



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

Volume 3, numéro 2
Printemps - été 1998

Dans ce numéro:

- Nouvelles du Forum1
- Bilan du projet
«En coeur» à Verdun3
- Activité physique chez l'adulte:
nouveau comité scientifique5
- Infection et inflammation dans
la genèse des MCV (Conférence
de L'ACC, Lac Louise)6
- Le tabagisme, une toxicomanie?
(Colloque «Intervention moderne
sur les MCV», Mont Ste-Anne) ..7
- Nouveautés au colloque de
l'American College of Cardiology
(Atlanta)8
- Le «Multicenter life style heart
trial» (Conférence nationale
de San Francisco)10
- Colloques à venir
(été et automne 98)12
- Nouvelles diverses12

Publié en collaboration avec la:



Direction de la santé publique



Plate-forme stratégique: Plan d'action

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

Mise en oeuvre

Malgré une baisse importante des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires au cours des trente dernières années, celles-ci représentent toujours en 1998 au Québec la principale cause de décès avec un taux de 37%. Cet état de fait entraîne aussi une morbidité excessive et des coûts effarants au système de santé et des services sociaux. Dans le contexte où la population québécoise vieillit, la pauvreté augmente et où les jeunes et les femmes constituent des groupes de population en situation de vulnérabilité croissante, il y a lieu de s'inquiéter. Assisterons-nous à une recrudescence des maladies? La situation est loin d'être rassurante.

Pourtant il existe des approches efficaces reconnues pour réduire la mortalité et la morbidité de ces maladies. Tant la Conférence de Victoria sur la santé cardiovasculaire (mai 1992) que la Quatrième Conférence internationale de cardiologie préventive (juin 1998) l'ont démontré. Plusieurs intervenants et intervenantes y travaillent assidûment. Mais travaillent-ils ensemble? Le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa Politique de la santé et du bien-être de 1992 a même établi l'objectif de réduire d'ici l'an 2002 de 30% la mortalité par

maladies cardiovasculaires. L'atteindrons-nous?

Et quel (s) objectif (s) devrions-nous viser en regard de la réduction de la morbidité? Aussi, comment ne pas tenir compte des Priorités nationales de santé publique (1997) qui, sans cibler directement les maladies cardiovasculaires, visent le tabagisme, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes? Autant de questions à répondre que de défis à relever!

Voilà pourquoi le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*, lieu d'échanges et de mobilisation intersectorielle, lance une opération qui vise à doter le Québec d'une plate-forme stratégique en santé du coeur. Cette opération devrait permettre au Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire de préciser les objectifs spécifiques de consolidation ou de développement contribuant à réduire la mortalité et la morbidité sur des aspects aussi précis que l'enseignement, la recherche, les soins, la prévention/promotion et l'industrie reliés à la santé cardiovasculaire. Ces objectifs de consolidation et de développement devront bien entendu contribuer à

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

l'atteinte des objectifs de la «Politique de la santé et du bien-être» (PSBE) 1992-2002 mais également à définir des objectifs de réduction de la morbidité.

Pour assurer la bonne marche de cette opération, un comité scientifique et un comité organisationnel ont été mis en place et plusieurs étapes sont prévues.

1re étape (janvier à juin 1998)

Validation d'un cadre de référence commun en santé du cœur

Sous la responsabilité du comité scientifique, un cadre de référence a été élaboré. Ce cadre propose une lecture intégrée et organisée des interventions autour de trois axes que sont les stratégies de l'intervention, les populations ou les cibles visées par l'intervention, et l'état actuel des connaissances concernant ces interventions.

Pour assurer la validation du cadre de référence et par la même occasion bonifier son contenu, plusieurs intervenants ont été sollicités afin d'obtenir une analyse critique de celui-ci. Nous avons donc reçu les commentaires des membres du comité de gestion du Forum ainsi que ceux d'experts externes. Le cadre de référence a également été présenté à plusieurs regroupements de professionnels, dont l'Association des cardiologues du Québec, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), Cholestaction Québec et le Comité des soins d'urgence cardiaque de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Plusieurs commentaires ont été recueillis. Cette étape nous aura aussi permis de vérifier l'utilité du cadre.

Le comité organisateur de la plate-forme prévoit faire une validation pratique du cadre de référence qui se traduira par l'analyse du projet de loi sur le tabac.

2e étape (mai à septembre 1998)

Identification des regroupements et leur leader selon les différents champs d'intervention en santé cardiovasculaire

Avec la participation des intervenants du domaine, cette importante démarche de concertation contribuera sans contredit à consolider les acquis et intensifier les interventions du secteur de la santé cardiovasculaire

Des regroupements du domaine seront sollicités afin de prendre part à la démarche, soit de participer aux étapes 3, 4 et 5.

3e étape (juin à décembre 1998)

Identification des cibles stratégiques par les intervenants

À cette étape, les différents regroupements en santé cardiovasculaire, qui se sont montrés intéressés à l'ensemble de la démarche, devront dans un premier temps, identifier les interventions qu'ils entendent prioriser d'ici l'an 2002. Par la suite, ils pourront utiliser le cadre de référence pour faire l'analyse de ces interventions afin de préciser les stratégies, la cible (population) ainsi que le niveau d'application des interventions retenues.

4e étape (janvier à mars 1999)

Mise en commun et organisation des cibles stratégiques retenues par les différents intervenants


Cette étape prévoit une mise en commun des interventions prioritaires par les intervenants participants à la démarche. Les analyses faites à l'aide du cadre de référence permettront ainsi d'en uniformiser la présentation et de faciliter la constitution d'un corpus d'interventions sur lequel s'appuiera la plate-forme stratégique du Forum. À l'aide d'une liste de critères acceptés par les intervenants, il sera possible d'identifier les éléments à prioriser en regard de cibles d'action

spécifiques et selon les différents niveaux d'application.

5e étape (mars 1999 à 2002)

Diffusion de la plate-forme stratégique et sa mise en œuvre avec l'appui du plus grand nombre d'acteurs

Une large diffusion de la plate-forme stratégique du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire permettra de mobiliser les intervenants en santé cardiovasculaire autour d'objectifs communs, cohérents et compris de tous. Cette mobilisation en amont (auprès des décideurs) et en aval (auprès des intervenants) laisse croire à un potentiel de mise en œuvre qui maximisera les efforts de tous dans l'atteinte d'objectifs concrets.

Avec la participation des intervenants du domaine, cette importante démarche de concertation contribuera sans contredit à consolider les acquis et intensifier les interventions du secteur de la santé cardiovasculaire. De plus, on estime qu'au moment où les restrictions budgétaires sont importantes, posséder un portrait global de la situation au Québec devient non seulement un atout important mais un outil essentiel pour faire des choix éclairés. La participation du plus grand nombre d'intervenants du domaine liés par un but commun qui vise à réduire la mortalité et la morbidité des MCV, se veut essentiel et contribuera à refléter le plus fidèlement la situation actuelle et la multitude d'actions prévues. 



« EN COEUR »

PROGRAMME COMMUNAUTAIRE DE PRÉVENTION DES MCV ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU COEUR

Un programme conjuguant prévention secondaire et primaire des MCV et promotion de la santé du cœur, est-ce une utopie? Pas du tout, selon l'équipe du programme «En Coeur» formée d'un cardiologue du Centre hospitalier Angrignon, responsable du programme, d'un agent de programmation et planification de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, responsable de l'évaluation et des trois intervenantes (physiologiste de l'exercice, diététiste avec formation en psychothérapie et andragogie et psychothérapeute-sexologue) engagées grâce à une subvention du Fonds de soutien à l'innovation (FSI) du MSSS.

S'inscrivant en complémentarité des soins, services et programmes actuellement offerts à la communauté du Sud-Ouest de l'île de Montréal, «En Coeur» a pour but de réduire les inégalités de santé cardiovasculaire au sein de cette communauté. Les objectifs visés par le programme sont d'abord d'améliorer l'état cardiovasculaire et le bien-être physique et psychologique des personnes atteintes d'une maladie coronarienne, de leurs familles et amis puis de favoriser l'acquisition et le maintien d'habitudes de vie favorables à la santé cardiovasculaire (pratique de l'activité physique, habitudes alimentaires, contrôle du tabagisme, bonne gestion du stress) par le coronarien, sa famille et la communauté toute entière.

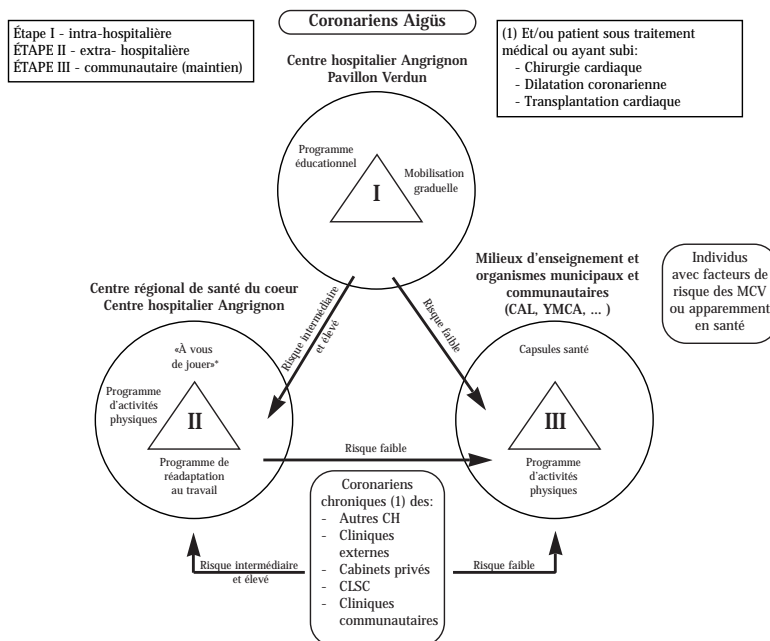
Le patient : un promoteur de saines habitudes de vie

La manifestation d'un problème cardiaque constitue une situation de crise, pour la personne concernée mais aussi pour les membres de la famille et les amis. Il s'agit donc d'un moment opportun de remise en question et c'est ici que prend naissance le concept du programme «En Coeur». Notre hypothèse est que le coronarien peut devenir un excellent promoteur d'habitudes de vie favorables à la santé cardiovasculaire auprès de sa famille, ses amis et de la communauté. Mais il doit d'abord se réadapter de façon optimale et pour ce faire, il a besoin du soutien de sa famille, de ses amis et de la communauté. En effet, les comportements de santé procèdent de l'interaction entre valeurs, croyances et attitudes personnelles, familiales et sociales.

Un concept intégrateur

Le diagramme ci-contre illustre les trois étapes de base du programme, établies en fonction de la condition physique de la clientèle cible, auxquelles se greffent les ateliers sur les habitudes de vie. Autour de ce noyau dur du programme gravitent des activités satellites (marche «En Coeur», rencontres populaires, chroniques d'information dans les journaux locaux...) issues tant des besoins de la communauté que de l'intérêt des partenaires impliqués. «En Coeur» se présente ainsi comme un concept intégrant les différentes composantes d'un processus continu nécessaire à

Diagramme du programme «En Coeur»



* Programme de réadaptation des patients cardiaques de la Fondation de maladies du cœur du Québec

l'atteinte d'un objectif d'amélioration de la santé du cœur pour tous et toutes.

La réadaptation cardiaque et les ateliers «En Cœur»

L'abondante revue de littérature sur l'efficacité des programmes de réadaptation cardiaque a amené l'OMS à déclarer que «la réadaptation cardiaque est conçue comme un élément essentiel des soins dont doivent pouvoir bénéficier tous les cardiaques»¹. Pourtant ce type de soins est largement sous-utilisé puisqu'on estime que seulement 10 à 40 % des patients qui pourraient en bénéficier y ont accès². Dans la région de Montréal-Centre l'accessibilité à ce type de soins est très limitée parce que seulement quelques programmes sont offerts sur l'île et puisque ces programmes ne sont pas couverts par le régime public d'assurance-maladie, ils ne rejoignent pas la clientèle économiquement défavorisée.

Au cours de l'année 97, l'énergie de l'équipe du programme s'est concentrée sur le développement et la mise en oeuvre du volet activité physique de l'étape 2 (réadaptation cardiaque) et des ateliers «En Cœur» sur les habitudes de vie. Le volet activité physique d'une durée de 36 sessions, réparties sur 12 ou 18 semaines, sous supervision médicale (avec télémétrie si nécessaire), est basé sur une prescription d'exercice et fonction du niveau de risque de l'exercice et de ses éventuelles modifications.

Les ateliers sur la nutrition et la gestion du stress, consistent en 12 sessions de 2 heures et quart et mettent l'emphase sur le développement des compétences et du sentiment de compétence mais à partir des acquis de chaque participant(e) malgré le contexte de groupe (8 à 15 personnes). Les personnes s'inscrivant à un atelier, qui sont soit des patients coronariens, des gens avec facteurs de risque de MCV,

sont fortement encouragées à venir accompagnées d'un parent ou d'un ami.

Des résultats encourageants après 6 mois d'implantation

Des cinquante-quatre personnes qui avaient entamé le volet activité physique de juin à décembre 97, seulement quatre (7%) avaient abandonné avant la fin des 36 sessions. Par contre, dix-sept participant(e)s (31.5%) avaient alors dépassé le total de 36 sessions déterminé en phase de planification, mais manifestaient le désir de continuer la pratique de l'activité physique dans les locaux du programme, invoquant le sentiment de sécurité et de confiance ressenti dans ce cadre.

Un total de quarante-cinq personnes ont participé aux trois ateliers de gestion du stress de juin à décembre. Vingt participant(e)s (44.4%) ont prit part à au moins 9 sessions. Onze participants (24.4%) ont abandonné

ou plus. Un total de cinq personnes (23.8%) ont quitté l'atelier avant la 6e session, mais si on exclut un abandon consécutif à une hospitalisation, ce taux est alors de 19%. Il faut mentionner que les participant(e)s au premier atelier ont demandé l'ajout d'une treizième session et d'un suivi et se sont présenté(e)s à l'une et à l'autre.

Conclusion et perspectives d'avenir

La transformation du réseau de la santé fournit une opportunité d'innover. L'ajout d'un volet de réadaptation cardiaque et de modifications d'habitudes de vie dans le cadre du système de soins requiert un investissement minime par rapport à l'ensemble du budget consacré au traitement des MCV. Pourtant cette addition devrait permettre à court terme d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de MCV et de réduire de façon sécuritaire la durée du séjour hospitalier, à moyen terme de réduire les besoins pour des interventions plus coûteuses, notamment les chirurgies

«La transformation du réseau de la santé fournit une opportunité d'innover»

avant la 6e session. Le taux d'abandon tombe à 11.1% (5/45) si on exclut les abandons justifiés par l'hospitalisation ou le retour au travail.

Trente-trois personnes ont été rejointes par les trois ateliers de nutrition entamés d'août à décembre. Parmi les vingt et une personnes inscrites aux deux ateliers complétés en décembre, treize (62%) ont participé à 9 sessions

cardiaques, et à long terme constituera un élément capital pour assurer un meilleur contrôle des coûts associés aux MCV et améliorer de façon notable la santé cardiovasculaire de notre population. ^{AG}

1 O.M.S. Réadaptation après la maladie cardiovasculaire, en égard plus spécialement aux pays en développement. Série de rapports techniques 831. Genève, 1993.
2 Dafoe, W., Huston, P. Current Trends in Cardiac Rehabilitation, Can Med Assoc Journal, 1997; 165(4):527-532.



Lancement officiel

du comité scientifique Kino-Québec

Lors d'une conférence de presse, à Québec, le 24 mars dernier, le ministre responsable du loisir, du sport et de l'activité physique, monsieur Rémy Trudel, annonçait la mise sur pied du comité scientifique Kino-Québec dont l'une des responsabilités sera d'assumer un rôle de vigilance dans le domaine de l'activité physique et de la santé. Ce comité scientifique, composé d'une douzaine d'experts québécois de renommée internationale, sera présidé par monsieur Claude Bouchard, professeur et chercheur à l'Université Laval, connu pour ses importantes recherches sur l'activité physique, l'obésité et la génétique.

Pont entre la recherche et l'action

Véritable pont créé entre la recherche et l'action, le comité scientifique devient un atout majeur pour Kino-Québec. Il lui permet d'être branché sur les plus récentes connaissances en matière de sédentarité et de valider ses stratégies d'intervention auprès d'un groupe d'experts bien au fait des grands courants mondiaux en matière de promotion de la santé et de l'activité physique. Également, le comité scientifique collaborera avec Kino-Québec afin de sensibiliser les décideurs et la population à l'importance de considérer la sédentarité comme un problème de santé publique. Finalement, une fois l'an, il émettra publiquement un avis officiel sur une problématique prédéterminée et des actions seront entreprises auprès des divers intervenants et de la population pour diffuser cette information. Le

premier positionnement qui sera rendu public en juin 1998, répondra à la question suivante : quel est le volume d'activité physique requis pour retirer des bienfaits au plan de la santé et du mieux-être ?

Alerte à la sédentarité

Pour illustrer l'importance et l'urgence d'intervenir sur la problématique de la sédentarité, monsieur Claude Bouchard a pris soin de communiquer plusieurs données sur ce phénomène. Premièrement, la sédentarité affecte presque autant de personnes que le tabagisme (36 %) et le surpoids (44 % des adultes ont un indice de masse corporelle de 25 et plus). Ainsi, c'est près d'un tiers (30%) des Québécois de plus de 15 ans (1,8 millions de personnes) qui sont peu ou pas actifs durant leurs loisirs. Le deuxième tiers est aussi "à risque" (33 %) puisque les personnes qui composent ce groupe ne sont pas actives sur une base régulière, se privant ainsi de plusieurs bienfaits. Seul le dernier tiers a réellement intégré l'activité physique dans leur mode de vie.

Deuxièmement, les adultes de la présente génération sont plus lourds que les personnes des générations précédentes, et ce, bien qu'ils ne consomment pas plus de calories. Cependant, pour accomplir les tâches de la vie courante, nous dépensons environ 300 calories de moins que nos grands-parents. Ce déficit équivaut à une diminution de 10 à 15 % de la dépense quotidienne d'énergie. En repoussant sans cesse les limites de la

technologie, nous avons pratiquement réussi à éliminer l'effort physique de nos existences. Finalement, parmi tous les groupes d'âge, c'est celui des adultes de 25 à 44 ans qui compte le moins de personnes actives. C'est lors du passage du groupe des «15 à 24 ans» à celui des «25 à 44 ans» que l'on note les chutes les plus spectaculaires du nombre de gens actifs. Le pourcentage d'hommes actifs passe de 71 à 31 %, pendant que celui de femmes actives chute de 43 à 26 %.

Les dangers de la sédentarité


Les plus récentes études sont claires : un mode de vie sédentaire accroît le risque d'être victime de plusieurs problèmes de santé tels que l'obésité, l'hypertension, le diabète non-insulinodépendant, les maladies coronariennes, les problèmes vasculaires périphériques, le cancer du côlon, l'ostéoporose, les lombalgies et la dépression. Selon les problèmes concernés, ce risque est de 30 à 70 % plus élevé chez les inactifs que chez les gens qui sont actifs régulièrement. Plus spécifiquement au niveau des maladies du cœur qui demeurent la principale cause de mortalité chez les adultes, on estime que 25 % de ces décès prématurés sont directement ou partiellement attribuables à l'inactivité physique. Si tous les Québécois étaient suffisamment actifs, le système de santé pourrait réaliser, au seul chapitre des maladies du cœur, des économies de l'ordre de 47,5 millions de dollars par année.

suite p.6 ►

S'il existait une pilule pouvant diminuer jusqu'à 50% les risques de maladie cardiovasculaire et qui permettrait d'être moins fragile à l'hypertension et au danger du cancer du côlon, qui réduirait les possibilités de voir apparaître des symptômes d'ostéoporose et de dépression, tout le monde la prendrait. Or, cette pilule miracle n'existe pas mais on peut facilement trouver un équivalent : un 30 minutes et plus d'activité physique par jour. Sauf qu'à peine le tiers de la population en profite ! C'est pourquoi le défi des prochaines années pour Kino-Québec, appuyé par le comité scientifique, sera d'entraîner le plus grand nombre possible de québécois vers une modification de leurs comportements en matière de pratique d'activités physiques. A cet égard, le ministre Trudel a invité le comité scientifique à «être dérangerant» et à insister régulièrement auprès du gouvernement pour que des efforts considérables soient faits pour réduire le nombre de Québécois sédentaires.

À lire et à se procurer

Guide de mise en forme, par Guy Thibault, Pierrette Bergeron et Pierre Ancil sous la direction de Pierre Harvey, les éditions de L'Homme, 240 pages, (21,95 \$ en librairie).

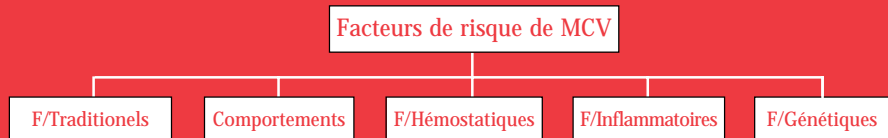
Voici un livre qui s'adresse aussi bien aux personnes actives qu'à celles qui songent à entreprendre un programme d'activités physiques. S'inspirant de ce que préconise l'athlète Pierre Harvey, les auteurs répondent avec précision et compétence aux questions que nous devrions nous poser pour obtenir plus de satisfaction et retirer plus de bénéfices d'un mode de vie actif. 

Infection et inflammation dans la genèse des MCV

Alain Vanasse, M.D., Fcmf
- Direction de la santé publique du Bas St-Laurent

Résumé de la conférence du Dr Paul M. Ridker,
14th Annual American College of Cardiology Conference, Lac Louise, mars 1998

Dr Ridker présente une extrapolation basée sur l'état actuel des connaissances, tenant compte des différents éléments pouvant possiblement être considérés comme facteurs de risque de maladies cardiovasculaires au 21^e siècle. On y retrouve les facteurs de risque traditionnels (HTA, dyslipidémie, diabète, tabagisme...), les comportements (alimentation, niveau d'activité physique...), les facteurs hémostatiques/thrombotiques, les facteurs inflammatoires et les facteurs génétiques.



Les données de laboratoire et de pathologie supportent les hypothèses que l'inflammation aurait un rôle à jouer dans le développement et la progression de l'athérosclérose et que les agents anti-inflammatoires préviennent les maladies cardiovasculaires (MCV). Bien que la protéine C-réactive soit un marqueur d'inflammation dans l'ischémie aiguë et l'infarctus du myocarde, la relation causale entre l'inflammation et la maladie n'avait pu être démontrée.

Ridker & al ont mis en évidence dans une étude d'une durée de huit ans, qu'une mesure plasmatique de base de la protéine C-réactive plus élevée chez 543 hommes apparemment en bonne santé, était associée avec le risque de développer un infarctus du myocarde (1.51 vs 1.13 mg / litre, P<0,001) ou une thrombose cérébrale (1.38 vs 1.13 mg / litre, P=0.02) en comparaison avec 543 hommes qui n'ont pas subi d'événements cardiovasculaires. Cette association n'a pas été retrouvée pour le risque de thrombose veineuse (1.26 vs 1.13 mg / litre, P=0.34). Ainsi, les hommes appartenant au quartile le plus élevé concernant les valeurs de protéine C-réactive avaient trois fois plus de risque d'infarctus du myocarde (RR,2.9; P<0.001) et deux fois plus de risque de thrombose cérébrale (RR,1.9; P<0.02) que ceux appartenant au quartile le plus bas. L'administration d'aspirine a été associée à une réduction significative du risque d'infarctus du myocarde (-55.7 %, P=0.02) chez les hommes du quartile présentant les valeurs de protéine C-réactive les plus élevées. Par contre, dans le quartile présentant les valeurs les moins élevées, la réduction du risque s'est avéré faible et non significative (-13.9%, P=0.77).

Ces données prospectives indiquent que le niveau de base de concentration plasmatique de protéine C-réactive chez des hommes apparemment en bonne santé peut prédire le risque d'un premier infarctus du myocarde ou d'AVC. De plus, le risque de thrombose artérielle associé au niveau de protéine C-réactive est constant sur une longue période et est indépendant des autres facteurs de risque comme l'usage du tabac, l'indice de masse corporelle, la pression artérielle ou les concentrations plasmatiques de cholestérol total ou HDL, de triglycéride, de lipoprotéine-a, d'antigène t-PA, de fibrinogène ou d'homocystéine. Comme il n'y a pas d'association entre le niveau de la protéine C-réactive et le développement de thromboembolie, l'auteur suggère que la protéine C-réactive représente un bon marqueur de phénomène inflammatoire dans les vaisseaux, mais cette constatation se limite à la circulation artérielle, et n'est pas en relation avec des phénomènes associés à de l'hypercoagulabilité.

L'auteur conclut donc qu'une relation dose-réponse existe entre le niveau de la protéine C-réactive et le risque de développer une MCV. Cependant, aucune association n'a été retrouvée entre le niveau de la protéine C-réactive et les phénomènes thromboemboliques. La réduction du risque associée à la consommation d'ASA s'atténue de façon significative avec la diminution de concentration plasmatique de base de la protéine C-réactive.

Bien que les applications cliniques sur l'inflammation soient encore restreintes, les données présentées par le Dr Ridker élargissent l'éventail des champs potentiels d'intervention en prévention des MCV.



Le tabagisme, une toxicomanie?

Résumé d'un atelier donné par Alain Vanasse, MD. Mary Delafield, MD. Gabriel Houle, MD.
Colloque «Intervention moderne sur la maladie cardiovasculaire», Mont Ste-Anne, Février 1998

L'atelier «Le tabagisme, une toxicomanie?» avait pour objectif de :

- Situer le tabagisme dans un contexte de toxicomanie;
- Outiller le praticien pour l'intervention clinique.

À l'aide de simulation de cas, les participants se sont familiarisés à l'évaluation du fumeur dans un contexte plus global qui tient compte de trois facteurs :

- **L'individu** qui, avec son histoire, sa personnalité et sa situation sociale, réagit à son environnement et présente une réflexion plus ou moins avancée par rapport à la cessation du tabac.
- **Le contexte** dans lequel il évolue qui, avec les problèmes inhérents à ce dernier (angoisse, peur du changement, stress, etc.), va ralentir ou accélérer la démarche de cessation.
- Enfin, **la substance addictive** (la nicotine) qui, en raison de ses effets perçus comme bénéfiques par le fumeur, représente une solution rapide (mais éphémère) aux situations problématiques rencontrées par le fumeur.

Le modèle de changement de comportement proposé par Prochaska & DiClemente identifie les étapes suivantes: la préreflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien. L'atelier faisait ressortir la pertinence de bien situer le fumeur dans sa démarche de changement pour bien cibler l'objectif de traitement. L'objectif ultime étant évidemment la cessation, peut être atteint à long terme, mais le clinicien se concentrera sur des objectifs immédiats

permettant de faire avancer le fumeur dans sa réflexion et dans le processus de changement de comportement. Ainsi, l'intervention sera brève et efficace.

La substance active qui engendre une dépendance chez le fumeur est la nicotine. L'atelier a abordé les principales caractéristiques de la nicotine qui a permis à la FDA de la reconnaître comme une drogue puissante (les phénomènes de tolérance et la présence de syndrome de sevrage). Les principaux effets de la nicotine, effets recherchés par le fumeur, seront la stabilisation de l'humeur, la réduction de l'anxiété, la relaxation musculaire, une augmentation de la capacité de concentration et un effet anorexigène. À l'opposé, les phénomènes associés au sevrage encouru par le fumeur qui abandonne la cigarette seront de l'impatience, de l'irritabilité, de la fatigue et certains troubles de l'humeur, une augmentation de l'appétit et un gain de poids de même qu'une diminution de l'attention et de la concentration. Le clinicien doit donc tenir compte de ces faits pour pouvoir supporter adéquatement le fumeur dans sa démarche.

L'atelier a, par la suite, abordé les «Mesures et stratégies appliquées par le clinicien de premier recours» publiées dans le JAMA (1996; Vol. 275 :1270-80) par The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Ce guide de pratique définit une intervention en cinq points qui ont été ramenés à quatre étapes pratiques par le conférencier.


1. Dépistage systématique du fumeur et inscription de la mention «fumeur / ex-fumeur / non-fumeur» au dossier;

2. Recommandation ferme à tout fumeur de renoncer au tabac avec un message clair, ferme et adapté à l'avancement de la réflexion du fumeur;

3. Dépistage des fumeurs disposés à tenter de renoncer au tabac et offre d'une démarche de cessation à ceux qui le désirent. Pour ceux qui ne désirent pas cesser, motivation et offre de disponibilité ultérieure pour supporter la réflexion et éventuellement une démarche de cessation;

4. Arrangements relatifs au suivi du patient à 1-2 semaines et à 1-2 mois pour les fumeurs qui cessent. Ces délais représentent des moments cruciaux permettant d'éviter la rechute. L'utilisation de ce guide permet au clinicien de faire une brève intervention clinique et efficace peu importe l'état de la réflexion du fumeur.

La dernière partie de l'atelier a porté sur le traitement du sevrage de la nicotine. Les symptômes de sevrage ont été abordés et les thérapies de remplacement à la nicotine ont été revues. Les indications, la posologie, le niveau d'efficacité, les principaux effets secondaires rencontrés de même que les précautions à considérer lors de leur emploi ont été passés en revue.

Pour aider un fumeur dans une démarche de cessation, le clinicien doit adopter une relation clinicien-fumeur qui tient compte de la complexité de ce type de démarche, qui est respectueuse du fumeur et des problèmes que la cessation représente pour lui et qui est exempte de jugement de valeur. 



LA 47^e SESSION SCIENTIFIQUE DE L'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

ATLANTA, 29 MARS AU 1^{ER} AVRIL 1998

Encore cette année, l'American College of Cardiology a réuni près de 30 000 professionnels de la santé afin de dévoiler les résultats des plus récentes études en matière de cardiologie interventionnelle et préventive. Une quinzaine d'entre elles furent divulguées sous la rubrique des «Late Breaking Clinical Trials». Le présent résumé tentera de faire le point sur quelques-unes parmi les plus importantes.

ATLAS: ASSESSMENT OF TREATMENT WITH LISINAPRIL AND SURVIVAL ou la comparaison entre faible et haute dose de lisinopril dans l'insuffisance cardiaque

Cette étude clinique randomisée fut réalisée auprès de 3 164 patients souffrant d'insuffisance cardiaque dans 287 hôpitaux de 19 pays. Au total, 1 568 patients ont été suivis avec une dose de lisinopril de 2,5 à 5 mg par jour et comparés à 1 596 autres recevant de 32,5 à 35 mg par jour, tout en bénéficiant des traitements habituels de diurétiques, de digoxin ou autre IECA. Après un suivi moyen de 54 mois, 43,7% des patients sont décédés.

La mortalité par cause cardiovasculaire était de 10% inférieure (p: 0,073) dans le groupe à haute dose de lisinopril, et l'indice composé de décès ou d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque également réduit de 14% (p: 0,002) dans ce même groupe.

Le point fort de l'étude fut une diminution de 24% des hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans ce groupe (p: 0,002). Les différences dans les effets secondaires n'étaient pas

significatives. En transposant ces données à l'échelle américaine, cela signifierait des réductions de 100 000 décès et de 250 000 admissions pour insuffisance cardiaque par année, résultant en une économie annuelle de 2 milliards de dollars!

CIDS: CANADIAN IMPLANTABLE DEFIBRILLATOR STUDY

CASH: CARDIAC ARREST STUDY HAMBURG ou la comparaison entre le défibrillateur interne et l'amiodarone

Dans CIDS, 24 hôpitaux dont 19 au Canada ont suivi plus de 650 patients entre 1990 et 1997 ayant une histoire d'arrêt cardiaque ou de tachycardie potentiellement fatale. Un premier groupe de 331 patients recevait 300 mg d'amiodarone (avec des doses de départ de 1200 mg par jour la première semaine) et l'autre groupe de 310 patients s'est vu implanté un défibrillateur cardiaque soit par thoracotomie (33) soit par voie transveineuse (277). Environ 10% de ces cohortes recevaient les deux traitements. Après un suivi moyen de 3 ans, le groupe ayant le défibrillateur a obtenu une réduction de la mortalité totale de 19,6% en comparaison avec le groupe traité avec l'amiodarone seulement (25% vs 30% respectivement p: 0,072).

Dans CASH, 300 patients ayant survécu à un arrêt cardiaque causé par une tachyarythmie ventriculaire furent randomisés dans quatre groupes (défibrillateur interne (59), amiodarone (56), metoprolol (59) ou propafenone (56) – ce dernier groupe fut cessé en

1993 à cause d'un excès de mortalité. Avec une analyse portant sur un suivi moyen de deux ans, le groupe bénéficiant du défibrillateur a obtenu une réduction de mortalité de toutes causes de 37% comparativement aux deux autres (p: 0,047).

ARCH: AMIODARONE REDUCES CABG HOSPITALIZATION ou la réduction de fibrillation auriculaire par l'amiodarone intraveineuse après un pontage

Dans un hôpital de Baltimore, 158 patients ayant reçu 1 mg d'amiodarone par voie intraveineuse par jour pendant deux jours suite à une chirurgie cardiaque, furent comparés à 142 autres recevant un placebo, aussi en post-opératoire. Dans le premier groupe, on a noté 35,4% d'incidence de fibrillation auriculaire comparativement à 47,2% dans le groupe placebo (p: 0,039), mais aucune différence dans la mortalité ou dans la diminution de séjour hospitalier.

STENT-PAMI: STENT VERSUS PRIMARY ANGIOPLASTY IN MYOCARDIAL INFARCTION ou la comparaison entre le stent et l'angioplastie après l'infarctus aigu

STENT-PAMI a recruté 900 patients ayant souffert d'un infarctus aigu (<24 heures) au sein de 62 sites à travers le monde. Deux groupes comparables ont reçu soit le stent (n: 452) soit l'angioplastie (n: 448). Après un mois (données de six mois à venir), le groupe "stent" obtenait moins de douleurs thoraciques avec élévation du segment ST (0,7 vs 2,0% p: 0,09), moins de complications au cours de l'hospitalisation (3,5 vs 4,9% p: 0,44), par

contre un taux de mortalité totale de 3,1% toujours comparativement au groupe "angioplastie" de 1,8% (p: 0,15), et enfin une récurrence d'ischémie de 0,2% comparativement à 0,7% (p: 0,35). Donc en résumé, de légers bénéfices avec le stent, à vérifier avec les résultats de six mois.

DEXFENFLURAMINE ET CARDIOPATHIE VALVULAIRE

Une récente étude, menée auprès de 1 212 patients obèses, a noté l'apparition de 24 cas de problèmes valvulaires avec fenfluramine utilisé à court terme pour réduire le poids. Une analyse récente avec échocardiographie effectuée un mois après l'arrêt de l'étude auprès de 1 072 sujets n'a démontré aucune augmentation dans la prévalence de régurgitation valvulaire après ce type d'utilisation à court terme; l'étude initiale fut cessée après 77 jours de traitement. Une autre série d'échocardiogrammes est en cours pour réévaluer à 6 et 12 mois. Ceci pourra donc rassurer ces patients, malgré le retrait commercial de ce type de molécule.

LTAP: LIPID TREATMENT ASSESSMENT PROJECT ou l'application des récentes lignes directrices sur les lipides du NCEP

Cette étude dirigée par le Dr. Thomas Pearson a recruté 619 investigateurs au sein d'une cohorte de 4 888 patients âgés de 20 à 75 ans avec ou sans maladie cardiovasculaire et suivis pendant les trois derniers mois pour une dyslipidémie. Au départ, seulement 38% de la cohorte avait atteint son niveau de LDL cible selon trois catégories, soient: 1) pas de maladie cardiovasculaire (MCV) et moins de deux facteurs de risque, 2) pas de MCV mais deux ou plusieurs facteurs de risque et 3) présence de MCV. À la fin de l'étude, les trois groupes ont atteint leurs niveaux cibles (NCEP) dans 68%, 37% et 18% des cas respectivement. Les prédicteurs de succès identifiés furent: le niveau de risque moins élevé, l'utilisation de «statines», le statut ménopausique, l'observance de la diète et la présence de diabète. Il s'agit de

la plus grande étude à avoir examiné cette problématique spécifiquement.

AFCAPS/TEXCAPS: AIR FORCE CORONARY/TEXAS ATHEROSCLEROSIS STUDY ou la lovastatine en prévention primaire avec lipidémie normale ou légèrement élevée

Cette étude effectuée auprès de 5 608 hommes et 997 femmes entre 1990 et 1993 au Texas a débuté avec des niveaux mesurés de cholestérol sanguin total variant de 180 à 264 mg/dl. À double insu, les patients recevaient de la lovastatine de 20 à 40 mg ou un placebo après une diète d'au moins douze semaines (AHA, niveau 1). Après 5,1 ans, le groupe lovastatine a obtenu une réduction de 37% de premier événement coronarien (p: 0,00008), une réduction d'incidence d'infarctus du myocarde de 40% (p: 0,002), une réduction de 29% des hospitalisations et une réduction de 28% des coûts cardiovasculaires totaux.

ATTAINMENT OF GOALS FOR COMPREHENSIVE RISK REDUCTION IN PATIENT WITH CORONARY DISEASE IN THE U.S ou la gestion des facteurs de risque chez les coronariens

Il s'agit d'une étude rétrospective au sein de 50 hôpitaux américains portant initialement sur 5 620 patients coronariens ayant été hospitalisés et au sein desquels 1 579 y ont obtenu un suivi à l'hôpital suite à l'admission initiale. La cholestérolémie moyenne à l'admission était de 202 mg/dl, le HDL moyen de 36 mg/dl et la tension artérielle diastolique moyenne de 74 mmHg ou systolique de 126 mmHg. La prévalence des autres facteurs de risque fut difficile à apprécier à cause du manque de renseignement dans plusieurs cas.

Au départ de l'hôpital, 48,6% des patients ont reçu de l'information sur des programmes d'exercices physiques, 41,8% furent conseillés en vue de réduire leur cholestérol, 26% furent référés à une clinique de réadaptation cardiaque, 13,2% furent renseignés sur

la perte de poids et 18,2% sur la cessation tabagique. Après 6 mois, 72% d'entre eux avaient un LDL moyen au-dessus du niveau suggéré (i.e. <100 mg/dl) et 47% des fumeurs l'étaient toujours! Par contre, on a remarqué une nette augmentation d'ordonnances d'aspirine, de bêta-bloquants, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et d'hypolipémiants! Des efforts substantiels demeurent donc à faire pour mieux gérer les facteurs de risque après un événement coronarien.

ACADEMIC: AZITHROMYCIN IN CORONARY ARTERY DISEASE:

ELIMINATION OF MYOCARDIAL INFECTION WITH CHLAMYDIA TRIAL ou l'antibiothérapie et la maladie coronarienne

Une étude portant sur 302 patients coronariens, ayant un haut titre d'anticorps contre le chlamydia pneumoniae est présentement en cours pour évaluer l'impact clinique d'une antibiothérapie sur une période de deux ans. À ce jour, aucune différence clinique n'a été remarquée après 6 mois de traitement. Une réduction des niveaux sanguins de protéine-C réactive et d'interleukine-6 fut significativement remarquée chez le groupe traité après 6 mois. Selon les chercheurs principaux, les Drs Jeffrey L. Anderson et Joseph B. Muhlestein, ces premières données sont intéressantes pour vérifier l'hypothèse inflammatoire dans la pathophysiologie de l'athérosclérose.

La récente étude de Dr T.G.P. Saldeen avait démontré que 36 lésions athérosclérotiques sévères sur 42, au cours d'autopsies effectuées sur 60 sujets décédés de maladie coronarienne, contenaient du chlamydia (contre une seule lésion athérosclérotique légère examinée sur 18). **AC**

MODIFICATION INTENSIVE DU MODE DE VIE CHEZ LES CORONARIENS

IMPLANTATION DU PROGRAMME DE DEAN ORNISH AUX ÉTATS-UNIS: LE
"MULTICENTER LIFESTYLE HEART TRIAL"

CARDIOVASCULAR HEALTH : COMING TOGETHER FOR THE 21ST CENTURY ,
A NATIONAL CONFERENCE, SAN FRANCISCO, FÉVRIER 1998

Les études récentes ont démontré que des modifications des habitudes de vie chez les coronariens diminuaient les symptômes ischémiques, amélioraient les profils lipidiques, diminuaient les sténoses coronaires et entraînaient une certaine régression au sein des athéromes coronariens; la plus célèbre étant celle de Dean Ornish (publiée dans The Lancet en 1990), qui est maintenant devenue un projet de démonstration dans huit sites américains, dont la Californie (2), le Nebraska (2), la Caroline du Sud (1), la Floride (1), l'Iowa (1) et la Pennsylvanie (1).

On se souviendra qu'il s'agit d'une diète végétalienne à 10% de matières grasses, d'un programme d'exercices modéré de trois heures par semaine, de techniques de gestion du stress d'une heure par jour et de rencontres de groupe à raison de trois par semaine pour les douze premières semaines, suivi d'une par semaine pour les neuf mois suivants.

Les premiers résultats obtenus par l'implantation de ce programme dans huit cliniques américaines furent dévoilés à la «CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE» à San Francisco en février dernier.

Lors de la conférence, le docteur Richard Collins du Nebraska a expliqué le concept global de cette approche qui peut également aider à la maîtrise du diabète, du cancer et de l'insuffisance cardiaque. La promotion de la santé s'appuie ici sur les compétences et

habiletés individuelles à tous les niveaux: physiques, psychologiques et sociaux.


À ce jour et sur une base volontaire, 285 patients participent à ce programme. Dans la première année,

| MULTICENTER LIFESTYLE HEART TRIAL PARAMÈTRES BIOLOGIQUES ET FACTEURS DE RISQUE MESURÉS (N= 285) | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PARAMÈTRE | AU DÉPART | 3 MOIS | UN AN |
| Poids (livres)..... | 186.74 | 177.95 | 176.13 |
| % de gras corporel..... | 26.34 | 22.77 | 21.07 |
| Cholestérol (mg/dl)..... | 200.88 | 183.65 | 183.67 |
| LDL (mg/dl)..... | 122.26 | 106.48 | 106.33 |
| HDL (mg/dl)..... | 36.57 | 32.77 | 35.04 |
| Triglycérides (mg/dl)..... | 230.07 | 235.14 | 224.77 |
| Capacité fonctionnelle (mets)..... | 9.50 | 11.36 | 11.95 |
| Angine à l'exercice (%)..... | 22.15 | 15.14 | 12.40 |
| Act. physiques aérobiques..... | 3.35 x/sem. 28.03 min./session | 5.51 x/sem. 41.68 min./session | 5.11 x/sem. 41.60 min./session |
| Gestion du stress..... | 1.25 x/sem. 8.43 min./session | 3.99 x/sem. 52.19 min./session | 5.42 x/sem. 48.69 min./session |
| Cholestérol alimentaire..... | 107.1 mg/jour | | 19.4 mg/jour |
| Gras alimentaire..... | 15.2% des calories quotidiennes | | 6.5% des calories quotidiennes |
| Rencontres de groupes..... | 100% | 90% | 78% |

«Des modifications des habitudes de vie chez les coronariens diminuent les symptômes ischémiques»

12,3% des patients ont abandonné. Les changements obtenus après un an sont ici présentés et s'avèrent significatifs ($p < 0,05$), sauf pour les modifications des triglycérides et du HDL.

Ces changements, chez des patients très motivés à modifier drastiquement leurs habitudes de vie à l'intérieur d'un milieu bien encadré, améliorent les conditions de vie et le statut clinique. Le suivi à long terme des effets d'un tel programme sur la morbidité et les soins de santé sera comparé à une population contrôlée recevant les soins habituels dans les années à venir.

Il demeure quand même évident qu'un tel régime ne peut s'appliquer à tous puisqu'il est très sévère. 

Commentaires d'une diététiste

Lorraine D. Paquette, dt.p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre


Mettons nos efforts dans un processus qui effectue des changements possibles et soutenus à long terme.

Bien que ces diètes très basses en gras, de types végétaliennes, ont été testées favorablement chez des groupes d'individus à risque très élevé, il manque encore trop d'informations sur l'incidence métabolique de ces diètes à moins de 15% des calories totales venant du gras. L'application journalière de ces diètes demande des changements majeurs dans le style de vie et un support constant doit être assuré aux patients.

Il ne faudrait surtout pas sauter à la conclusion que la population en général pourrait bénéficier de changements aussi draconiens; des déficiences nutritionnelles importantes pourraient se manifester, surtout chez des sous-groupes tels les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées.¹

En ce moment, la recommandation de réduire à 30% les calories provenant des matières grasses est en voie de s'effectuer dans la population adulte. En 1990, Santé Québec² chiffre à 34% les calories provenant des matières grasses consommées par l'ensemble de la population adulte. Ceci demande déjà un changement important dans l'achat, la consommation de produits moins riches en gras total ou saturé, et dans un ajustement significatif du patron alimentaire de chaque jour. Il importe avant tout d'augmenter significativement la quantité totale de fruits et légumes (jusqu'à 12 portions/jour), de produits céréaliers, surtout à grains entiers (jusqu'à 10 portions par jour). La quantité de viande et ses substituts devrait se situer autour de 100 à 300 g par jour³. En d'autres termes, si nous suivons les

recommandations du Guide alimentaire canadien pour manger sainement, nous nous rapprochons significativement d'une alimentation préventive; suivre le guide demande déjà à l'ensemble de la population adulte des efforts considérables. Il importe de continuer dans cette direction et surtout de promouvoir chez nos enfants la pratique régulière d'une saine alimentation : les encourager à développer au moins le goût pour les fruits, les légumes et les produits de grains entiers demande des efforts concertés de tous. De plus, la pratique régulière d'exercices devrait être remise à l'honneur, afin de développer une attitude positive vis-à-vis un style de vie plus actif, et ce, pour tous les groupes d'âge. Si ces changements sont adoptés et maintenus, nos enfants n'auront pas, à l'âge adulte, à les effectuer et pourront se concentrer à développer un style de vie moins stressant.

Pour les coronariens qui sont déjà atteints par la maladie et qui n'ont pas encore adopté un régime préventif, il faut passer aux soins thérapeutiques afin de mettre en place un processus devant les amener à adopter un régime alimentaire où 30% et moins des calories totales provient du gras. Il faut aussi jumeler ces changements alimentaires thérapeutiques à la pratique régulière d'exercices physiques, qui aurait déjà dû être adoptée, et une saine gestion du stress. Si ces changements n'apportent pas les résultats escomptés, alors ils n'auront rien à perdre en adoptant une alimentation végétalienne à moins de 10% des calories venant du gras, soutenue par un suivi assidu: exercices et gestion du stress, dont les coûts énormes devraient être assumés par un système de santé qui n'a pas beaucoup de marge de manoeuvre en ce moment. 

1 Dietary Guidelines for Healthy American Adults. *Circulation* 1996; 94: 1795-1800.

2 Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990, Santé Québec, p 268.

3 Renseignements sur le Guide alimentaire à l'intention des éducateurs et des communicateurs. Santé et Bien-être Social Canada.

Nouvelles

de la Fondation des maladies du coeur du Québec

Consommateurs, faites des choix éclairés!

Programme Visez santé

La Fondation des maladies du coeur est fière d'annoncer la création d'un tout nouveau programme d'information pancanadien sur les aliments, destiné à aider les consommateurs à faire des choix avisés lors de leurs emplettes grâce à un symbole apposé sur l'emballage des produits. Multi-Markets Inc., est le premier manufacturier à recevoir la certification Visez santé pour huit pains de la gamme Bon Matin. Pour plus d'informations sur ce programme, nous vous invitons à consulter le site web (www.visezsaute.org) ou téléphonez à la Fondation des maladies du coeur du Canada au (613) 569-4361.

Colloques à venir

11-12 juin 1998

LA CARDIOLOGIE
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC
Jonquière
Tél. : (Montréal) (514) 878-1911

22 au 26 août 1998

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE
CARDIOLOGIE
Vienne, Autriche
Tél. : (France) +33 92 94 76 0

29 août au 2 septembre 1998

3e CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ DU
CŒUR
Singapour
Tél. : (Singapour) 65 336-3875

20 au 24 octobre 1998

51e CONFÉRENCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ
CANADIENNE DE CARDIOLOGIE
Ottawa
Tél. : (Montréal) (514) 482-3407

9 au 12 novembre 1998

71e SESSION SCIENTIFIQUE DE L' " AMERICAN HEART
ASSOCIATION "
Dallas
Tél. : (214) 706-1100

16 au 18 novembre 1998

CONFÉRENCE DU RÉSEAU CANADIEN
EN SANTÉ DU CŒUR
Halifax
Tél. : (902) 422-1886

COMITÉ DE RÉDACTION:

Claude Thivierge M.D., (Rédacteur en chef)
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Lilianne 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: 2^{ème} trimestre 1998
Bibliothèque Nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec

ISSN: 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro: le 14 septembre 1998

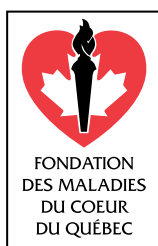
Faites parvenir vos textes à Claude Thivierge,
rédacteur en chef, 4835, av. Christophe-Colomb,
Montréal H2J3G8, Tél: (514) 528-2400

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.

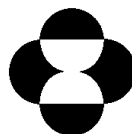
Ce bulletin est
publié par le
Forum québécois
des intervenants
en santé
cardiovasculaire
sous l'égide de la
Fondation des
maladies du coeur
du Québec



Publié en collaboration avec la:



Direction de la santé publique



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST