitive impairment and other patient-related factors. *Z Gerontol Geriat*. 2019;52(S4):212-221. doi:10.1007/s00391-019-01628-x
114. Van Bruggen S, Gussekloo J, Bode C, Touwen DP, Engberts DP, Blom JW. Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Services Quarterly*. 2016;35(1):11-24. doi:10.1080/01621424.2016.1145166
115. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2012;2012:1-7. doi:10.1155/2012/638267
116. Yu F, Li H, Tai C, Guo T, Pang D. Effect of family education program on cognitive impairment, anxiety, and depression in persons who have had a stroke: A randomized, controlled study. *Nurs Health Sci*. 2019;21(1):44-53. doi:10.1111/nhs.12548
117. Public Health Agency of Canada. A Dementia Strategy for Canada. Published online June 17, 2019. Accessed May 14, 2020. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy.html>
118. Department of Finance, Government of Canada. Budget 2019: Chapter 4. Published March 19, 2019. Accessed June 10, 2020. <https://www.budget.gc.ca/2019/docs/plan/chap-04-en.html>
119. Stall NM, Tardif P, Sinha SK. Ensuring Canada's first dementia strategy is not shelved and forgotten. *CMAJ*. 2019;191(31):E851-E852. doi:10.1503/cmaj.190929
120. Canadian Institutes of Health Research, Government of Canada. Welcome to the Canadian Institutes of Health Research - CIHR. Published March 17, 2003. Accessed June 11, 2020. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/193.html>
121. Canadian Institutes of Health Research, Government of Canada. Canadian Consortium on Neurodegeneration in Aging (CCNA) - CIHR. Published March 28, 2013. Accessed June 11, 2020. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/46475.html>
122. Theme 2: Treatment. CCNA-CCNV. Accessed June 11, 2020. <https://ccna-ccnv.ca/theme-2-treatment/>
123. Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health.html>
124. Public Health Agency of Canada. The Canadian Chronic Disease Surveillance System – An Overview. aem. Published September 6, 2018. Accessed June 11, 2020. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/canadian-chronic-disease-surveillance-system-factsheet.html>
125. Public Health Agency of Canada. Multi-sectoral partnerships to promote healthy living and prevent chronic disease. aem. Published July 24, 2014. Accessed June 11, 2020. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/multi-sectoral-partnerships-promote-healthy-living-prevent-chronic-disease.html>
126. Your guide to Canada's national dementia strategy | Alzheimer Society of Canada. Accessed June 11, 2020. <https://alzheimer.ca/en/Home/Get-involved/Advocacy/National-dementia-strategy-guide>
127. Provide Input on the Dementia Care Action Plan | EngageNL. Accessed June 11, 2020. <https://www.engagenl.ca/engagement-initiatives/provide-input-dementia-care-action-plan>
128. Alberta, Continuing Care Branch. Alberta Dementia Strategy and Action Plan.; 2017.
129. Government of Alberta. Alberta launches provincial dementia strategy. Accessed June 11, 2020. <https://www.alberta.ca/news.aspx>
130. Alberta Health makes plans, but no new funding, to battle dementia epidemic. *Edmonton Journal*. Accessed June 11, 2020. <https://edmontonjournal.com/news/local-news/alberta-health-unveils-long-awaited-dementia-strategy>
131. Canadian Institutes of Health Research, Government of Canada. Government of Canada invests in dementia research about Indigenous Peoples. gcnws. Published February 27, 2017. Accessed June 11, 2020. https://www.canada.ca/en/institutes-health-research/news/2017/02/government_of_canadainvestsindementiaresearchaboutindigenousopeop.html
132. Announcing the Launch of the Canadian Indigenous Cognitive Assessment (CICA). CCNA-CCNV. Accessed June 18, 2020. <https://ccna-ccnv.ca/news/announcing-the-launch-of-the-canadian-indigenous-cognitive-assessment-cica/>
133. Indigenous Cognitive Health. CCNA-CCNV. Accessed June 11, 2020. <https://ccna-ccnv.ca/indigenous-cognitive-health/>
134. Indigenous Services Canada, Government of Canada Social Programs. Assisted Living Program. Published December 21, 2017. Accessed June 11, 2020. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1100100035250/1533317440443>
135. Indigenous Services Canada, Government of Canada. First Nations and Inuit home and community care. Published February 24, 2020. Accessed June 11, 2020. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1582550638699/1582550666787#chp1>
136. G8 dementia summit declaration. GOV.UK. Accessed June 11, 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/g8-dementia-summit-agreements/g8-dementia-summit-declaration>
137. World Health Organization. First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia. WHO. Accessed June 11, 2020. <https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/global-action-against-dementia/en/>
138. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. Published online 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=85D623337CA84C0E29F6CBCB8CFC68CC?sequence=1>
139. Barbarino P, Lynch C, Bliss A, Babas L. Alzheimer's Disease International. From Plan to Impact II: The Urgent Need for Action. *Alzheimer's Disease International*; 2019. <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2019.pdf>
140. World Health Organization. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines.; 2019. Accessed January 17, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542796/>
141. Alzheimer's Disease International. Dementia Friendly Communities - Key Principles. Published online 2017.
142. H. Chertkow. An Action Plan to Face the Challenge of Dementia: INTERNATIONAL STATEMENT ON DEMENTIA from IAP for Health. Published online 2018. doi:10.14283/JPAD.2018.27
143. Canadian Institute for Health Information. Chronic Disease Management in Primary Health Care: A Demonstration of Emr Data for Quality and Health System Monitoring.; 2014:16.
144. Canadian Institute for Health Information. How Canada Compares: Results from the Commonwealth Fund's 2017 International Health Policy Survey of Seniors.; 2018.
145. Canadian Institute for Health Information. Supporting Informal Caregivers – the Heart of Home Care.; 2010:22.
146. Canadian Nurses Association, Canadian Medical Association, HEAL. Integration: A New Direction for Canadian Health Care.; 2013. Accessed June 19, 2020. https://www.cna-aici.ca/-/media/cna/files/en/cna_cma_heal_provider_summit_transformation_to_integrated_care_e.pdf?la=en&hash=094811D94F0487A196901715B5FE14516ACA194E
147. Tang EYH, Price C, Stephan BCM, Robinson L, Exley C. Gaps in care for patients with memory deficits after stroke: views of healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):634. doi:10.1186/s12913-017-2569-5
148. Kumar S, Tran JL, Moseson H, et al. The Impact of the Virtual Cognitive Health Program on the Cognition and Mental Health of Older Adults: Pre-Post 12-Month Pilot Study. *JMIR Aging*. 2018;1(2). doi:10.2196/12031

-
149. Jackson D, Roberts G, Wu ML, Ford R, Doyle C. A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2016;66:218-236. doi:10.1016/j.archger.2016.06.013
150. Shah H, Albanese E, Duggan C, et al. Research priorities to reduce the global burden of dementia by 2025. The Lancet Neurology. 2016;15(12):1285-1294. doi:10.1016/S1474-4422(16)30235-6

La présente déclaration est à jour en date de juillet 2022.

