



# Les actualités DU CŒUR



Le bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire\*  
une initiative de la Fondation des maladies du coeur du Québec

## Proposition pour le développement d'une plate-forme stratégique en santé du coeur au Québec

Alain Vanasse, M.D.Fcmf - Président, comité Information, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire\*

**L**e Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire\* se veut un lieu d'échanges où se côtoient les univers

### Volume 3, numéro 1, Hiver 1998

#### Dans ce numéro:

- Plate-forme stratégique en santé du coeur au Québec .....1
- Dépendance à la nicotine et responsabilité des fabricants de cigarettes .....2
- Consensus sur les cardiopathies ischémiques .....4
- Réduction du LDL et prévention primaire .....5
- Consensus américain sur l'hypertension (JNC -VI) .....6
- Bilan de la sédentarité chez les jeunes .....8
- 11<sup>e</sup> réunion de la Société internationale d'athérosclérose .....10
- Nouvelles de la Fondation des maladies du coeur du Québec ..12
- Colloques à venir.....12

des soins, de la promotion/prévention, de l'enseignement, de la recherche et de l'industrie reliés à la santé cardiovasculaire. Le mandat du Forum consiste à promouvoir la santé du coeur et à favoriser les interventions, la recherche et l'évaluation en santé cardiovasculaire/cérébrovasculaire en réunissant, informant et mobilisant les intervenants du domaine. Dans ce contexte, le développement d'une plate-forme stratégique issue d'une réflexion globale sur les stratégies et les interventions en santé du coeur revêt un caractère essentiel. Nous présentons ici le résumé d'un cadre de référence qui facilitera une démarche de concertation auprès des intervenants dans le domaine. Ainsi, ce cadre permettra de baliser le processus de développement d'une plate-forme de façon à maximiser les retombées dans les champs d'application spécifique retenus.

La santé cardiovasculaire est ici comprise dans un sens très large. L'intervenant travaillant à réduire le tabagisme chez les jeunes, le spécialiste qui procède à une coronaroplastie, le chercheur qui se questionne sur l'efficacité d'une intervention, le prescripteur de l'hormonothérapie de remplacement (oestrogènes) à la ménopause chez une femme en post-infarctus, tous, à un niveau différent, contribuent à réduire le risque d'un événement cardiovasculaire. Dans la foulée de la Charte d'Ottawa, dont les principes ont été repris dans la Déclaration de Jakarta, nous croyons en l'importance de considérer l'épidémie que constitue la maladie cardiovasculaire (MCV) de façon systémique, tant au

niveau des conditions menant à son apparition auprès des populations que dans l'analyse des stratégies pour la contrer. Le cadre conceptuel présenté ici met en relation trois axes complémentaires d'analyse: les populations, les déterminants et le niveau des connaissances.

### L'axe des populations

Cet axe se divise en cinq groupes en raison de différences intrinsèques entre ces populations : les enfants, les adolescents, les femmes adultes, les hommes adultes et les personnes âgées. Cette division représente un compromis entre la Déclaration de Victoria et les travaux effectués par les intervenants québécois lors de la journée de réflexion *La santé du coeur au Québec vers l'an 2000*, tenue en 1995. Bien sûr, ces groupes peuvent aussi se subdiviser en fonction d'autres critères. L'appartenance culturelle ou la pauvreté, par exemple, modifie le risque (alimentation, habitudes de vie) et l'efficacité de certaines interventions.

### L'axe des déterminants

Les facteurs en cause dans le développement de la MCV dans la population sont de mieux en mieux connus. Ils expliquent, du moins en partie, l'apparition de la MCV. Les déterminants doivent être compris comme des facteurs de modulation de la MCV, et non comme des éléments nécessaires à son apparition. Le cadre



Publié en collaboration avec la:

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre

Direction de la santé publique

\* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

propose trois catégories de déterminants:

### Comportements

- le tabagisme, la fidélité au traitement,
- etc.

### Environnement / milieu

- la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures et de programmes qui facilitent la pratique de l'activité physique,
- la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures qui permettent l'accès à la thrombolyse ou à la coronarographie d'intervention dans un délai raisonnable,
- la disponibilité et l'accessibilité d'aliments faibles en graisse animale et faible en sel,
- etc.

### Agents agresseurs / protecteurs

- la teneur en sel et la teneur en graisse animale de certains aliments,
- la cardioprotection reliée à la consommation de certains médicaments,
- etc.

## L'axe du niveau des connaissances

Une fois l'information organisée en fonction des groupes de population et des déterminants, la troisième dimension du cadre, soit le niveau des connaissances, permet de situer les priorités de recherche et d'action. Normalement, cet axe est gradué au sens où une intervention devrait être assise sur des bases scientifiques solides validées par la recherche avant que l'on envisage sa diffusion. Cet axe comprend trois niveaux : la recherche, le projet de démonstration et la diffusion.


Le Forum se propose donc d'initier cette démarche de concertation auprès des intervenants en santé cardiovasculaire de façon à :

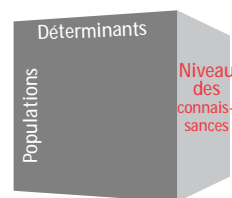
- organiser le niveau des connaissances actuelles (recherche, projet de démonstration, diffusion) pour chaque catégorie de déterminants (comportements, environnements/milieu, agents potentiellement agresseurs) en regard des populations spécifiques

retenues (enfants, adolescents, femmes, hommes, personnes âgées);

- proposer une plate-forme stratégique, basée sur une approche rigoureuse des connaissances, qui oriente et supporte les activités de recherche et d'intervention dans le domaine de la santé du coeur.

NDLR: Le texte intégral dont ce résumé est issu, est actuellement disponible sur demande. Nous serions heureux de recevoir vos commentaires concernant cette proposition et nous vous invitons à nous les soumettre.

Adressez votre demande et / ou commentaires à l'attention de Mme Hélène Poirier par fax (514) 871-5342, par courrier postal: 465 René Lévesque O. Montréal, H2Z 1A8 ou par e-mail : [fmcq@total.net](mailto:fmcq@total.net) 



Projet

de démonstration

## Dépendance à la nicotine

### et responsabilité des fabricants de cigarettes

En accord avec son objectif de réduction des effets néfastes du tabac sur la santé de la population, la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPE) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) du Bas-Saint-Laurent a élaboré et mis en oeuvre un projet-pilote favorisant une responsabilisation plus équitable de tous les acteurs sociaux concernés par cette problématique dont, plus particulièrement, l'industrie du tabac. Le projet-pilote vise à explorer la possibilité de faire porter la responsabilité

du développement de l'assuétude à la nicotine chez les fumeurs sur les compagnies qui produisent et mettent en marché les produits du tabac.

Au cours des dernières années, différents constats et prises de positions scientifiques, dont les rapports du Surgeon Général aux États-Unis, sont venus étayer la thèse que la nicotine contenue dans le tabac crée une dépendance que rend difficile la modification du comportement. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique de même que le US

Task Force aux États-Unis reconnaissent de façon très nette (recommandations de type A) l'efficacité de la consultation médicale et celle des thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) pour la cessation du tabac. Par ailleurs, si l'on évalue l'accessibilité de ces mesures, la consultation médicale est relativement accessible à tous, ce qui n'est pas le cas pour les TRN dont le coût du traitement varie entre 250 et 300\$ et ne sont pas remboursables par le Régime d'assurance-médicaments et la plupart des régimes privés.

Alain Vanasse, M.D. Fcmf - Médecin conseil  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent  
Marie-Josée Pineault L.L.B. - Agente de planification/programmation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

## Objectif et contexte du projet-pilote

Plus spécifiquement, ce projet-pilote propose une nouvelle approche de la problématique du tabagisme. En faisant appel à la Cour du Québec, Division des petites créances, il vise à faire reconnaître judiciairement que :

- la nicotine contenue dans les produits de tabac est responsable du développement d'une assuétude à ce produit;
- les compagnies qui produisent et mettent en marché des produits de tabac sont responsables de la dépendance que leurs produits créent chez les fumeurs et, en conséquence, elles doivent assumer les frais encourus pour faciliter le sevrage associé à cette dépendance.

Afin de répondre aux critères de la théorie de la responsabilité, il faut d'abord établir que les fumeurs avaient commencé à consommer des produits de tabac à l'adolescence ou avant que l'information à l'effet que la nicotine crée de la dépendance soit indiquée sur les paquets de cigarettes (en 1994). De plus, il faut mettre en évidence la faute, le dommage et le lien de causalité entre ces derniers, soit :

- le défaut par l'industrie du tabac (les intimées) d'aviser les fumeurs que la nicotine contenue dans les produits de tabac crée une dépendance
- les frais encourus par les fumeurs pour l'achat de thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) afin de réduire les symptômes de sevrage lors de la cessation.
- Il y a un lien de cause à effet entre la consommation de tabac (contenant de la nicotine) mis sur le marché par les compagnies poursuivies et la dépendance des fumeurs à la nicotine.

## Déroulement du projet

La DSPPE du Bas-Saint-Laurent a apporté un support législatif et scientifique aux personnes qui, dans le cadre du projet,

ont fait appel à la Cour du Québec, Division des petites créances, pour demander un remboursement par les compagnies de tabac, des TRN qu'elles ont acheté pour faciliter le sevrage. En mai 1996, deux fumeuses qui à la suite d'une consultation médicale, avaient acheté et utilisé une TRN afin de soulager les symptômes de sevrage et faciliter la cessation de la consommation de tabac, ont accepté de participer au projet-pilote. Ces dernières ont été sensibilisées au fait que ce projet étant innovateur, il pourrait faire l'objet d'une couverture médiatique importante. Une mise en demeure réclamant la totalité des frais encourus pour la thérapie de remplacement à la nicotine pour chacune des requérantes a été rédigée et transmise aux compagnies de tabac intimées. Le vice-président de Impérial Tobacco a répondu à cette mise en demeure par une lettre laconique niant toute responsabilité de la compagnie.


Devant cette situation, les deux requérantes ont introduit une demande à la Cour du Québec, Division des petites créances, au mois de novembre 1996. Les compagnies ont contesté le bien-fondé de ces requêtes et se sont opposées à ce qu'elles soient présentées devant la Division des petites créances alléguant que des motifs de concertations longs et complexes devaient être présentés et que des droits futurs importants étaient en jeu. Suite à un imbroglio administratif, *la Requête des intimées afin que le dossier soit transféré devant la Chambre civile de la Cour du Québec et afin de bénéficier des règles générales prévues au Code de procédure civile* a été présentée le 30 janvier 1997 au palais de justice de Rimouski en Chambre civile, Division des petites créances, mais entendue devant le juge Guy Ringuet, siégeant en Chambre civile, Division de pratique. Cette situation a fait en sorte que le juge devait d'abord rendre une décision sur la compétence de la Cour et par la suite statuer sur la recevabilité ou non de la requête des intimées. Le 30 juin dernier, la Cour du Québec, Chambre civile, Division des petites créances du district judiciaire de Rimouski a rejeté la requête des compagnies de tabac permettant ainsi l'audition de la cause par un juge de la Division des petites créances, mais aucun

jugement n'a encore été rendu sur le fond de la question à savoir si les compagnies de tabac sont responsables des frais encourus pour le traitement de la dépendance à la nicotine des deux ex-fumeuses.

Suivant ce jugement, une demande d'audition a été introduite à la Division des petites créances et l'audition a eu lieu le 16 décembre 1997 au palais de justice de Rimouski devant le juge De Pocomandi.

Lors de cette audience qui a duré près de sept heures, plusieurs documents de type scientifique et d'autres plus accessibles tels que des découpures de journaux ont été soumis à la Cour et trois témoins experts ont été entendus. La partie demanderesse a présenté le témoignage de son médecin de famille et la partie intimée (Imperial Tobacco) a quant à elle fait entendre le témoignage de deux médecins œuvrant plus spécifiquement auprès des alcooliques et toxicomanes. Le juge rendra son jugement dans quelques semaines et cette décision sera, en vertu des règles de procédures civiles, un jugement final et sans appel.

Peu importe la décision du juge concernant la responsabilité des compagnies de tabac face à la dépendance créée par leur produit (la cigarette), ce projet-pilote aura permis à un citoyen ordinaire de présenter une requête contre une compagnie de tabac dans le cadre d'un processus judiciaire accessible (la division des petites créances). Il aura donc obligé un fabricant de cigarettes à se défendre en cour contre une poursuite civile mettant en cause son rôle de vendeur de nicotine, et ce, pour la première fois dans l'histoire du Québec et du Canada. De plus, les enjeux liés à cette cause sont cruciaux pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la réduction des effets néfastes liés à la consommation de cigarettes.

Cette décision judiciaire sera une occasion pour l'ensemble des acteurs impliqués, de sensibiliser la population sur la dépendance reliée à la consommation de tabac. Il sera également essentiel de faire pression auprès des décideurs afin de reconnaître au plan politique et législatif que le tabac est une drogue. 



# Nouveau consensus

## sur l'évaluation et le traitement des cardiopathies ischémiques chroniques

La Société Canadienne de Cardiologie a tenu lors de sa 50<sup>e</sup> réunion annuelle, à Winnipeg en octobre 1997, sa conférence consensuelle sur les cardiopathies ischémiques chroniques. Le rapport final sera publié en 1998 dans le Journal Canadien de Cardiologie.

Le consensus s'appuie sur les preuves scientifiques (evidence based) comme celui de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology, publié conjointement au printemps 1997.

Un bref rappel de la physiopathologie des cardiopathies ischémiques précède les éléments diagnostiques et le diagnostic différentiel à considérer lors de l'évaluation clinique. Du point de vue épidémiologique, le tableau de prévalence annuelle démontre que chez les hommes, la prévalence est de 8,5% avant l'âge de 65 ans, et de 17% après 65 ans; alors que chez la femme, la prévalence est de 2,5% puis de 11%, dans le même ordre.

À l'évaluation, parmi les examens non effractifs (non invasifs), le consensus discute des indications et de l'interprétation des résultats de l'électrocardiogramme ambulatoire, de l'enregistrement de Holter, de l'épreuve d'effort, de l'échocardiographie au repos et à l'effort, de la cartographie isotopique de perfusion myocardique, de la ventriculographie isotopique et de la tomographie par émission de positrons. Pour les examens effractifs (invasifs), les indications de la coronarographie sélective et du cathétérisme du cœur

gauche sont discutées et les lecteurs sont référés au rapport consensuel de 1995 de la Société Canadienne de Cardiologie sur les techniques de revascularisation.

Au chapitre des traitements, une place importante est donnée à la maîtrise des facteurs de risque comme le tabagisme qui pourrait diminuer les risques d'événements coronariens en cinq ans

huiles de poisson, régime alimentaire méditerranéen, ail, éthanol, gestion du stress, etc.). Un paragraphe spécifique est accordé à l'oestrogénothérapie, pour laquelle les preuves sont encore insuffisantes, mais à considérer dans certains cas.


Les techniques de revascularisation, la chirurgie des complications des cardiopathies ischémiques chroniques

«Une place importante est donnée à la maîtrise des facteurs de risque»

de 50 à 75%, l'hyperlipidémie qui, une fois maîtrisée, peut diminuer les risques de 20 à 40%, la sédentarité (50%), l'hypertension (15%) et possiblement bien d'autres pour qui les preuves sont encore incertaines, comme le diabète, l'obésité, l'hyperhomocystéinémie et l'hypertriglycéridémie.

Quant au traitement médical, les dérivés nitrés, les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les antiagrégants plaquet-taires et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sont discutés selon les dernières évidences scientifiques. Une liste de traitements à l'étude et des conclusions premières est également dressée (antioxydants,

et la chirurgie non cardiaque sont mises en perspective, tout comme les traitements en présence de maladies associées.

Le dernier chapitre discute de l'aptitude au travail, de l'aptitude à conduire un véhicule, de l'assurabilité et du rapport coût-efficacité des traitements. 



# La réduction du LDL en prévention primaire

ne serait pas proportionnelle à la réduction des risques,  
au-delà d'un certain pourcentage :  
nouvelles sous-analyses du West of Scotland  
Coronary Prevention Study.

Largement discutées dans les colloques de cardiologie à l'automne 1997, les nouvelles sous-analyses de WOSCOPS nous entraînent sur de nouvelles voies de réflexion. Il a été démontré que la pravastatine, dans cette étude à double insu, en prévention primaire auprès de 6595 adultes hyperlipidémiques mais sans condition cardiaque, pour une période de cinq à six ans, a diminué le risque relatif d'infarctus du myocarde et de décès par maladie ischémique de 31%, le risque

Le nombre d'individus à traiter pour prévenir un événement coronarien est de 40 dans WOSCOPS en ne tenant compte que du LDL élevé et diminue presque au même niveau que dans l'étude 4S en prévention secondaire, soit 13, si d'autres facteurs de risque sont présents.

Dans une sous-analyse par quintiles des niveaux de LDL de départ, soient de 4,4, 4,7, 4,9, 5,2 et 5,7 ayant respectivement obtenu des réductions de LDL de 0, 12,

groupe traité avec la pravastatine et le groupe placebo, on obtient une incidence d'événements coronariens de 9,6% dans le premier groupe et de 6,3% dans le groupe placebo avec les mêmes valeurs initiales de LDL, soit une différence de 36% en faveur du groupe traité (p : 0,014). Ce qui suppose qu'il est plus avantageux d'obtenir une réduction de LDL à ces niveaux que d'avoir ces niveaux sans avoir été traités!

## Les bénéfices sont donc importants, avec une réduction moyenne de 24% du LDL


d'infarctus non fatal de 32%, la nécessité de pontage ou d'angioplastie de 37%, la mortalité cardiovasculaire de 32% et la mortalité totale de 22%.

Les bénéfices sont donc importants, en ce qui concerne la réduction du LDL, mais le sont encore plus si on tient compte du niveau de HDL au départ : le risque d'événement coronarien à cinq ans est de 6,7 à 9,7% chez les individus ayant un HDL < 1,1 mmol/l, mais devient de 4,3 à 6,2% lorsque le HDL > 1,1 mmol/l, soit une différence d'environ 30% en faveur des individus ayant un HDL plus élevé.

24, 31 et 39%, l'incidence d'événements coronariens après 4,5 ans obtient un plateau de 3,8 à 4,9% dans le troisième quintile (LDL réduit de 24%) et peut même augmenter si la réduction du LDL est plus importante. On observe en parallèle le même phénomène dans l'étude CARE en prévention secondaire, où à plus de 20% de réduction du LDL les bénéfices chutent, également avec la pravastatine et des niveaux de LDL de départ comparables.

De plus, une sous-analyse de chevauchement des niveaux de LDL de départ de 3,6 à 4,7 mmol/l dans le

Si on compare les bénéfices prédits de réduction des risques coronariens avec l'algorithme de Framingham avec ceux obtenus avec les mêmes réductions du LDL, l'étude WOSCOPS obtient une réduction des risques de 36% (p: 0,026), alors que Framingham obtient une réduction de 24% (p: 0,58). Donc, les résultats de WOSCOPS sont plus avantageux que ne le prédit Framingham.

D'autres facteurs ou d'autres propriétés de la pravastatine pourraient-ils expliquer ces résultats? Il ne semble pas qu'on puisse les expliquer seulement par l'augmentation moyenne du HDL de 6%, ni par des effets sur le fibrinogène ou la viscosité plasmatique. D'autres influences sur la stabilisation de la plaque athérosclérotique, la normalisation de la fonction endothéliale ou les effets antithrombotiques sont-elles à considérer? 



# Nouvelles lignes directrices pour une maîtrise accrue de l'hypertension artérielle

## de l'American Heart Association: le JNC VI

Parmi les faits saillants des 70<sup>èmes</sup> Sessions scientifiques de l'American Heart Association tenues à Orlando du 9 au 12 novembre dernier, on ne peut passer sous silence la divulgation officielle des plus récentes lignes directrices américaines du National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) en matière de maîtrise de l'hypertension artérielle (HTA): le "Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure" (JNC VI). Ces lignes directrices comportent notamment un système de stratification du risque des patients, une mise à jour des stratégies de traitement ainsi qu'une nouvelle emphase sur la prévention primaire de l'HTA via l'optimisation des habitudes de vie.

Le JNC VI est lancé à un moment-clé de l'histoire de la maîtrise de l'HTA aux États-Unis soit 25 ans après les débuts du National High Blood Pressure Education Program (1972) mais aussi à une époque où l'on enregistre un certain recul des succès enregistrés au regard de la détection, du traitement et du contrôle de l'HTA et de la morbidité y étant associée. Ainsi depuis 1993, les données disponibles démontrent, aux États-Unis, une légère augmentation des taux ajustés de mortalité par accident vasculaire cérébral ainsi que l'atteinte d'un certain plateau ("leveling") du déclin de la mortalité par cardiopathie ischémique. À ce tableau peu reluisant, il faut ajouter l'accroissement de l'incidence des maladies rénales sévères et de la prévalence de l'insuffisance cardiaque - deux conditions étroitement associées à l'hypertension artérielle - de même

que la réduction de la proportion d'hypertendus qui connaissent leur condition ou qui sont sous traitement ou dont l'HTA est maîtrisée. Le JNC VI se veut donc également un vibrant appel à l'action pour l'ensemble des professionnels de la santé concernés avec une attention particulière accordée au rôle majeur du médecin de famille.

Parmi les nouveautés de ces lignes directrices, le système de classification du risque associé à l'HTA mérite une attention particulière. Le principe qui sous-tend cette approche réside dans le fait que le risque de maladie cardiovasculaire (MCV) des hypertendus n'est pas uniquement modulé par le niveau de tension artérielle mais qu'il est déterminé également par la présence ou l'absence d'atteinte d'organe-cible\* ou de d'autre(s) facteur(s) de risque de MCV\*\*. Cette classification permet alors de déterminer la catégorie de risque à laquelle un patient appartient et ce, dans le but d'optimiser les décisions cliniques à son égard. Elle possède une appréciation des risques en fonction du niveau de tension artérielle (TA haute-normale ou hypertension de stade 1, 2 ou 3) et du niveau de risque (Tableau I).

Considérant l'importance de ces informations, on se doit de préciser qu'au Canada, au cours de la prochaine année, deux positions officielles déterminantes devraient voir le jour. Il s'agit d'abord des nouvelles lignes directrices de traitement de la Société canadienne d'hypertension artérielle et également d'une stratégie nationale de maîtrise de l'hypertension artérielle, cette dernière sous l'égide de la Coalition canadienne

pour le contrôle et la prévention de l'hypertension artérielle. <sup>AC</sup>

Pour toute information supplémentaire portant sur le JNC VI, le lecteur est convié à consulter l'une ou l'autre des références suivantes: *Arch Int Med* 1997; 157(21): 2413-2446.

<http://www.ama.org/> (pour accéder online à l'article qui précède du *Arch Int Med* 24.11.97).

<http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/cardio> (pour accéder online à la position officielle via le NHLBI).

\* Par atteinte d'organe-cible, il est ici question de maladie cardiaque (hypertrophie ventriculaire gauche, angine, infarctus, antécédent de revascularisation coronarienne ou insuffisance cardiaque), d'accident vasculaire cérébral ou d'ischémie cérébrale transitoire, de néphropathie, de maladie athérosclérotique périphérique, ou de rétinopathie.

\*\* Les facteurs de risque considérés sont le tabagisme, la dyslipidémie, le diabète mellitus, l'âge (> 60 ans), le sexe (hommes et femmes ménopausées), l'histoire familiale de MCV (homme et femmes avant l'âge de 55 ans). Bien que l'obésité et la sédentarité représentent des facteurs de prédiction du risque cardiovasculaire et qu'ils interagissent avec les autres facteurs de risque, ils sont toutefois vus par le JNC VI comme de moindre importance lorsqu'il est question de procéder à la classification du risque en vue du choix de la thérapie antihypertensive.

Tableau I

# Systeme de stratification du risque et décisions cliniques

Niveaux de tension artérielle	Groupe de risque A - Aucun autre facteur de risque. - Pas d'AOC/MCVC <sup>1</sup>	Groupe de risque B - Au moins un facteur de risque additionnel autre que le diabète - Pas d'AOC/MCVC <sup>1</sup>	Groupe de risque C - AOC/MCVC <sup>1</sup> ou diabète ± autre facteur de risque
HAUTE-NORMALE (130-139/85-89)	Modification des habitudes de vie	Modification des habitudes de vie	Traitement pharmacologique <sup>3</sup>
STADE 1 (140-159/90-99)	Modification des habitudes de vie (jusqu'à 12 mois)	Modification des habitudes de vie <sup>2</sup> (jusqu'à 6 mois)	Traitement pharmacologique
STADES 2 ET 3 (≥160 /≥100)	Traitement pharmacologique	Traitement pharmacologique	Traitement pharmacologique

À titre d'exemple, un patient avec diabète, une tension artérielle de 142/94 mm Hg et avec une hypertrophie ventriculaire gauche devrait être classé comme ayant un stade 1 d'hypertension avec une maladie d'organe cible (hypertrophie ventriculaire gauche) et avec un autre facteur de risque majeur (diabète). Le patient serait catégorisé comme étant au stade 1, avec un groupe de risque "C" et il lui serait recommandé d'emblée une initiation du traitement pharmacologique.

\* La modification des habitudes de vie devrait également être incluse à l'approche thérapeutique de tout patient

1 AOC/MCVC indique une atteinte d'organe-cible ou une MCV cliniquement manifeste.

2 Pour les patients présentant des facteurs de risque multiples, l'on se doit de considérer le traitement pharmacologique comme approche initiale se greffant à la modification des habitudes de vie.

3 Pour les patients présentant une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale ou un diabète.

Avis

d'un partenaire

Lyse Ferland  
Coordonnatrice nationale Kino-Québec



# Désengagement des jeunes face à la pratique de l'activité physique, préoccupant ou alarmant?

Depuis quelques années, des données s'accroissent et convergent vers une réalité : les jeunes, particulièrement les adolescents, délaissent la pratique régulière de l'activité physique. Préoccupé par cette situation, Kino-Québec s'associe à deux organismes québécois, la Fédération des éducateurs

**Il devient urgent  
de sensibiliser  
les principaux  
intervenants qui  
gravitent autour  
des jeunes**

physiques du Québec et la Fédération québécoise du sport étudiant. Un protocole d'entente fut signé en juin 1997 et un plan d'action associant les trois

partenaires fut rédigé. La première action de ce plan verra le jour en février 1998, soit la distribution d'une brochure "Alerte à la sédentarité des jeunes" à l'ensemble des intervenants travaillant auprès de cette clientèle (professeurs d'éducation physique, entraîneurs et animateurs sportifs, responsables de la programmation dans les municipalités et centres communautaires). Le document visera ces deux objectifs :

- fournir le portrait le plus fidèle de la situation du désengagement des jeunes ;
- suggérer des pistes d'action aux différents milieux (scolaire, municipal et familial) et intervenants.

Voici une brève présentation des principaux faits saillants qui seront contenus dans cette brochure pour tracer la problématique :

## LA SITUATION

Malgré que les jeunes demeurent et de loin, la clientèle la plus active au sein de la population.

Malgré l'existence d'une programmation variée, abondante et accessible offerte à nos jeunes par les municipalités, les écoles, les centres communautaires et privés.

Malgré que les familles québécoises demeurent celles au Canada possédant le plus d'équipements sportifs.

Malgré que 85% des parents québécois considèrent favorablement le fait que leurs enfants pratiquent une ou des formes d'activités physiques et sportives.

Nous constatons que les jeunes, particulièrement les adolescents, sont la cible d'une problématique jusqu'à aujourd'hui sous-estimée : le désengagement, voire même l'abandon de la pratique régulière d'activités physiques.

## LES FAITS

### 1.0 Une diminution des taux de pratique

- Les jeunes d'aujourd'hui sont jusqu'à 40% moins actifs que leurs pairs d'il y a 30 ans (est actif celui

ou celle qui en fait au moins 3 fois par semaine);

- à leur entrée au secondaire, seulement 57% des jeunes peuvent être considérés comme actifs;

- durant leur passage au secondaire, ce taux chute radicalement à 38% pour se maintenir autour de 42% chez les 15-19 ans et finalement connaître une

jeunes durant l'adolescence n'est pas généralisée mais plutôt particulière à certains types de pratique. Ainsi, les jeunes qui évoluent au sein du secteur compétitif (29%) semblent protégés, c'est-à-dire qu'ils abandonnent peu ce secteur et surtout qu'ils maintiennent leur niveau de pratique au fil des ans. Quant aux jeunes impliqués dans le secteur récréatif, ils le délaissent

de l'activité physique en jouant, les 5-12 ans sont actifs environ 15 hrs/sem et les adolescents (13-17 ans) 7 heures/sem seulement.

Deuxièmement, une autre des grandes coupables est sans contredit la télévision que les jeunes québécois écoutent en moyenne 26 heures par semaine.

## Depuis quelques années, des données s'accumulent et convergent vers une réalité: les jeunes, particulièrement les adolescents, délaissent la pratique régulière de l'activité physique

seconde chute avec un taux de 26% chez les 20-24 ans. Pire, cette régression se poursuit jusqu'à l'âge adulte (25-44 ans) avec un taux peu enviable de 19% d'actifs (Tableau1).

Dans une perspective évolutive, ces résultats démontrent que le processus de désengagement amorcé principalement lors du passage du primaire au secondaire se poursuit malheureusement tout au long de l'adolescence et que cette tendance négative va même jusqu'à hypothéquer sérieusement la situation des 25-44 ans.

Par contre, il est à souligner que la diminution du niveau de pratique des

progressivement (20 à 12%) pour grossir les rangs des activités à caractère libre (41 à 45%) ou pour la forme (10 à 16%). Ce qui inquiète, c'est que le secteur attirant le plus de jeunes, le libre (45%), est également celui où le niveau de pratique est le plus faible et le moins constant au fil des ans devenant ainsi le creuset du désengagement avant l'ultime étape, l'abandon.

### 2.0 Une diminution du nombre d'heures consacrées à la pratique d'activités physiques

Alors que les enfants de 1 à 4 ans passent environ 22 heures/sem à faire

Finalement, les jeunes d'aujourd'hui sont de plus en plus attirés vers les nouvelles technologies et consacrent un nombre croissant d'heures au micro-ordinateur, à Internet et aux jeux électroniques.

### 3.0 L'abandon des autres habitudes de vie


Il est important de souligner que la pratique régulière de l'activité physique n'est pas la seule bonne habitude de vie qu'un nombre important d'adolescents délaissent brusquement. Sur une période de deux ans (entre 13 et 15 ans), nous constatons:

- une augmentation des fumeurs réguliers (de 4 à 16%);

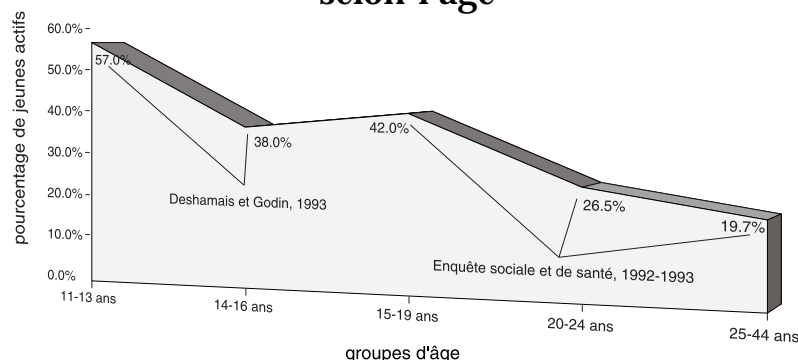
- une augmentation des buveurs réguliers (de 4 à 12%);

- une augmentation des jeunes ne prenant pas de déjeuner (de 11 à 18%).

## CONCLUSION

Devant de tels faits, il devient urgent de sensibiliser les principaux intervenants qui gravitent autour des jeunes et surtout de les inviter à s'impliquer dans la recherche de solutions concrètes et efficaces. À cet égard, Kino-Québec procédera, au printemps 1998 à une offensive majeure en distribuant massivement une brochure et en jumelant des activités de promotion et de formation. Si le sujet vous intéresse, nous vous invitons à rejoindre des représentants de Kino-Québec au (418) 691-2077. 

### Pourcentage de jeunes actifs (3 fois/sem.) selon l'âge



## Faits saillants

# de la 11<sup>e</sup> réunion de la Société internationale d'athérosclérose

Tenue à Paris, octobre 1997

Textes résumés par Daniel Gaudet M.D. et collaborateurs / Complexe hospitalier de la Sagamie

### Identification des principaux antioxydants phénoliques du vin rouge

GJ Soleas, EP Diamandis, G Tomlinson, DM Goldberg  
University of Toronto

Dans le cadre du concours du jeune chercheur de la société canadienne d'athérosclérose qui s'est tenu à Paris lors du 11<sup>e</sup> congrès de la Société internationale d'athérosclérose, G.J. Soleas, de l'équipe du Dr Goldberg à Toronto, a présenté les résultats de travaux effectués afin d'étudier les propriétés antioxydantes des phénols contenus dans le vin rouge. Il est connu que la fraction polyphénolique des vins rouges (flavonoïdes, acides phénoliques, trihydroxystilbènes) inclut de nombreuses substances bioactives qui peuvent inhiber la croissance tumorale et bloquer des voies métaboliques favorisant le développement de l'athérosclérose, tels l'aggrégation plaquettaire, la synthèse de thromboxane A<sub>2</sub> et de leukotriène, et l'oxydation des LDL. Il est également possible qu'ils agissent dans la phase aqueuse des liquides vasculaires et extracellulaires afin de neutraliser les radicaux libres. L'équipe de GJ Soleas a mesuré l'activité antioxydante totale de différents vins rouges et évalué par la suite la concentration des différents composés phénoliques. Leurs résultats suggèrent que l'activité antioxydante totale est prédite à 95% par une grappe de 5 dérivés phénoliques (épicatéchine, catechine, trans-polydatine, acide vanillique, acide m-coumarique) qui, lorsque considérés individuellement, ne sont pas les antioxydants les plus importants. Ces résultats indiquent un effet d'interaction entre ces substances lorsqu'elles partagent un même milieu, en l'occurrence le vin. Ces travaux sont présentés comme un paradigme explorant les relations entre les antioxydants selon la source alimentaire où ils se retrouvent et l'environnement dans lequel ils s'expriment. <sup>AC</sup>


### Huiles de poisson, lipides et maladie cardiovasculaire

P. Nestel, Baker Medical Research Institute  
Melbourne, Australia

Les acides gras de la série oméga-3, retrouvés dans les huiles de poisson, modifient certains facteurs impliqués dans le métabolisme lipidique et les fonctions vasculaires. Les effets antiathérogéniques de l'huile de poisson reposent sur la diminution des concentrations plasmatiques des lipoprotéines riches en triglycérides et sur l'augmentation du cholestérol des HDL. D'autre part, la vidange plasmatique (clairance) des résidus de chylomicrons et des fractions lipidiques postprandiales est augmentée. La production de l'apo B et la densité des LDL est réduite. Cependant, des études in vitro ont montré une augmentation de l'oxydabilité des LDL par les huiles de poisson, laquelle, cependant serait réversible par la prise de vitamine antioxydante comme la vitamine E. La vasotonie artérielle serait améliorée. Certains effets métaboliques des huiles de poisson seraient médiés par les PPAR, des récepteurs nucléaires pour lesquels les acides gras n-3 sont des ligands. Ces effets affecteraient l'oxydation des acides gras, l'activation de la lipoprotéine lipase, la production des acides gras et du cholestérol. D'autres mécanismes contribuent à l'abaissement de la triglycéridémie et à la réduction de la mobilisation des acides gras libres à partir des réserves lipidiques, diminuant ainsi la production des VLDL au niveau du foie. En regard du risque cardiovasculaire, il pourrait être avantageux de consommer du poisson comme source d'acides gras n-3. Des études prospectives sont en cours afin de déterminer les bénéfices cliniques. <sup>AC</sup>


## Les effets pléiotropiques des médicaments affectant le métabolisme des lipides

*J. Davignon, Directeur du groupe de recherche sur les dyslipidémies et l'athérosclérose à l'Institut de Recherches Cliniques de Montréal*

Lorsqu'un médicament agit simultanément sur différents systèmes ou processus métaboliques, on parle alors d'effet "pléiotropique". Selon le Docteur J. Davignon, directeur du groupe de recherche sur les dyslipidémies et l'athérosclérose à l'Institut de Recherches Cliniques de Montréal. Les agents pharmacologiques couramment utilisés pour le traitement des dyslipidémies possèdent un large éventail d'autres effets dont certains pourraient augmenter le bénéfice cardiovasculaire, conduire à une nouvelle indication thérapeutique ou même donner naissance à de nouvelles classes de médicaments. Ainsi, l'usage de l'acide nicotinique à titre d'hypolipémiant est un exemple d'une nouvelle indication dérivée d'un effet pléiotropique d'une vitamine donnée à fortes doses. Les propriétés anti-oxydantes du probucol, sa capacité à améliorer les dysfonctions endothéliales ou à augmenter la masse et l'activité de CETP ont été découvertes à posteriori, ce qui a favorisé le développement de nouveaux médicaments anti-athérogéniques. Les fibrates ont des effets ubiquitaires sur le métabolisme des lipoprotéines. De plus, ils abaissent le fibrinogène, la viscosité sanguine et le PAI-1; ces effets n'étaient même pas envisagés lors de l'introduction de leur précurseur, le clofibrate. De même, les statines expriment plusieurs effets pléiotropiques, ce qui inclut des effets de classe, tel que l'amélioration des dysfonctions endothéliales, et des effets qui ne sont pas nécessairement partagés avec la même intensité par tous, tels les effets sur la prolifération et la migration cellulaires, l'agrégation plaquettaire ex-vivo, les processus d'oxydation, le rejet du coeur transplanté, l'adhésion moléculaire, l'expression du facteur tissulaire et bien d'autres. Le Docteur Davignon suggère que les effets pléiotropiques des hypolipémiants devraient être considérés avec plus d'attention en pratique clinique car ils peuvent amener une meilleure compréhension du médicament, expliquer les interactions médicamenteuses, aider à sélectionner parmi les médicaments d'une même classe et faciliter le choix des agents lors d'associations thérapeutiques. 

## Nouvelles avancées sur les mécanismes de l'athérosclérose

*R. Ross, University of Washington  
Seattle WA 98195, USA*

Les lésions d'athérosclérose représentent un processus inflammatoire chronique impliquant les monocytes et les lymphocytes T, qui s'accompagne d'une prolifération fibreuse de l'intima artérielle. La lésion initiale, la strie lipidique, résulte en premier lieu de l'adhésion et de la migration des monocytes et des lymphocytes T vers l'intima, où les monocytes sont activés par les macrophages, et deviennent des cellules spumeuses chez les sujets hyperlipémiques. Les cellules musculaires lisses présentes dans l'intima, ou qui migrent de la media vers l'intima, se multiplient et forment une matrice créant ainsi la lésion intermédiaire qui peut alors évoluer vers une lésion recouverte d'une capsule fibreuse de cellules musculaires lisses, entourée par une matrice de densité variable qui recouvre des accumulations de cellules inflammatoires, avec ou sans nécrose centrale. La multiplication des macrophages dérivés des monocytes et des cellules T est due à la production de cytokines et de facteurs de croissance. Les lipoprotéines oxydées et d'autres radicaux libres peuvent jouer un rôle dans l'agression endothéliale qui génère ce processus inflammatoire et la prolifération fibreuse. L'expression génique de chacune des cellules, à différents stades de la formation et de la progression de la lésion, représente un phénomène clé dans le déterminisme de l'évolution de la lésion : stabilité, régression ou progression. Les souris génétiquement modifiées ou chimériques, avec des altérations des gènes codant pour des facteurs de croissance dérivés des plaquettes, l'apolipoprotéine E et d'autres molécules associées aux systèmes immuns et inflammatoires, ont apporté les preuves de ce processus. Les mécanismes de signalisation intracellulaire de la mitogénèse, le rôle et les interactions des molécules de signalisation avec les intégrines de surface cellulaire, sont des éléments clés dans le déterminisme des mécanismes qui feront que la lésion restera quiescente ou va proliférer et s'étendre. Les images de résonance magnétique ont été utilisées avec succès chez l'animal tout comme chez l'homme, pour suivre de façon non-invasive la formation et la progression de la lésion dans les artères périphériques. 

# *Nouvelles* de la Fondation des maladies du coeur du Québec

## Nutrition et hockey, une formule gagnante

Paru en décembre dernier aux éditions du Trécaré, ce livre écrit par Marcel Boucher, M.D., et Marielle Ledoux, Ph.D., donne les principes fondamentaux d'une saine alimentation basés sur les recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, et la pratique du hockey. Il est disponible à la Fondation des maladies du coeur du Québec au coût de 12 \$, incluant taxes et manutention, et dans les bonnes librairies.

## Du plaisir *Coeur atout* pour toute la famille

Pour le mois de février, le mois du coeur, la Fondation des maladies du coeur du Québec invite la famille québécoise à opter pour un style de vie *Coeur atout*. Une pochette, incluant une évaluation des habitudes familiales, des jeux et activités à faire en famille, ainsi que de l'information sur de saines habitudes de vie, est disponible pour ceux et celles qui en feront la demande.

## Votre épicerie au goût du coeur

*Votre épicerie au goût du coeur*, un nouveau livre de la collection *Coeur atout* de la Fondation des maladies du coeur du Québec vient tout juste de paraître. Dans cet ouvrage, l'auteure Ramona Josephson, diététiste, présente une toute nouvelle façon de faire vos achats à l'épicerie en respectant les consignes du Guide alimentaire canadien pour manger sainement. On peut se le procurer au coût de 12 \$, incluant taxes et manutention, à la Fondation des maladies du coeur du Québec ou dans les librairies.

## Colloques à venir

**19-21 février 1998**

Cardiovascular Health:  
coming together for the 21st century A National Conference,  
San Francisco - Tel.: 415-476-5808

**22-27 février 1998**

Intervention moderne sur la maladie cardiovasculaire  
Mont St-Anne - Tél.: 418-656-5958

**15-19 mars 1998**

14th Annual American College of Cardiology conference  
Lake Louise Tel.: 301-897-5400

**18-21 mars 1998**

38th American Heart Association Council on Epidemiology,  
Santa-Fe - Tel.: 214-706-1511

**28 mars - 2 avril 1998**

47th Annual Scientific Sessions of the American College  
of Cardiology,  
Atlanta - Tel.: 1-800-650-6870

**13-17 mai 1998**

Congrès annuel de L'Association des cardiologues du Québec  
Montréal - Tél.: 514-350-5106

**28-31 mai 1998**

Emergency Cardiac care Update  
Orlando - Tel.: 800-266-5367

### COMITÉ DE RÉDACTION:

Claude Thivierge M.D., (Rédacteur en chef)  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre  
Liliane Bertrand, Fondation des maladies du coeur du Québec  
Lyse Ferland, Kino-Québec  
Hélène Poirier, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire  
Alain Vanasse M.D., Unité de santé publique du Bas-Saint-Laurent

Dépot légal: 1e trimestre 1998  
Bibliothèque Nationale du Canada  
Bibliothèque Nationale du Québec  
ISSN: 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro: le 13 avril 1998

Faites parvenir vos textes à Claude Thivierge,  
rédacteur en chef, 4835, av. Christophe-Colomb,  
Montréal H2J3G8, Tél: (514) 528-2400

Tirage: 15 000 copies

©Fondation des maladies du coeur du Québec

Certains textes publiés dans ce bulletin sont des résumés de chacun des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire, de la Fondation des maladies du coeur du Québec et de la direction de la santé publique de Montréal-Centre.

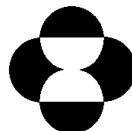
Ce bulletin est  
publié par le  
Forum québécois  
des intervenants  
en santé  
cardiovasculaire  
sous l'égide de la  
Fondation des  
maladies du coeur  
du Québec



Publié en  
collaboration avec la:

Régie Régionale  
de la Santé et  
des Services Sociaux  
de Montréal-Centre

Direction de la santé publique



et grâce au soutien financier de:

**MERCK FROSST**