



Les actualités DU CŒUR

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

Volume 3, numéro 3
Automne 1998

Dans ce numéro:

- Nouvelles du Forum
 - Protocole de collaboration avec le MSSS.....1
 - Loi 444 sur le tabac : prise de position2
 - Site Internet5
 - Plate-forme : état de situation5
- Résultats de l'étude " HOT " sur l'hypertension.....3
- Colloque internationale sur les lipides.....4
- L'angioplastie pendant la coronarographie?.....8
- Dépendance à la nicotine : suivi de dossier9
- Soins d'urgence cardiaque: mise à jour10
- Nouvelles diverses11
- Sondage sur le bulletin11
- Colloques à venir12

Publié en collaboration avec la:



Direction de la santé publique



Protocole de collaboration

entre
la Direction générale de la santé publique
pour
le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
et
le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*
pour
la Fondation des maladies du cœur du Québec

Motivés par la nécessité d'unir leurs efforts de concertation et de collaboration en santé cardiovasculaire/cérébrovasculaire, la Direction générale de la santé publique pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire* pour la Fondation des maladies du cœur du Québec ont signé, en juin dernier, un protocole de collaboration. Nous vous présentons ici un extrait de ce protocole.

Dans le but d'articuler et de matérialiser ce désir de coopération, les deux parties conviennent de :

- 1- Collaborer ensemble, en tant que partenaires privilégiés, au besoin, selon leur champ d'intervention
- 2- Déployer des efforts communs de façon à contribuer à la réalisation des objectifs suivants :
 - Favoriser les échanges (informer, réunir, mobiliser) entre tous les intervenants du domaine de la santé cardiovasculaire*

au niveau des connaissances, des ressources professionnelles, matérielles et des activités en lien avec ce secteur.

Faire la promotion de la santé cardiovasculaire* et favoriser les interventions, la recherche et l'évaluation dans ce domaine.

- 3- Désigner un représentant de la Direction générale de la santé publique du MSSS qui agira à titre de répondant auprès du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*.

Conformément à son mandat, l'engagement du Forum en terme d'actions et d'orientations, s'appuiera sur les réalités et les besoins exprimés par l'ensemble des intervenants du domaine. Elles viseront à :

- favoriser les échanges et la mise en commun sur les connaissances, le savoir-faire, l'information, de même que sur les activités en lien avec le secteur de la santé cardiovasculaire*;
- accroître la place occupée par la santé

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire


cardiovasculaire* en termes d'intérêt, d'actions et d'investissements ;

- encourager le ralliement autour de buts communs pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire ;
- favoriser l'émergence de projet(s) novateur(s) dans des secteurs méconnus de la santé cardiovasculaire*.

L'engagement de la Direction générale de la santé publique pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec consistera à :

- favoriser les échanges et la mise en commun sur les connaissances, le savoir-faire, l'information, de même que sur les activités en lien avec le secteur de la santé cardiovasculaire* ;
- encourager le ralliement autour de buts communs pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire* ;
- soutenir les actions et les interventions visant à atteindre l'objectif numéro 8 de la Politique de la santé et du bien-être qui consiste à diminuer de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire d'ici l'an 2002 ;
- reconnaître et faire appel au besoin à l'expertise scientifique regroupée au sein du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*.

Il est convenu que ce protocole de collaboration entre en vigueur pour une période de trois (3) ans à partir de la signature. En tout temps un des partenaires peut y mettre fin. La cessation doit être signifiée par écrit. Au terme de cette période, il pourra être renouvelé après entente entre les deux parties.

Ce protocole a été entériné par les deux parties et signé en juin dernier par Monsieur Léonard Gilbert, Direction générale de la santé publique pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Docteur Gilles R. Dagenais, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire* pour la Fondation des maladies du cœur du Québec. 



Loi 444 sur le tabac: prise de position du Forum

Le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire* appuie fortement le projet de loi 444 sur le tabac.


Avec le souci d'enrayer les effets néfastes du tabac sur la santé de la population¹, le Comité de gestion du *Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire** a évalué le projet de loi 444 sur le tabac, déposé par le ministre Jean Rochon, le 14 mai dernier, à l'Assemblée nationale. Cette évaluation a conduit le Forum vers un appui public du projet du ministre Rochon le 1er juin dernier.

Tout d'abord, rappelons quelques faits concernant la problématique du tabagisme :

- d'un point de vue biologique, la consommation du tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont nocifs pour la santé particulièrement en raison de ses effets inflammatoires au niveau de l'appareil respiratoire et de ses effets athérogéniques, pro-arythmiques sur le cœur (mort subite) et cancérigènes (poumon, vessie, etc.). Le tabac est également une puissante drogue et crée une dépendance ;
- d'un point de vue sociologique, rappelons qu'une proportion importante de la population du Québec fume, que la majorité des fumeurs sont conscients des effets néfastes de la cigarette et qu'une majorité de ceux-ci ont déjà tenté de cesser de fumer. Rappelons également que l'industrie du tabac est très lucrative et que plusieurs emplois en découlent. On peut donc conclure que le tabac représente un problème

complexe dans notre société;

- d'un point de vue législatif, le tabac est un produit légal, en vente libre et qui ne fait l'objet que de peu de contrôle tant au niveau provincial que fédéral. Toute intervention législative doit également tenir compte du contexte constitutionnel du Québec.

Considérant ces faits, *le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire** appuie fortement le projet de loi sur le tabac (L444) déposé par le ministre Jean Rochon le 14 mai dernier à l'Assemblée nationale. De plus, à la lumière de notre analyse, nous recommandons fortement au gouvernement non seulement d'utiliser les pouvoirs prévus dans le projet de loi (PL-444) afin de réglementer directement le produit, mais aussi d'intervenir auprès du gouvernement fédéral, afin d'inclure les produits du tabac dans la Loi sur les produits dangereux et dans la Loi sur les aliments et drogues, tel que suggéré par la Cour Suprême dans un jugement rendu le 21 septembre dernier qui invalidait les dispositions de la Loi fédérale réglementant les produits de tabac. À notre avis cette réglementation offre un potentiel exceptionnel de renforcer les actions législatives en matière de contrôle du tabagisme et le gouvernement ne doit pas minimiser les impacts majeurs sur la santé de la population du Québec qu'aurait une telle réglementation en regard des produits du tabac. Cette action permettrait d'inscrire à l'agenda public, politique et législatif, un message clair et sans équivoque quant à la nocivité et l'assuétude reliées à l'usage du tabac. 

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

¹ Des Jarlais, D.C., Editorial: Harm Reduction - A Framework for Incorporating Science into Drug Policy. *American Journal of Public Health*, 1995. 85(1): p. 10-11



Résultats de la plus vaste étude avec intervention sur l'hypertension:

LE «HYPERTENSION OPTIMAL TREATMENT» (HOT study)

17e congrès annuel de la Société Internationale sur l'Hypertension
Amsterdam, 10 juin 1998

L'étude HOT fut réalisée avec la collaboration de 26 pays, dont le Canada, auprès de 18 790 patients hypertendus ayant une tension diastolique moyenne de 105 mmHg. Débutée en 1992, terminée à l'été 1997, les objectifs visés étaient :

- déterminer la tension artérielle cible optimale pendant un traitement antihypertensif afin de réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires;
- déterminer si l'ajout d'une faible dose d'acide acétylsalicylique (AAS) au traitement anti-hypertensif réduit davantage les points finaux (morbidité et mortalité cardiovasculaires).

Les patients étaient âgés entre 50 et 80 ans (âge moyen : 61.5 ans). Les hommes représentaient 53% de l'échantillon et les femmes comptaient pour 47%. L'ensemble des participants furent répartis en trois groupes selon leur tension diastolique cible :

- 6 264 patients dans le groupe où la tension à atteindre doit être \leq à 90 mmHg ;
- 6 264 patients dans le groupe cible où la tension doit être \leq à 85 mmHg;
- 6 262 patients dans le groupe où la tension doit être \leq 80 mmHg.

Pour atteindre ces niveaux, les médecins disposaient de cinq étapes de traitement possibles :

- 1- féلودipine; dose de 5 mg;
- 2- féلودipine 5 mg et faible dose d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou faible dose d'un bêta-bloquant;
- 3- féلودipine dose de 10 mg et les mêmes ajouts que dans l'étape 2;
- 4- féلودipine dose de 10 mg et forte dose d'un inhibiteur de l'ECA ou forte dose d'un bêta-bloquant;
- 5- féلودipine dose de 10 mg et les mêmes ajouts que dans l'étape 4 en plus d'une faible dose d'hydrochlorothiazide ou d'un médicament équivalent.

Pour atteindre leur tension artérielle cible, près de 70% des patients devaient se rendre à l'étape 2.

De plus, afin de répondre au deuxième objectif de l'étude, 9 399 patients ont pris de l'AAS alors que 9 391 ont reçu un placebo.

RÉSULTATS

Après un suivi moyen de 3.8 ans, la majorité des patients, soit 78%, étaient encore sous traitement de féلودipine; avec un inhibiteur de l'ECA dans 41% des cas, ou un bêta-bloqueur dans 28% des cas ou

enfin un diurétique dans 22% des cas.

Au total, ces résultats sont basés sur 71 000 années-patients de données accumulées.

Le nombre total d'événements cardiovasculaires observés fut de 724, soit beaucoup moins que l'estimation initiale de 1 100. Plus de 90% des patients ont obtenu une tension diastolique inférieure à 90 mmHg. La réduction moyenne de tension obtenue fut de 22 mmHg (diastolique ou systolique).

Le plus bas niveau d'événements cardiovasculaires majeurs (infarctus du myocarde fatal ou non, accident vasculaire cérébral fatal ou non, ainsi que tout décès de cause cardiovasculaire) fut constaté au sein du groupe ayant obtenu une tension diastolique de 82.6 mmHg. Le plus bas risque de mortalité cardiovasculaire se retrouvait parmi le groupe ayant une tension diastolique de 86.5 mmHg. Il n'y avait pas de bénéfices additionnels à réduire davantage la tension sous la barre du 80 mmHg.

Le résultat le plus percutant est sans doute une diminution de 30% des infarctus dans le groupe dont la tension était égale ou inférieure à 85 mmHg ($p:0.05$). Par contre, on n'observe aucun bénéfice pour les accidents vasculaires cérébraux, pour la mortalité cardiovasculaire ou pour la mortalité totale.

suite p.4 ►

suite de l'étude:
«HYPERTENSION OPTIMAL TREATMENT» (Hot study)


Seule nuance, les patients diabétiques qui représentaient en moyenne 500 patients dans chacun des trois groupes ont obtenu les plus grands bénéfices : 50% de réduction d'événements cardiovasculaires majeurs dans le groupe dont la tension était égale ou inférieure à 80 mmHg ($P : 0.005$) et trois fois moins de décès par cause cardiovasculaire dans ce même groupe ($p : 0.016$).

Chez les 3 080 patients ayant déjà une maladie ischémique, on n'a pas observé d'avantages sur l'incidence d'événements cardiovasculaires majeurs, en fonction des trois groupes, mais par contre une réduction des accidents vasculaires cérébraux de 43% dans le groupe dont la tension était égale ou inférieure à 80 mmHg ($p : 0.046$).

Quant aux bienfaits de l'ajout de 75 mg d'acide acétylsalicylique (AAS), ils furent confirmés par une réduction de 36% des infarctus du myocarde ($p:0.002$) et une réduction de 15% des événements cardiovasculaires majeurs. Toutefois, il n'y avait pas de différence sur les accidents vasculaires cérébraux, la mortalité cardiovasculaire et la mortalité totale. À noter certains désavantages comme l'incidence de saignement majeur non fatal et de saignement mineur qui ont doublé dans le groupe prenant de l'AAS.

En résumé, l'étude HOT démontre qu'on peut réduire l'incidence d'infarctus du myocarde en abaissant la tension artérielle diastolique sans danger jusqu'à un nouveau seuil de 82.6 mmHg.

Référence:

Hansson, L, Zanchetti, A, Carruthers, SG et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. The Lancet, 1998, vol.135, no 9. 



Faits

Colloque international s

13^e rencontre du «International Symposium on Drugs Affecting Lipid Metabolism» (DALM), Florence, 31 mai au 3 juin 1998

Du 31 mai au 3 juin 1998 s'est tenue, à Florence, la 13^e rencontre du «International Symposium on Drugs Affecting Lipid Metabolism» (DALM). Comme l'indique son nom, ce congrès international privilégie les présentations d'études portant sur le traitement pharmacologique des dyslipoprotéïnémies. La rencontre de Florence s'est distinguée des précédentes par la présence notable de nouveaux groupes de chercheurs sur la scène de la lipidologie, venant de pays comme l'Iran, de pays de l'Amérique latine ou de l'Europe de l'Est.

Plusieurs présentations ont porté sur les applications ou les mécanismes d'action d'agents pharmacologiques connus, comme les statines et les fibrates. Tel que présenté lors de la XI^{ème} rencontre de la société internationale d'athérosclérose à Paris en octobre 1997, les hypolipidémifiants possèdent des propriétés spécifiques documentées et des effets inattendus, les effets pléiotropes, bien résumés par le docteur Jean Davignon, de l'Institut de recherche clinique de Montréal. Ainsi, plusieurs effets pléiotropes, comme la relaxation musculaire lisse ou des propriétés antioxydantes, pourraient contribuer à l'action antiathérogène de plusieurs statines.

Au cours des prochaines années, on doit s'attendre à l'arrivée, dans l'arsenal thérapeutique, d'une nouvelle classe de médicaments hypolipidémifiants, comme les inhibiteurs de l'ACAT. Ces médicaments agissent, entre autres, sur l'absorption du cholestérol. À Florence, plusieurs présentations par affiche ont fait valoir les propriétés de quelques-unes des molécules de cette classe actuellement en cours d'évaluation par des entreprises américaines et japonaises. Les inhibiteurs de l'ACAT pourraient éventuellement être utiles dans le traitement de certains types de dyslipoprotéïnémies, en particulier lorsqu'ils sont associés à d'autres classes de médicament. Par ailleurs, des études sont en cours afin d'étudier la compétence de ces molécules à diminuer la Lp(a) et à stabiliser la plaque athérosclérotique. D'autre part, une nouvelle statine, la nisvastatine, est en cours d'évaluation clinique.

Dans un autre axe, les résultats de plusieurs études pharmacoéconomiques présentées à Florence continuent de démontrer les avantages de l'utilisation des statines en prévention secondaire. Les nouvelles études ou les secondes analyses d'études connues confirment les avantages du traitement des


Développement d'un Site Internet

Le Comité Information du Forum a pour objectif principal de mettre sur pied des mécanismes continus de recueil et de diffusion de l'information sur des sujets d'intérêts en santé cardiovasculaire et cérébrovasculaire tels les événements, les interventions, les outils et la recherche.

Contribuant concrètement à cet objectif, le comité Site web a été mis en place, il y a près d'un an, afin de développer le contenu d'un site internet dynamique. Plus qu'une page web passive qui ne fait que proposer de l'information, le site du Forum favorisera les échanges entre les partenaires du domaine. Des groupes de discussions sont ainsi prévus et contribueront à assurer un discours évolutif qui favoriseront la genèse des connaissances. Le site jouera aussi un rôle plus classique notamment de bottin spécialisé, babillard, calendrier d'événements et liens intéressants. Son lancement est prévu pour l'automne 98. C'est donc à suivre. www.forumscv.qc.ca

Plate-forme stratégique en santé du cœur au Québec : état de la situation

Suivant les étapes prévues à son plan d'action, les activités du comité de la Plate-forme stratégique en santé du cœur au Québec se poursuivent. Voici l'état de situation de l'ensemble des activités.

Une version bonifiée du cadre de référence sera produite suite aux commentaires reçus par plusieurs partenaires du milieu. Les travaux actuels du comité visent principalement à compléter les étapes 2 et 3 du plan d'action. Des regroupements et leur leader ont accepté de s'impliquer dans la démarche et d'autres nous seront confirmés au cours de l'automne. La démarche d'identification des interventions priorisées et l'analyse de celles-ci selon le modèle du cadre de référence est aussi en cours de développement. Rappelons que cette démarche visent à 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*. 

Daniel Gaudet M.D. du Complexe hospitalier de la Sagamie
Claude Gagné M.D. du Centre de recherche sur les
maladies lipidiques de Québec, CHUQ,
Pavillon CHUL

saillants

sur les lipides

dyslipidémies en prévention primaire
et/ou en prévention secondaire.

L'IDENTIFICATION ET LA PRÉVENTION DU RISQUE À L'AUBE DU PROCHAIN MILLÉNAIRE.

Peter Libby, Boston.

Tel que discuté à Florence par le docteur Peter Libby de Boston, un problème qui demeure est l'identification, en prévention primaire, de l'individu à risque. Cela est important pour s'assurer que les personnes à risque soient traitées et que celles qui ne le sont pas ne soient pas traitées inutilement. Plusieurs études démontrent que le traitement pharmacologique d'une dyslipidémie, même modérée, prévient la maladie coronarienne. Par ailleurs, plusieurs nouveaux marqueurs de risque ont été décrits au cours des dernières années, parmi lesquels l'homocystéine, des marqueurs d'infection pouvant prédisposer à l'athérosclérose, comme le chlamydia, ou des marqueurs de susceptibilité endothéliale à la lésion. Les données continuent de soulever l'importance de plusieurs de ces marqueurs, de telle sorte que le traitement de l'individu présentant un endothélium vulnérable pourrait, d'après le Dr. Libby, éventuellement inclure des antibiotiques, des oestrogènes pour les femmes, des antioxydants et de l'acide folique.

LE VIN ROUGE AMÉLIORE-T-IL LA TRIGLYCÉRIDÉMIE POSTPRANDIALE?

Kazuo Kondo¹, Kazuaki Hosoda², Tamami Iwamoto¹, Aki Kusumoto², Reiko Hirano¹, Hiroshige Itakura¹, ¹The National Institute of Health and Nutrition, Tokyo, ²Institute for Fundamental Research, Suntry Ltd., Osaka, Japon.

Plusieurs chercheurs ont déjà émis le postulat que la consommation de vin rouge pouvait contribuer au paradoxe français (l'incompatibilité évidente d'un régime à forte teneur en gras jumelé à une faible fréquence de maladies coronariennes). Les bénéfices du vin rouge ont été associés à certains de ses constituants (flavonoïdes et autres), dont le resvératrol et le quercétin, lesquels sont dotés de propriétés antioxydantes favorables aux lipoprotéines circulantes. Une équipe japonaise a étudié une autre propriété du vin rouge, soit son effet sur la triglycéridémie postprandiale. Les résultats de cette étude ont été présentés à Florence.

Dans l'étude de Kondo et al., huit volontaires de sexe masculin (âgés entre 23 et 33 ans) ont été recrutés. Ces volontaires ont été invités à consommer, à diverses occasions : un repas à charge déterminée en gras (fat load) seulement; le même repas accompagné de vin rouge ou accompagné de concentrés de raisins sans alcool, ou accompagné d'alcool

suite p.6 ▶



éthylrique sans raisin (vodka). Des prélèvements sanguins ont été recueillis à chaque occasion, avant, ainsi que deux, quatre et six heures après les ingestions susmentionnées.

Suite à une charge de gras sans addition de vin rouge ou de jus de raisins, la triglycéridémie a augmenté de 250% après deux heures chez ces sujets. La consommation de vodka a également provoqué une augmentation importante de la triglycéridémie à deux heures. Toutefois, lorsque l'ingestion de gras était accompagnée de vin rouge ou de jus de raisins, la triglycéridémie n'augmentait que de 13 à 25% après deux heures. L'examen du bilan lipoprotéique a révélé que, suite à l'ingestion de gras et/ou de vodka, tant la chylomicronémie que les triglycérides des VLDL augmentaient, alors que cette élévation était atténuée par l'ajout de concentré de raisins ou de vin rouge.

Les auteurs concluent que des composés du vin rouge (autres que l'alcool) pourraient contribuer à améliorer la lipémie postprandiale et suggèrent que la consommation de ces constituants pourrait diminuer l'absorption de gras ou favoriser l'épuration des triglycérides alimentaires ou le catabolisme des lipoprotéines riches en triglycérides. S'ils se vérifient, ces résultats pourraient ouvrir une nouvelle fenêtre sur les propriétés du vin rouge.

LE JUS DE PAMPLEMOUSSE AFFECTE LA PHARMACOCINÉTIQUE DES INHIBITEURS DE L'HMG-CoA RÉDUCTASE

M. Palmisano, H. Macdonald-Bravo, E. Kelly, and N.F. Ford
Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ
et *PPD Pharmaco, Morrisville, NC*

L'objectif de cette recherche était d'étudier l'effet de 240 ml de jus de pamplemousse congelé reconstitué (lequel contient un inhibiteur connu de cytochrome P450 3A4) sur la cinétique de la pravastatine, la simvastatine et de l'atorvastatine, chez des sujets volontaires en bonne santé. Il s'agissait ici d'une étude croisée, ouverte, à

allocation aléatoire. Dans un intervalle de sept jours, les sujets devaient consommer à deux reprises, une dose déterminée de l'un de ces médicaments, avec, à un moment, de l'eau et, à l'autre moment, du jus de pamplemousse. La cinétique du médicament consommé était ensuite étudiée au cours des 72 heures suivant l'ingestion. Suite à l'étude, les concentrations plasmatiques maximales de simvastatine et de métabolites de l'atorvastatine, mais non de pravastatine, se sont accrues lorsque ces médicaments ont été consommés avec du jus de pamplemousse. Le cytochrome P450 3A4 contribue au catabolisme de plusieurs médicaments, dont certaines statines, et cela devrait

prédisposées aux maladies coronariennes : par exemple, les sujets atteints d'une maladie préexistante ou les hommes asymptomatiques présentant plusieurs facteurs de risque. Selon le Dr. A.M. Gotto, deux études repères, effectuées au cours des deux dernières années, ont apporté des connaissances supplémentaires relativement à l'identification des individus pour lesquels un traitement hypolipidémiant s'avère efficace. Dans l'essai Cholesterol and Recurrent Events (CARE), une diminution du risque d'un infarctus du myocarde (IM) non-fatal et de mortalité coronarienne de l'ordre de 24% a été observée chez des sujets ayant subi un IM, dont les

«Au cours des prochaines années, on doit s'attendre à l'arrivée, dans l'arsenal thérapeutique, d'une nouvelle classe de médicaments hypolipidémiants, comme les inhibiteurs de l'ACAT.»

être pris en compte dans l'évaluation des effets (y compris les effets indésirables) de ces médicaments.

PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES : COMPARAISONS ENTRE 2 ÉTUDES CLINIQUES, CARE ET AFCAPS/EXCAPS

*A.M. Gotto, Jr.
Cornell University Medical College,
New York, NY*

Depuis quelques années, un faisceau d'arguments convaincants viennent étayer le recours à la modulation lipidique en prévention de la morbidité et de la mortalité coronariennes au sein de diverses populations de malades. Jusqu'à récemment, les arguments et bienfaits cliniques ne s'appliquaient qu'aux populations considérées comme fortement

taux de cholestérol se situaient dans la moyenne, et à qui on avait administré 40 mg/j de pravastatine versus un placebo. Cet essai a également donné lieu à une observation intéressante : le traitement est particulièrement efficace chez la femme (baisse de 46% contre 20% chez l'homme, $P=0.05$). Comme il a été récemment rapporté, le Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS) pourrait être considéré comme l'équivalent, en prévention primaire, de l'étude CARE. Dans l'étude AFCAPS/TexCAPS, 6 605 hommes et femmes ne démontrant aucun signe de maladie coronarienne et présentant des concentrations de cholestérol LDL et total moyennes et de cholestérol HDL sous la moyenne, ont reçu de la lovastatine ou un placebo pour une période de cinq ans. Ces traitements ont engendré une réduction du nombre total d'IM mortel et non-mortel

d'angor instable et de mort cardiaque subite. L'étude AFCAPS/TexCAPS étend les bienfaits cliniques des hypolipémiants à la population en bonne santé, dont la cholestérolémie totale et celle des LDL est moyennement élevée et dont la cholestérolémie des HDL est abaissée.

CORRÉLATION ENTRE LA RÉPONSE LIPIDIQUE ET LE TAUX DE MORTALITÉ (SUR UNE PÉRIODE DE 8 ANS) DANS L'ÉTUDE 4S

T.R. Pedersen, Oslo, Norvège

Le Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) a réparti au hasard 4 444 patients atteints d'une maladie coronarienne, âgés entre 35 et 70 ans, afin d'effectuer une étude à double insu incluant un traitement avec de la simvastatine (20-40 mg/jour) ou un placebo. La durée médiane de l'étude était de 5.4 ans. Au cours du suivi initial, la survenue d'un incident coronarien était de 34% inférieure dans le groupe traité (p(0.00001) et la baisse du taux d'incidents coronariens dans le groupe traité correspondait sensiblement aux variations du profil lipidique observées lors de la première année du traitement, principalement en regard du cholestérol des LDL, possiblement du cholestérol des HDL, mais non de la triglycéridémie. Ainsi, pour chaque baisse de cholestérol-LDL de 1%, le risque de maladie coronarienne diminuait de 1.7% (p(0.00001).

Une fois la période d'allocation aléatoire à double insu terminée, la majorité des patients ont reçu un traitement ouvert avec la simvastatine. Les courbes de survie démontrent que l'effet bénéfique de la simvastatine sur la mortalité coronarienne est encore observé après huit ans de traitement et que cet effet demeure principalement déterminé par l'importance des modulations notées au niveau du cholestérol des LDL. Un autre élément intéressant noté est que: la réduction la plus importante du risque relatif de décès après huit ans est observée chez ceux dont la triglycéridémie basale était inférieure à 1.5 mmol/L.

EFFETS PROVOQUÉS PAR LA RÉDUCTION DU LDL-C EN DEÇA DES TAUX MINIMUMS RECOMMANDÉS - ÉTUDE SUR LES TRAITEMENTS BASÉS SUR DE NOUVEAUX TAUX CIBLES (The Treating To New Targets (TNT) Study)

J.C. LaRosa pour le comité d'organisation du TNT, Nouvelle-Orléans. LA.

Les études épidémiologiques démontrent une relation directe entre les taux plasmatiques de LDL-C et le risque de maladie coronarienne. Bien que les essais cliniques avec agents hypolipémiants étayent ces découvertes, aucune étude interventionnelle n'a évalué jusqu'à maintenant l'effet produit sur le risque cardiovasculaire lorsque le LDL-C est réduit à des concentrations plasmatiques inférieures à 2.6 mmol/L. L'étude TNT a été conçue en vue de déterminer s'il est possible de diminuer davantage le risque de maladie coronarienne en abaissant les taux de LDL-C en deça des cibles minimums recommandées. Tel que l'a présenté le docteur LaRosa à Florence, cette étude est conçue pour comparer la survenue d'événements coronariens (décès d'origine coronarienne ou un infarctus du myocarde non-fatal) entre deux groupes de patients: l'un dont la cible de traitement sera un taux moyen de LDL-C atteignant 2.6 mmol/L et l'autre chez qui une concentration LDL-C de 1.9 mmol/L sera visée.

L'étude TNT est une étude randomisée à double insu, en groupes parallèles et à allocation aléatoire, qui inclura environ 8 600 patients provenant de 250 régions à travers le monde. Les sujets éligibles présenteront un risque élevé de maladie coronarienne (antécédents d'infarctus du myocarde, d'angine ou de revascularisation coronarienne), un taux plasmatique de LDL-C entre 3.4 et 6.5 mmol/L et une triglycéridémie inférieure à 6.8 mmol/L. Tout en suivant une diète, les patients éligibles débiteront un traitement ouvert à l'aide d'atorvastatine 10 mg/jour. Les patients dont le taux de LDL-C sera inférieur à 3.4 mmol/L après huit semaines de traitement seront ensuite répartis au hasard afin d'entreprendre un traitement à double insu avec de l'atorvastatine administrée à des doses de 10 mg/jour ou

80 mg/jour. On prévoit que le suivi des patients s'échelonnera sur une période moyenne de cinq ans.

LE SUIVI DES PATIENTS HYPERCHOLESTÉROLÉMIQUES : UNE ÉTUDE SUR L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT

A. Svilaas, P. Bye, E.C. Strom, O. Kolbjornsen, S. Tonstad and L. Ose Oslo, Norvège.

Une équipe de Norvège a présenté, à Florence, les résultats d'une étude visant à évaluer la prise en charge et le suivi de patients ayant préalablement participé pendant cinq ans à un essai clinique. Un groupe de 107 patients atteints d'une hypercholestérolémie primaire ont participé à une étude clinique de cinq ans, incluant un traitement nutritionnel et médicamenteux (fluvastatine et lovastatine). Au terme de cet essai, les patients furent dirigés vers leur médecin habituel, avec une recommandation écrite relativement à leur alimentation et à leur pharmacothérapie. Deux années plus tard, au cours d'un rappel, une évaluation du traitement et de l'observance du patient a été effectuée. Au total, 15% des sujets n'avaient pas rencontré leur médecin suite à leur participation à l'étude et 18% n'avaient pas eu de bilan lipidique depuis plus d'un an. La majorité des patients ne s'étaient pas conformés de façon satisfaisante au plan de traitement conseillé et 20% avaient cessé de prendre leur médication hypolipémiante. En général, la dose prescrite était insuffisante en regard des objectifs établis de telle sorte que 70% des patients n'avaient pas atteint le taux de cholestérol-LDL visé. En conclusion, les auteurs signalent qu'un traitement adéquat et un suivi serré de cinq ans effectués dans le contexte de la participation à un essai clinique ne sont pas suffisants pour assurer l'observance du patient, lorsque le contrôle ultérieur devient moins intensif. Une fois l'étude clinique terminée, des efforts soutenus doivent être déployés et maintenus afin que le patient demeure fidèle au traitement. 



L'angioplastie et la coronarographie:

APPROCHE UNIQUE OU MULTIPLE ?

Résumé de la présentation du Dr Sylvain Plante de l'Hôpital Laval de Québec.
27e Congrès Annuel de l'Association des cardiologues du Québec, Montréal, mai 98

Tout patient avec une anatomie propice à la coronarographie devrait-il subir une angioplastie dans la foulée ?» Selon le Dr Plante, la revascularisation percutanée ad hoc mérite une attention particulière, puisqu'elle gagne en popularité dans le milieu médical en continuant la rationalisation des services par rapport à la demande. Seulement quelques études cliniques, non randomisées, traitent du sujet.

Elsman (JACC, 1997; 29A) a démontré auprès de 83 patients ayant eu une angioplastie pendant la coronarographie (approche unique) moins de complications vasculaires, ainsi qu'une réduction significative des coûts de procédures par patient, comparativement à 66 autres ayant eu l'angioplastie à un temps ultérieur à la coronarographie (approche multiple).

Kimmel (JACC, 1997; 30) a examiné le registre de la Society of Cardiac Angiography and Interventions aux États-Unis pour la période de 1992 à 1996. Dans 61 centres, il a dénombré 54 607 angioplasties et, en excluant les procédures par stents, athérectomies, re-angioplasties et angioplasties d'urgence, il a fait une analyse sur 35 700 procédures selon divers paramètres. De ce dernier nombre, 6152 furent exécutées dans la foulée, comparativement à 29 548 électives. Dans le premier groupe, avec l'approche

unique, il y avait plus de personnes âgées, plus d'hypertension artérielle, plus d'angine instable, plus d'infarctus récents (2 à 14 jours), plus de thrombolyse, mais moins de pathologies à multiples vaisseaux. L'utilisation de l'approche unique est passée de 13% à 22% entre 1992 et 1995. Les comparaisons entre les deux approches ne relèvent pas de différences significatives quant aux complications (décès intra-hospitalier, pontage d'urgence, infarctus ou complication

est significatif, permettant d'augmenter de 25% le nombre d'interventions ou de patients à traiter tout en diminuant les coûts. Les frais encourus par l'approche unique sont d'environ \$2600 comparativement à \$5350 pour l'approche élective.

En conclusion, on retrouve de nombreux avantages à l'approche unique : une réduction du séjour hospitalier, une meilleure allocation des ressources (50% de réduction des frais),

«on retrouve de nombreux avantages à l'approche unique»

majeure) selon les groupes d'âges, selon le sexe ou selon le nombre de vaisseaux lésés.

À l'Institut de Cardiologie de Québec, la proportion de revascularisation ad hoc (approche unique) est passée de 25% en 1990 à 65% en 1996. Dans la dernière année (avril 1997 à avril 1998), sur un total de 2680 coronarographies, il y eu revascularisation dans 1432 cas dont 1195 furent exécutées dans la foulée, soit 83%, sans plus de complications. L'impact sur l'efficacité

moins de déplacements pour les patients, un retour plus précoce aux activités courantes, pas plus de complications vasculaires, possiblement une exposition moindre aux radiations et une utilisation moindre de produits de contraste. On retrouve toutefois plus de préparation des patients avant la procédure (ex. ticlopidine pré-opératoire), plus de travail de dépistage pour la recherche clinique ainsi qu'une nécessité de souplesse de cédules quotidiennes préalable. (AC)



Dépendance à la nicotine

et responsabilité des fabricants de cigarettes

Conclusion du second épisode et début du troisième

Faisant suite à l'article publié dans le bulletin d'hiver 98 (vol.3 no.1) rappelons que l'ensemble de cette démarche est issue du projet pilote, mis en œuvre en 1996 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Celui-ci visait 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. Ainsi, ce projet pilote proposait de faire appel à la Cour du Québec, Division des petites créances, afin de faire reconnaître judiciairement ces faits. Ce projet avait également pour but de sensibiliser l'opinion publique.

Premier épisode : «Avantage Madame Létourneau»

En juin 1996, Madame Cécilia Létourneau adresse une mise en demeure à Rothmans Benson & Hedges inc., Imperial Tobacco ltée et Allan Ramsay et cie ltée réclamant la totalité des frais encourus pour la thérapie de remplacement à la nicotine en invoquant la responsabilité des compagnies de tabac quant aux effets de dépendance créés par la nicotine contenue dans les produits de tabac et que les compagnies de tabac avaient notamment fait défaut de dévoiler. Suite à une réponse d'Impérial Tobacco niant vigoureusement toute responsabilité, Madame Létourneau a introduit une demande à la Cour du Québec, Division des petites créances, au mois de novembre 1996.

Le 30 janvier 1997, une requête a été présentée par Imperial Tobacco 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. Le 30 juin 1997, le juge Ringuet a statué que sur la forme cette cause pouvait être entendue par un juge de la Division des petites créances. Ce jugement favorable constituait donc une étape cruciale pour Madame Létourneau car il lui permettait ainsi de poursuivre sa démarche.

Second épisode : «Avantage Imperial Tobacco»

Madame Létourneau introduit donc une demande d'audition à la Division des petites créances. L'audition de la cause de madame Cécilia Létourneau a eu lieu le 16 décembre 1997, au Palais de justice de Rimouski, devant le juge Gabriel DePokomandy.

Lors de cette audience, qui a duré près de sept heures, Madame Cécilia Létourneau a présenté le témoignage de son médecin de famille (Dr Alain Vanasse) et Imperial Tobacco a fait entendre le témoignage de deux médecins œuvrant plus spécifiquement auprès des alcooliques et toxicomanes (Dr John Sader, Dr Jean-Pierre Chiasson). L'engagement de ces derniers à défendre les intérêts d'une industrie qui représente une grave menace pour la santé publique est d'ailleurs inexcusable et indigne de leur part. Leurs candidatures à titre de préposés aux latrines ont d'ailleurs été soumises au «Canadian Physician's Hall of Shame».

Le 23 mars 1998, le juge Gabriel De Pokomandy rendait son jugement et rejetait la requête de madame Cécilia Létourneau. Ignorant complètement l'argumentation juridique et médicale déposée par la plaignante pour adhérer sans discernement à la thèse présentée par Imperial Tobacco, le tribunal conclut que les compagnies intimées n'ont pas manqué à leur devoir d'information quant aux risques de dépendance et que, de ce fait, il y a absence de lien de causalité. Ce jugement laisse perplexe et jette un sérieux doute sur la Cour du Québec, division des petites créances quant à sa capacité de juger des causes impliquant des multinationales aussi puissantes que Imperial Tobacco en raison des enjeux qui sont de nature à modifier des acquis historiques, fussent-ils contraires aux droits individuels.

Au-delà de la décision du juge concernant la responsabilité des compagnies de tabac face à la dépendance créée par leur produit, ce projet pilote aura permis à une citoyenne de présenter une requête contre une compagnie de tabac dans le cadre d'un processus judiciaire accessible. 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.

Cette cause judiciaire a retenu l'attention des médias électroniques et de la presse écrite, qui, dans leurs analyses, mettent en lumière la responsabilité de la nicotine


suite p.10 ►

dans le développement d'une assuétude dont il est difficile de se libérer. Reprenant les enjeux fondamentaux sous-jacents à la cause «Cécilia Létourneau versus Imperial Tobacco», la couverture médiatique a repris les faits concernant la nicotine, faits que les fabricants de tabac voulaient et veulent encore taire.

Troisième épisode...

En septembre 1998 Cécilia Létourneau, Christine Fortin et Joseph Mandelan demandent à la Cour Supérieur l'autorisation d'intenter un recours collectif au nom des quelques deux millions de Québécois qui sont ou ont été dépendants de la nicotine contenue dans les produits du tabac d'Imperial Tobacco ltée, Rothmans Benson & Hedges et RJR-Macdonald. Cette requête, qui demande une compensation de 5000\$ pour chaque québécois dépendant ou ayant été dépendant de la nicotine (d'une valeur de 10 milliards de dollars), sera formellement présentée le 4 novembre au Palais de justice de Montréal. En leur nom et au nom des Québécois dépendant de la nicotine ou qui l'ont été, ils demandent une compensation pour les fautes commises par les compagnies de tabac et pour l'atteinte illicite et intentionnelle à leur vie, à leur intégrité physique ainsi qu'à leur droit d'obtenir toute l'information prévue par la loi.

Conclusion

La saga judiciaire opposant les compagnies de tabac à la société québécoise ne fait que commencer. Elle était inévitable compte tenu de l'évolution du dossier du tabac chez nos voisins du sud. Elle sera certainement longue et difficile. Je ne peux donc que souligner le courage et la ténacité des fumeurs qui, comme Madame Létourneau, poursuivent un objectif qui dépasse largement celui du simple remboursement des timbres de nicotine et qui vise à influencer en profondeur l'agenda public de notre société et ce, autant chez les professionnels de la santé et chez les décideurs que dans la population générale. 



Marc Gay
Président du comité des soins d'urgence cardiaque
Fondation des maladies du cœur du Canada

Soins d'urgence cardiaque:

mise à jour

Orlando, mai 1998

Le dixième congrès international biennal sur la mise à jour des soins d'urgence cardiaque s'est déroulé du 28 au 31 Mai 1998. Le thème de cette conférence était «LINK TO THE FUTURE» c'est-à-dire lien vers le futur afin de marquer l'arrivée du nouveau millénaire en ce qui touche la réanimation cardiaque. En effet, l'an 2000 annoncera la mise en place de nouvelles lignes directrices. Ces lignes directrices seront produites et publiées de la même manière qu'elles l'ont été depuis 1960, après avoir fait l'objet d'un consensus international. L'ensemble des sujets présentés lors des conférences visaient à établir de nouvelles normes pour l'an 2000. Beaucoup d'emphasis a été placée sur le caractère international, puisque pour la première fois dans l'histoire de la réanimation nous aurons réellement des normes internationales. Les membres qui font parties du comité ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) représentent les organismes suivants : l'American Heart Association, les Conseils Européen, Sud Africain, Néozélandais, Australien et de l'Amérique Latine ainsi que la Fondation des maladies du cœur du Canada. On retient parmi les faits saillants des discussions du congrès : le développement de nouvelles normes basées sur l'évidence et la science, l'accès public à la défibrillation, la RCR sans ventilation ainsi que la prise de pouls.

Le développement de normes basées sur l'évidence et la science

Jusqu'en 1992, les lignes directrices

reposaient sur le principe de la meilleure science. En 1992, des niveaux d'évidence ainsi que des classes de recommandations ont été développés et utilisés pour la première fois. Ces derniers étaient toutefois seulement appliqués aux normes de soins avancés. Maintenant, pour l'établissement de futures normes, la révision de tous les sujets en soins d'urgence cardiaque doit passer par huit niveaux d'évidence, allant des études contrôlées avec des cohortes significatives et des méthodologies puissantes, à l'utilisation de données existantes pour arriver à des extrapolations raisonnables. Par la suite, les sujets sont rangés en catégories de recommandations selon leur niveau d'évidence. Celles-ci varient de la plus utile, acceptable et sécuritaire, à celle pour laquelle aucune utilité clinique n'a été démontrée, ne reposant pas sur des données significatives et pouvant même être dangereuses.

L'accès public à la défibrillation


La défibrillation demeure toujours la norme la plus susceptible de sauver des vies en soins d'urgence cardiaque. Dans une étude effectuée dans les casinos de Las Vegas, le taux de survie a atteint 80% sur une cohorte d'arrêt cardiorespiratoire avec témoins. L'efficacité de la défibrillation automatique en terme de survie et en terme de coûts a aussi été discuté lors du congrès. On a de plus ciblé les premiers répondants non traditionnels les plus appropriés et adopté une position formelle sur l'importance de l'accès public à la défibrillation.

La RCR sans ventilation

Ce sujet a certainement été le plus intrigant du congrès. Les auteurs ont tentés de répondre à trois grandes questions sur la ventilation lors de la RCR. Est-ce que la ventilation améliore les composantes physiologiques et la survie ? Y a-t-il des effets adverses de l'inclusion de la ventilation dans les techniques de base en RCR ? Est-ce que la ventilation pourrait être retardée ou même différée dans certains cas de RCR avec témoin ? Les réponses à ces questions ont clairement démontrées qu'il n'y avait aucune évidence pour supporter quelques changements que ce soit reliés à la ventilation. Par contre, lors d'une RCR avec témoin, il se peut que les compressions à elles seules maintiennent des niveaux acceptables de sang oxygéné pendant quelques minutes suivant l'arrêt, mais ce temps est très court et la ventilation est nécessaire. Donc, puisqu'il est possible de penser que la ventilation ne soit pas nécessaire pendant les premières minutes d'un arrêt témoigné, les auteurs ont conclu que des initiatives additionnelles de recherches avec des essais cliniques impliquant des humains étaient requises pour déterminer comment sauver des vies avec la RCR. Enfin si une personne est réticente à effectuer le bouche à bouche, celle-ci devrait être encouragée à effectuer les compressions cardiaques puisqu'un minimum de résultat pourrait être obtenu et c'est beaucoup mieux que de ne rien faire.

La prise de pouls

De récentes données publiées suggèrent que la vérification du pouls est un indicateur faible et n'est pas fiable du tout. Pour le témoin, cette technique exige beaucoup de temps et est imprécise. Les conférenciers ont présentés une étude qui démontraient que la précision à prendre le pouls était de 8.2% chez des étudiants en médecine et de 5% chez des ambulanciers. De plus, le temps moyen pour prendre le pouls était de 5.9 secondes chez les étudiants en médecine et de 7 secondes chez les ambulanciers. Ce sujet fera donc l'objet de vives discussions pour les prochaines lignes directrices.

J'espère que vous participerez en grand nombre au prochain congrès international sur la mise à jour des soins d'urgence cardiaque qui se déroulera en l'an 2000. 

Nouvelles diverses



SONDAGE SUR LE BULLETIN

Un récent sondage effectué auprès des omnipraticiens de Montréal (N = 330) durant l'été 1998 nous a permis de connaître la popularité de ce bulletin. Au total 33 % des médecins répondants connaissent très bien le bulletin «Les actualités du cœur» et ont lu au moins 4 numéros.

Sans répartir les indécis, qui se chiffre à 24 %, on peut présumer que le pourcentage réel est plus élevé.

NOVEMBRE «MOIS DE LA RCR»

À l'initiative de la Fondation des maladies du cœur du Québec, le Lieutenant-gouverneur du Québec, l'honorable Lise Thibault fera le lancement de «Novembre, Mois de la RCR» le 29 octobre prochain. Lors de cet événement, Madame Thibault soulignera, par la remise de certificats d'acte de civisme, le dévouement de nombreux québécois qui ont porté secours à des personnes victimes d'arrêt cardiorespiratoire ou d'étouffement.

À la même date le Gouverneur Général du Canada, Son Excellence le très honorable Roméo Le Blanc procédera à l'échelle canadienne à la même proclamation. Son exemple devrait être suivi par le Ministre de la Santé du Canada, Monsieur Allan Rock, à la Chambre des Communes.

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX - GUIDE COMPLET À L'USAGE DE LA FAMILLE

Paru en octobre dernier aux éditions Trécarré, le livre *Accidents vasculaires cérébraux - Guide complet à l'usage de la famille*, s'adresse aux victimes et à leur entourage, ainsi qu'aux personnes prédisposées à l'AVC. Les lecteurs trouveront l'information la plus à jour au

sujet de la prévention, du diagnostic et du traitement de cette maladie. De plus, une brève revue des développements les plus récents dans la recherche sur la maladie complète l'information et ouvre la porte sur ce que l'avenir nous réserve. Il est disponible à la Fondation des maladies du cœur du Québec au coût de 34.50 \$, incluant taxes et manutention ou dans les librairies.

«EN CŒUR» PROGRAMME COMMUNAUTAIRE DE PRÉVENTION DES MCV ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU COEUR

L'équipe du Programme communautaire de prévention des MVC et de promotion de la santé du cœur du Sud-Ouest de l'Île de Montréal de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'excuse pour la confusion qui a pu résulter suite à la parution de l'article intitulé «En Cœur» programme communautaire de prévention des MCV et de promotion de la santé du cœur dans la volume 3, numéro 2 du présent bulletin. Notre programme n'est en aucun cas associé à En Cœur, Association québécoise pour les enfants malades du cœur. Des démarches ont été entreprises auprès des partenaires du programme en vue d'en modifier le nom et ainsi éviter toute forme de confusion.

CHAÎNE DE SURVIE




Afin de refléter la vision canadienne en matière de soins d'urgence cardiaque et d'offrir les meilleures chances de survivre sans handicap lors d'une urgence médicale, la Fondation des maladies du cœur du Canada propose une nouvelle Chaîne de survie. Trois étapes ou maillons ont été insérés (1,2 et 7). La chaîne de survie est

aussi forte que son maillon le plus faible. La faiblesse ou l'absence d'un maillon amoindrit les chances de survie.

1. En adoptant des **habitudes de vie saines**, vous pouvez réduire le risque de subir des blessures, d'avoir des problèmes cardiaques ou de subir un accident vasculaire cérébral.
2. La **reconnaissance rapide** des signes avant-coureurs d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral et des maladies graves chez les bébés et les enfants, peut contribuer à réduire les délais de traitement.

3. L'**accès rapide** aux services médicaux d'urgence permet une intervention plus rapide des secouristes médicaux. En cas d'urgence, appelez le 911 ou votre numéro d'urgence local pour déclencher les soins médicaux d'urgence.
4. Si la victime ne respire pas et qu'elle n'a pas de pouls, il faut **entreprendre les manœuvres de RCR le plus rapidement possible**.
5. Lorsqu'un cœur ne bat pas normalement, l'**administration rapide de la défibrillation** permet au cœur de reprendre son rythme normal. La

défibrillation doit être administrée dans les 15 minutes suivant l'arrêt cardiaque. Elle est rarement nécessaire pour les bébés et les enfants.

6. Les **soins avancés** prodigués par des professionnels de la santé en utilisant des médicaments et l'équipement approprié.
7. La personne qui survit à une situation critique, ses proches et les personnes qui lui prodiguent les soins, peuvent être confrontés à de nouveaux défis. Le **fait d'entreprendre une réadaptation rapidement** facilite la réintégration parmi la collectivité. 

Colloques à venir

8 au 11 novembre 1998

71^e SESSIONS SCIENTIFIQUES
DE L'AMERICAN HEART ASSOCIATION
Dallas
Tél : (214) 607-1100 / www.amhrt.org

27 novembre 1998

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE CHOLESTACTION QUÉBEC INC.
Québec
Tél : (514) 871-1551

4 au 6 février 1999

24^e CONFÉRENCE INTERNATIONALE
SUR LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX
Nashville
Tél : (214) 706-1511 / www.amhrt.org

21 au 26 février 1999

INTERVENTION MODERNE
SUR LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE
Mont Ste-Anne
Tél : (418) 656-5958 / www.fmc.ulaval.ca

7 au 10 mars 1999

48^e SESSIONS ANNUELLES
DE L'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
New Orleans
Tél : (301) 897-5400 / www.acc.org

24 au 27 mars 1999

39^e CONFÉRENCE ANNUELLE SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA
PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES
Orlando
Tél : (214) 706-1511 / www.amhrt.org

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: 4^{ème} trimestre 1998
Bibliothèque Nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec

ISSN: 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro: le 7 décembre 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