

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 4, numéro 1
Hiver 1999

Dans ce numéro:

- Nouvelles du Forum 1
- L'hormonothérapie après l'étude HERS 2
- Cholestaction Québec inc. Déjà 5 ans...En route vers l'an 2000... 4
- L'oxyde nitrique et son rôle sur la fonction endothéliale 6
- Cahier spécial •
INSUFFISANCE CARDIAQUE
- Gestion globale préventive de l'insuffisance cardiaque à Montréal (I.C.A.M.) 7
- L'insuffisance cardiaque à Montréal-Centre : quelques chiffres significatifs 8
- La prévention de l'insuffisance cardiaque 9
- L'endothéline : un puissant vasoconstricteur et prédicteur de sévérité dans l'insuffisance cardiaque 10
- Déclaration de Singapour 11
- Faits saillants du premier avis du comité scientifique de Kino-Québec 13
- Colloques à venir 16
- Nouvelles de la Fondation des maladies du cœur du Québec 16

Publié en collaboration avec la:



Direction de la santé publique



10^e bulletin

Afin de concrétiser ses objectifs de promotion de la santé du cœur, d'accroissement des interventions, de la recherche et de l'évaluation, par l'entremise d'outils de communication, d'échanges et la mobilisation des intervenants du domaine, le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire* a mis en place plusieurs comités de travail. Les activités du Comité Information et plus

particulièrement le bulletin "Les actualités du cœur" figurent parmi les premières réalisations du Forum. En effet, depuis 1996 cet outil de communication francophone en santé cardiovasculaire est distribué à 15 000 intervenants québécois et nous tenons à souligner ce 10^e bulletin. Le succès et la qualité de ce bulletin est attribuable au travail de collaboration de nombreux

suite p.2 ►

Une autoroute virtuelle pour les intervenants en santé du cœur

Pour faciliter l'accès aux plus récentes informations en matière de santé cardiovasculaire et cérébrovasculaire, le Forum procédait le 4 décembre dernier au lancement officiel de son site Internet.

Ce formidable outil de communication vient appuyer le mandat d'information que s'est donné le Forum et permettra aux professionnels, aux membres d'organismes et d'entreprises œuvrant dans le domaine, d'échanger entre eux et d'avoir un accès facile et rapide aux connaissances les plus récentes. Les groupes de discussion sur les différents champs d'intervention de la cardiologie préventive favoriseront un discours

évolutif ainsi que la genèse des connaissances.

Cette nouvelle voie de communication permettra aux intervenants d'enrichir les solutions aux nombreux défis à relever à l'aube de l'an 2000. Mis en place pour répondre aux attentes des professionnels du domaine, vous êtes donc invités à nous communiquer les informations les plus pertinentes en santé cardiovasculaire.

Participez aux "Groupes de discussion", proposez-nous des thèmes! Inscrivez vos besoins, vos offres, sur le "Babillard!" Faites-nous part "d'Événements" importants!


www.forumscv.qc.ca

suite p.2 ►

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire


10e bulletin

partenaires. Soulignons l'initiative de la Fondation des maladies du cœur du Québec et le travail de partenariat avec la Direction de la santé publique de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. Il va sans dire que la réalisation n'aurait pu être possible sans la précieuse participation de plusieurs professionnels dont celle du Dr Claude Thivierge, qui occupe la fonction de rédacteur en chef depuis le 1er numéro. Nous nous devons de souligner la généreuse contribution financière de Merck Frosst qui a supporté le bulletin depuis le début.

Nous ne pouvons qu'être fiers de cette belle réalisation et gardons la ferme conviction que les activités d'échange et de concertation proposées par le Forum aideront sans contredit à consolider les acquis et à intensifier les interventions du domaine, contribuant ainsi à réduire la mortalité et la morbidité des maladies cardiovasculaires* au Québec. 

Autoroute virtuelle

Faites connaître vos initiatives sous la rubrique "Affiches"!

Le développement du site Internet est rendu possible grâce à l'implication d'un partenaire qui a joué un rôle important dans sa réalisation soit le Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ce centre réputé en cardiologie a toujours été reconnu pour l'excellence des travaux qui y ont été réalisés. Il possède une infrastructure de réseau développée depuis de nombreuses années. Nous sommes très fiers de cette collaboration. 

Comité Site Web

Président, Comité Information
Responsable du site
Promotion - prévention de la santé
Coordination des activités
Supervision technique
Gestion du site

Dr Alain Vanasse
Dr Franck Molin
Mme Lilianne Bertrand
Mme Hélène Poirier
M. Gaëtan Tremblay
M. Pierre Rocque

Médecin conseil, DSP Bas St-Laurent
Cardiologue, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Directrice, Prévention - promotion de la santé, FMCQ
Coordonnatrice du Forum
Ingénieur biomédical, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Programmeur informatique,
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal



Jocelyn Bérubé, MD, M. SC.
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
RRSSS Bas St-Laurent

L'hormonothérapie après l'étude HERS

Il y a quelques mois, les résultats d'une étude appelée HERS (The Health and Estrogen/Progestin Replacement Study) étaient publiés dans le JAMA (Journal of American Medical Association). Ceux-ci remettaient en question l'efficacité de l'hormonothérapie de remplacement (HTR) dans la prévention secondaire de la maladie cardiovasculaire (MCV) chez les femmes ménopausées. Comme cette efficacité semblait bien établie par plusieurs études de cohorte et par trois méta-analyses, les résultats de l'étude HERS ont eu l'effet d'une bombe. Doit-on modifier complètement nos habitudes de prescription de l'HTR en post-ménopause? Pour tenter de répondre à cette question, analysons les principaux volets de cette étude.

Cette étude randomisée à double insu avait pour but de déterminer si un traitement hormonal combiné (œstrogène et progestérone) modifiait le risque d'événement cardiovasculaire chez les femmes post-ménopausées qui souffrent déjà d'une maladie coronarienne. Un total de 2 763 femmes recrutées dans 20 centres différents aux États-Unis ont participé à cette étude. Elles devaient :

- être âgée de moins de 80 ans,
- être post-ménopausées,
- avoir un utérus intact,

- ne pas avoir utilisé de HTR dans les trois derniers mois,
- ne pas avoir subi d'accident coronarien dans les six derniers mois.

L'âge moyen des femmes inscrites était de 66,7 ans. Les participantes recevaient quotidiennement à la suite d'une randomisation à double insu, soit des œstrogènes équin conjugués (PrémarineMD) 0,625mg, en plus de 2,5 mg d'acétate de médroxyprogestérone (ProveraMD) ou un placebo de même apparence. Le temps moyen de suivi des femmes a été de 4,1 ans. Les résultats de cette étude sont les suivants :

- le traitement hormonal utilisé dans cette étude n'a pas réduit, dans l'ensemble, le risque d'événement coronarien (infarctus du myocarde non mortel, décès par MCV ou tout autre problème cardiovasculaire associé) chez les femmes ménopausées souffrant déjà de maladie coronarienne [Risque relatif (R.R.) : 0,99 - Intervalle de confiance (IC) (0,80-1,22)];

- le traitement a, de plus, augmenté l'incidence de thrombo-embolie veineuse et de maladie de la vésicule biliaire.

Ces résultats vont à l'encontre des données existantes qui établissent l'efficacité de l'HTR en prévention

primaire et une diminution du risque de MCV encore plus importante en prévention secondaire. On a souvent reproché aux études antérieures certains biais de sélection (population en santé, meilleures habitudes de vie chez les utilisatrices d'HTR, etc.). Comme ces biais sont présents dans toutes les études, les données vont toutes dans le même sens surévaluant les résultats. Seule une étude randomisée, comme l'étude HERS, pouvait minimiser ces biais. Il est toutefois important de mettre en perspective les résultats de cette étude en fonction des éléments suivants :

- la puissance de l'étude est faible : l'intervalle de confiance se situe entre 0,80 et 1,22 et le nombre d'événements coronariens est moins important que prévu ;
- l'observance au traitement n'est pas optimale : après trois ans, 70 % des femmes de l'étude n'utilisaient que 80 % de la médication prescrite ;
- un faible pourcentage de femmes recevait le traitement optimal pour leur maladie coronarienne : 78 % utilisaient de l'ASA et 30 % seulement des bêta-bloqueurs ;
- l'âge moyen des femmes participantes était plus élevé que celui que l'on retrouve dans la plupart des études précédentes ;
- durant la première année d'observation, les événements coronariens étaient plus importants dans le groupe recevant de l'HTR. Toutefois, après quatre à cinq ans, la tendance s'inverse et le nombre d'événements devient moins important dans le groupe recevant une hormonothérapie (voir encadré I). Cet effet bénéfique aurait-il été plus important à long terme ? On sait que les effets négatifs du traitement hormonal, qui favoriseraient la thrombose, l'arythmie et l'ischémie, sont possiblement plus importants dans la première année d'utilisation. Toutefois, même si le risque de thrombose est toujours présent après quelques années, ce risque semble contrebalancé par les effets bénéfiques de l'hormonothérapie utilisée à long terme ;
- la plupart des études de cohorte présentant des résultats positifs

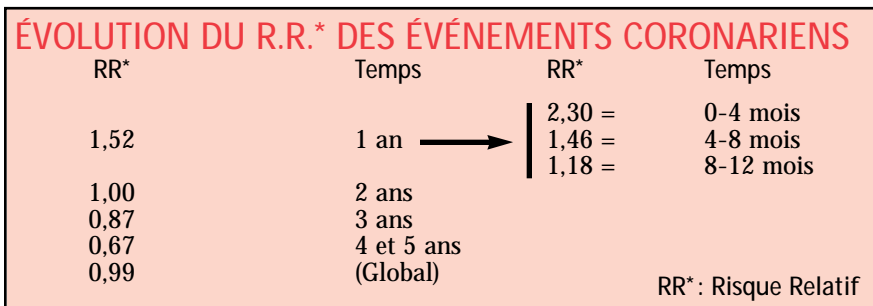
incluaient souvent des femmes hystérectomisées chez qui on utilisait seulement des œstrogènes non opposés; - l'utilisation d'un autre progestatif aurait-il modifié les résultats?

L'effet de l'HTR en prévention primaire n'a pas été mesuré dans cette étude. On ne devrait donc pas extrapoler les

souffrant de maladie coronarienne.

Par ailleurs, la quantité innombrable de données en faveur de l'utilisation de l'HTR en prévention primaire demeure et les conclusions des auteurs de l'étude HERS ne s'appliquent pas à l'utilisation de l'HTR en prévention primaire. De plus, beaucoup de femmes prennent de l'HTR pour

Encadré I



résultats dans ce sens. On ne sait pas si l'effet thrombotique lié à l'utilisation de l'HTR est plus grand en présence de maladie coronarienne. De plus, les femmes porteuses de maladie coronarienne sont plus souvent porteuses de facteurs de risque non modifiables tels le diabète et l'obésité, ce qui augmente le risque de thrombo-embolie veineuse.


Pour conclure, mentionnons que cette étude est très importante et soulève de nombreuses interrogations. Elle rappelle certaines limites des méta-analyses et des études de cohorte de même que le risque possible d'extrapoler des résultats de recherche. Cependant, selon certains auteurs, il n'y a pas d'urgence à changer les habitudes de prescription, car l'étude HERS n'identifie pas de nouveaux risques. Elle questionne seulement l'efficacité de l'HTR sur le risque de MCV chez les femmes ménopausées souffrant d'une maladie coronarienne. D'ailleurs, malgré les résultats obtenus, les auteurs de l'étude HERS ne recommandent pas aux femmes utilisant l'hormonothérapie de remplacement en prévention secondaire d'en cesser l'utilisation compte tenu des effets bénéfiques qui semblent apparaître après quelques années. Toutefois, ils ne recommandent pas de débiter l'HTR dans le seul but de diminuer les risques de MCV chez les femmes post-ménopausées

d'autres raisons que la prévention des MCV et les effets bénéfiques de cette thérapie sur la masse osseuse et sur les symptômes liés à la ménopause ont été clairement établis dans plusieurs études randomisées.

D'autres études randomisées en cours, tel WELL-HART, analysant l'utilisation de l'HTR en prévention secondaire (résultats en 2000), WHI, WISDOM et RUTH analysant les bénéfices de l'HTR sur la maladie cardiaque et la masse osseuse, apporteront sûrement des précisions aux données actuelles. Cependant, les résultats de ces trois dernières études ne seront pas disponibles avant l'an 2005.

N.-B. Ce texte résume les éléments de discussion et les conclusions des trois articles cités ci-dessous.

RÉFÉRENCES

- HULLEY, S., GRADY, D., BUSH, T. et al. Randomized Trial of Estrogen plus Progestin for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women, JAMA 1998; 280 (7):605-13.
- PETITI, DB. Hormone Replacement Therapy and Heart Disease Prevention, JAMA, 1998; 280 (7):6502.
- RICHARDSON, K. The Limitations of Large Research Trials, Obstetrics and Gynaecology 2000, 1998; 2 (7):1-4 et 6. 

Nouveau
partenaire

CHOLESTACTION

Connaissez-vous Cholestaction Québec inc. ? La Fondation des maladies du cœur du Québec a pris l'initiative de créer cette coalition à la fin de 1992. Cholestaction est une corporation à but non lucratif, légalement constituée et composée d'un conseil d'administration et d'un comité scientifique.

Sous la présidence du Dr Jacques R. Rouleau, cardiologue, de l'Institut de cardiologie de Québec, le conseil d'administration se compose de 12 membres provenant principalement d'organismes de santé du Québec.

De son côté, le comité scientifique compte une trentaine de cardiologues, lipidologues, diététistes, médecins et épidémiologistes oeuvrant dans le secteur des lipides, des maladies cardiovasculaires et de la santé du cœur. Ce comité est coprésidé par les docteurs Jean Davignon, directeur du groupe de recherches sur les hyperlipidémies et l'athérosclérose, de l'Institut de recherches cliniques de Montréal et Claude Gagné, directeur du centre de recherches sur les maladies lipidiques du Centre hospitalier de l'Université Laval de Québec.

La coalition poursuit sa mission initiale depuis plus de 5 ans. Elle a été créée pour démystifier auprès de la population, les croyances actuelles sur le cholestérol, l'alimentation et les maladies cardiovasculaires et d'établir un partenariat avec l'industrie bio-alimentaire afin de les sensibiliser à accroître davantage la production (s'il y a lieu), la distribution et la promotion d'aliments compatibles avec une santé cardiovasculaire optimale.

Depuis ce temps, les médias écrits et électroniques ont été scrutés afin d'y déceler les messages erronés, ou mal nuancés, véhiculés sur le cholestérol, l'alimentation et les maladies cardiovasculaires. Cholestaction a réagi publiquement à maintes reprises afin de donner l'heure juste à la population québécoise sur ces questions.

CHOLESTACTION
QUÉBEC



Le comité scientifique a produit plus d'une vingtaine de textes consensus pour faire le point sur divers sujets dont notamment le paradoxe français, l'hypertriglycéridémie, les suppléments de vitamines antioxydantes, le dépistage du cholestérol, l'hypercholestérolémie à l'âge pédiatrique et l'intervention chez les aînés, etc.

UN PLAN D'ACTION AMBITIEUX À L'AUBE DES ANNÉES 2000

Dans un plan d'action adopté par les membres du Conseil d'administration et par ceux du comité scientifique en

assemblée générale, le 27 novembre dernier, Cholestaction a revu sa mission initiale. La coalition s'est donnée comme mandat, pour les années 1998 à 2000, d'assurer la diffusion d'information juste et rigoureuse sur le cholestérol, l'alimentation et les maladies cardiovasculaires :

- en démystifiant les croyances actuelles et en corrigeant les informations erronées auprès de la population ;
- en informant les professionnels de la santé des plus récentes prises de position scientifique ;
- en établissant certains partenariats avec l'industrie agro-alimentaire.

Quatre types de publics cibles sont visés pour réaliser cette mission : la population québécoise en général, notamment les 35 ans et plus ; les professionnels de la santé ; les preneurs de décisions des ministères concernés, de la Fondation des maladies du cœur du Canada et de l'industrie agro-alimentaire de même que les membres de la coalition.

Le plan d'action comporte donc des stratégies, des moyens d'actions et des activités adaptés pour chacun des publics cibles à rejoindre. Voici la listes des objectifs spécifiques qui motiveront l'ensemble des nos interventions :

Pour la population en général, notamment les 35 ans et plus :

- Faire en sorte que cette population connaisse et ait confiance en Cholestaction Québec inc.

QUÉBEC INC.

Déjà 5 ans... En route vers l'an 2000...

- Éduquer et sensibiliser les Québécois et les Québécoises au rôle du cholestérol sanguin dans l'apparition des maladies cardiovasculaires et à l'importance de consommer des aliments faibles en matières grasses.

Pour les professionnels de la santé :

- Faire en sorte qu'ils connaissent et aient confiance en Cholestaction Québec inc.
- Les inciter à consulter Cholestaction Québec inc. afin de vérifier l'authenticité de toute information diffusée dans les revues spécialisées et traitant du cholestérol, de l'alimentation et de la santé cardiovasculaire.

Pour les preneurs de décision :

- Les sensibiliser à la mission, aux objectifs, aux stratégies et aux réalisations de Cholestaction Québec inc.
- Susciter leur participation humaine et financière pour le fonctionnement de Cholestaction Québec inc.
- Les inciter à recommander aux producteurs et aux fabricants agro-alimentaires de mettre en marché des aliments compatibles avec la santé cardiovasculaire.

Pour les membres de la coalition :

- Maintenir ou accroître leurs connaissances en matière de cholestérol, de saine alimentation et de santé cardiovasculaire.


- Stimuler et soutenir leur intérêt envers la coalition.

CHOLESTACTION À L'ÈRE DES COMMUNICATIONS

Cholestaction travaillera aussi en partenariat avec le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire pour faire connaître ses travaux et lui fournir, au besoin, l'expertise de ses membres. Divers mécanismes de rétroaction seront mis en place entre Cholestaction et d'autres organismes ou programmes initiés par la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Le plan d'action de Cholestaction prévoit une plus grande visibilité de la coalition. Pour ce faire, le balayage des sites Web s'ajoutera à celui déjà effectué auprès des médias écrits et électroniques. Des articles vulgarisés faits à partir des divers textes consensus seront produits et diffusés dans les divers médias dont le site Web du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire. De plus, des experts du comité scientifique seront disponibles pour donner des entrevues éducatives vulgarisées aux divers médias.

Enfin, la coalition veut également reconnaître et féliciter publiquement le travail de ses membres. Depuis 5 ans, Cholestaction a pu compter sur l'immense travail des membres du comité scientifique et du conseil d'administration. La présente section du bulletin " Les Actualités du cœur " est un exemple de véhicule qui servira à souligner le travail accompli par tous les professionnels œuvrant dans la coalition depuis 1992 et par tous ceux qui joindront les rangs dans un futur à bâtir.

Pour ceux qui désireraient connaître plus en détail le contenu du plan d'action 1998-2000 de Cholestaction Québec inc., ce dernier est disponible auprès de Roxane Guindon, coordonnatrice de la coalition à la Fondation des maladies du cœur du Québec. 

Invitation aux lecteurs

"Les actualités du cœur " vous offre l'opportunité de publier un court texte sur un point d'intérêt en santé cardiovasculaire.

Vous voulez :

- partager une nouvelle ;
- faire connaître une opinion ;
- exprimer un point de vue ;
- diffuser des résultats...

Soumettez votre texte au comité de rédaction en vous adressant à :

Mme Hélène Poirier :
Téléphone: (514) 871-1551
ou 1 800 567-8563
Télécopieur : (514) 871-5342,

Courriel :
hpoirier@fmcoeur.qc.ca,
Adresse :
465 bl. René Lévesque O., 3e
étage, Montréal, Qc H2Z 1A8



L'oxyde nitrique et son rôle sur la fonction endothéliale

51e sessions scientifiques de la Société canadienne de cardiologie
Ottawa, du 19 au 23 octobre 1998

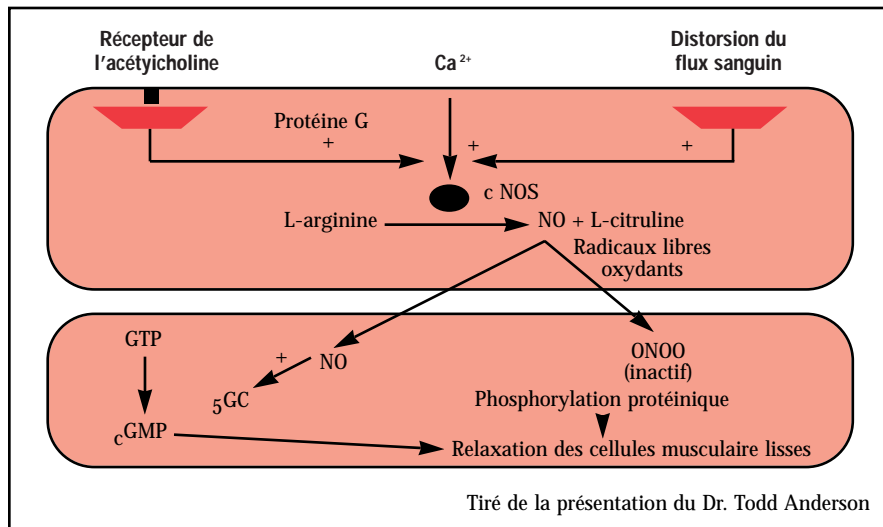
Le prix Nobel de la médecine 1998 fut décerné à trois pharmacologues américains : Robert Furchgott, Louis Ignarro et Ferid Murad pour leurs travaux sur l'oxyde nitrique. Ce puissant vasodilatateur auparavant nommé "endothelium derived relaxing factor" (EDRF), agit entre autres sur le système cardiovasculaire, plus précisément sur la fonction endothéliale. L'importance de cette découverte est majeure, puisqu'on sait d'ores et déjà qu'il y a une dysfonction endothéliale en présence d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et surtout de plaque athérosclérotique.

L'endothélium est maintenant considéré comme un organe endocrinien à unique épaisseur de cellules endothéliales dans la paroi vasculaire. Le nombre de ces cellules est si considérable qu'ensemble elles peuvent recouvrir la superficie de deux terrains de tennis ! L'oxyde nitrique est produit par les cellules endothéliales à partir de l'acide aminé essentiel L-arginine en réponse à des stimulants comme l'acétylcholine, la sérotonine, l'histamine ou une augmentation de l'irrigation sanguine.

L'endothélium sain maintient l'intégrité vasculaire en libérant ces facteurs paracriniens qui régularisent l'homéostasie vasculaire en agissant sur : l'adhésion et l'aggrégation plaquettaires, la coagulation et la fibrinolyse, l'inflammation, la contractilité, la prolifération de cellules musculaires lisses et la perméabilité sélective.

L'oxyde nitrique produit par les cellules endothéliales exerce un effet anti-athérogène grâce à sa capacité de :

vasoconstriction lorsqu'il y a de l'athérosclérose, pouvant expliquer ainsi des syndromes ischémiques.



Tiré de la présentation du Dr. Todd Anderson

- 1-détendre les cellules musculaires lisses ;
- 2-d'inhiber l'aggrégation plaquettaire ;
- 3-d'inhiber la prolifération des cellules musculaires lisses ;
- 4-et de prévenir l'adhésion leucocytaire.

Le dysfonctionnement endothélial peut résulter d'une baisse de production d'oxyde nitrique ou d'une augmentation de sa destruction par les radicaux libres, plus nombreux en présence d'athérosclérose. L'artère coronaire saine qui devrait se dilater dans certains cas, réagira par une

Une amélioration de la fonction endothéliale est remarquée avec les traitements hypolipémiants, le traitement antioxydant, l'hormonothérapie substitutive et l'inhibition de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Les données de plus en plus nombreuses suggèrent que les effets bénéfiques de ces traitements sont dus, entre autres, à l'oxyde nitrique libéré par l'endothélium, et par le fait même par toutes ses actions anti-athérogènes décrites antérieurement. Des études sont également en cours pour évaluer les effets de l'administration d'oxyde nitrique (gazeux) comme agent thérapeutique. AC

Insuffisance cardiaque

Avec une augmentation de 21 % du taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque à Montréal depuis le début de la décennie, et des fréquentes réadmissions, la Régie régionale de Montréal-Centre et sa direction de la santé publique ont élaboré un cadre de surveillance et d'interventions prioritaires pour 1999.

Nous vous présentons ici les principaux éléments.

Pour la première année de gestion globale de cette problématique, quatre axes d'intervention ont été retenus. Un portrait épidémiologique a été dressé à cette fin pour la région de Montréal. De plus un algorithme de prévention de l'insuffisance cardiaque sera distribué aux médecins omnipraticiens de Montréal, dont les grandes lignes vous seront ici présentées.

Enfin un article scientifique résumera quelques aspects innovateurs dans l'évaluation de l'insuffisance cardiaque.

GESTION GLOBALE PRÉVENTIVE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À MONTRÉAL (I.C.A.M.)

Claude Thivierge, M.D.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre


En matière de SURVEILLANCE DES INDICATEURS DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ, le constat épidémiologique nous indique des augmentations des hospitalisations et des réadmissions, une durée de séjour hospitalier moyen élevée et des coûts en soins de santé élevés selon la plupart des études. Le constat environnemental à Montréal est que ces données existent mais ne sont pas traitées et analysées de façon systématique. L'écart entre ces deux constats nous dirige vers une meilleure documentation de la problématique par une analyse des indicateurs de morbidité et de mortalité régionaux (automne 1998) et, par la suite, par l'élaboration d'un cadre de surveillance adapté (hiver 1999).

Pour les SERVICES DE SANTÉ, le constat critique souligne que la gestion des soins au sein du continuum des éléments de progression de l'insuffisance cardiaque est difficile en raison de la complexité et de la sévérité de la maladie. Avec la reconfiguration du réseau de la santé québécois, le "management" des patients atteints ou à haut risque peut être plus

contraignant en matière d'accessibilité, de séjour hospitalier et de suivi par les services de santé hospitaliers et communautaires. Le constat environnemental fut qu'il y a peu de données spécifiques à Montréal. L'écart nous incite donc à faire un premier portrait des besoins des services hospitaliers (hiver 1999), ainsi que ceux de première ligne (hiver 1999) et ce, afin de mieux mobiliser ces milieux vers une optimisation ("managed care") des soins (hiver-printemps 1999) grâce à une mise à jour régulière des éléments de soins les plus stratégiques et efficaces (continu).

Des données de sources multiples nous amènent à documenter que les CONNAISSANCES ET HABILITÉS D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ sont plus ou moins appliquées comparativement aux lignes directrices consensuelles et aux données des récentes études cliniques (constat épidémiologique). À Montréal, un premier constat environnemental effectué à l'été 1998 a identifié de nombreux besoins en matière de formation continue et d'ins-

trumentation. Cet écart nous a incité à concevoir et distribuer un algorithme de gestion globale de l'insuffisance cardiaque pour les omnipraticiens (hiver 1999), à planifier un séminaire interactif de formation pour les médecins de Montréal (hiver 1999) et à inviter les professionnels de la santé à la démarche régionale de mobilisation citée plus haut (hiver-printemps 1999).

Quant à L'ÉDUCATION ET À L'INSTRUMENTATION DES PATIENTS atteints ou à haut risque, le constat critique démontre l'importance de l'éducation et de la continuité des soins pour prévenir les complications et les hospitalisations et améliorer la qualité de vie, notamment au sein de services spécialisés ou intégrés. À Montréal, ce concept est adopté dans certains milieux spécialisés ou universitaires, mais peu élaboré ailleurs. Cet écart nous incite à mobiliser les établissements de soins et les professionnels de la santé (hiver-printemps 1999) sur la question et à valider l'implantation d'une nouvelle trousse d'outils pour le patient (printemps-été 1999). 

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À MONTRÉAL-CENTRE: QUELQUES CHIFFRES SIGNIFICATIFS

Lise Guérard, B.Sc. inf.
 Direction de la santé publique de Montréal-Centre

À Montréal, en 1998, l'insuffisance cardiaque est considérée comme un problème en croissance notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus, celles-ci représentant environ 85 % des hospitalisations pour cette cause et plus de 90 % des décès pour insuffisance cardiaque. Cette problématique a été reconnue par la Régie régionale de Montréal-Centre et sa Direction de la santé publique comme une priorité d'intervention.

Les hospitalisations

À Montréal, 3 134 hospitalisations ont été enregistrées avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (CIM-9 = 428) pendant l'année financière 1995-1996 chez 2 437 résidents de 65 ans et plus. Ce nombre représente 29 % de toutes les hospitalisations pour insuffisance cardiaque au Québec dans ce groupe d'âge.

On y a de plus constaté que le taux annuel moyen d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les personnes âgées a augmenté de 26 % depuis 1990 alors qu'il s'est accru de 3 % dans le reste du Québec. Toutefois, la valeur absolue du taux annuel moyen dans le reste du Québec demeure plus élevée qu'à Montréal (figure 1). Des analyses plus approfondies seraient nécessaires pour tenter d'expliquer la différence de variation du taux annuel moyen d'hospitalisation entre la région de Montréal et le reste du Québec.

La durée moyenne du séjour dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de Montréal s'établissait récemment à 14 jours chez les personnes âgées. Dans le reste du Québec, la durée moyenne du séjour hospitalier varie de 11 jours à 15 jours pour une moyenne de 13 jours, une légère tendance à la baisse se dessinant

pour l'ensemble des régions de la province. La mortalité intrahospitalière quant à elle,

s'élevait au cours des deux dernières années à Montréal à près de 12 %.

Figure 1

TAUX D'HOSPITALISATION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE ET RESTE DU QUÉBEC

Périodes 1990-1992 et 1995-1997

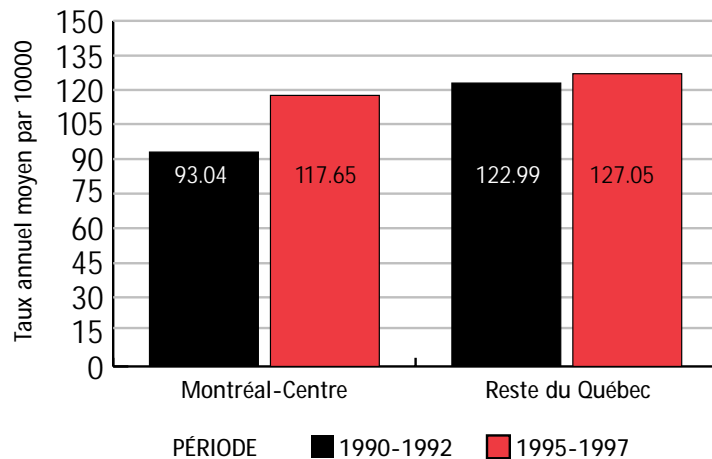
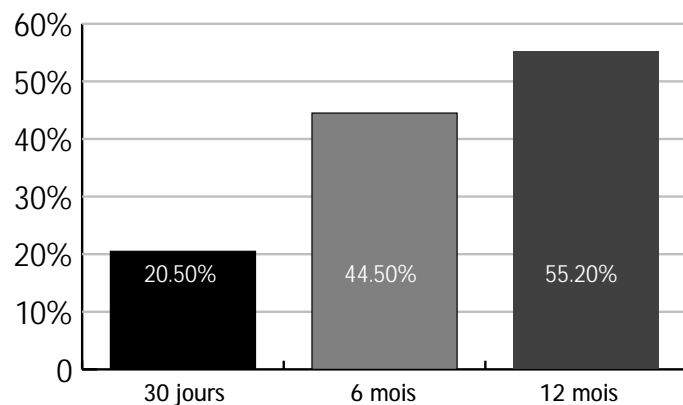


Figure 2

POURCENTAGE DES PERSONNES RÉADMISES AU MOINS UNE FOIS DANS LES 30 JOURS, SIX MOIS ET DOUZE MOIS SUIVANT UNE HOSPITALISATION POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE EN 1995-1996

Région de Montréal-Centre



Les réadmissions

Le pourcentage des réadmissions est élevé chez les 2 437 personnes ayant été hospitalisées au moins une fois pour insuffisance cardiaque (figure 2).

De plus, la fréquence des réadmissions dans les douze mois suivant une hospitalisation pour insuffisance cardiaque se traduit comme suit : 27,2 % ont été réadmis une fois, 13,5 % l'ont été deux fois et 14,5 % trois fois ou plus.

Les raisons des réadmissions peuvent être multiples pour une même personne. Chez les 1 346 personnes réadmis dans un délai de douze mois, 68,5 % (922 personnes) d'entre elles ont été réadmis au moins une fois pour des problèmes cardiaques et plus spécifiquement 46,8 % (630 personnes) pour une insuffisance cardiaque.


La mortalité

Au cours de la période 1994-1996 on observe à Montréal, une moyenne de 286 décès par année dus à l'insuffisance cardiaque chez la population âgée de 65 ans et plus.

Alors que le taux annuel moyen de mortalité a connu une baisse jusqu'à la fin de la précédente décennie, celui-ci est demeuré constant durant les années 1990, comparativement au taux annuel moyen de mortalité pour l'infarctus aigu du myocarde qui diminue continuellement chez ce même groupe d'âge.

Dans le reste du Québec, on note que le taux annuel moyen de mortalité par insuffisance cardiaque a diminué d'environ 7 % depuis 1990.

Sources:

1. Fichiers des hospitalisations Med-Écho, MSSS.
2. Fichiers des décès, MSSS.
3. Estimations du BSQ, années 1991, 1995 et 1996. 

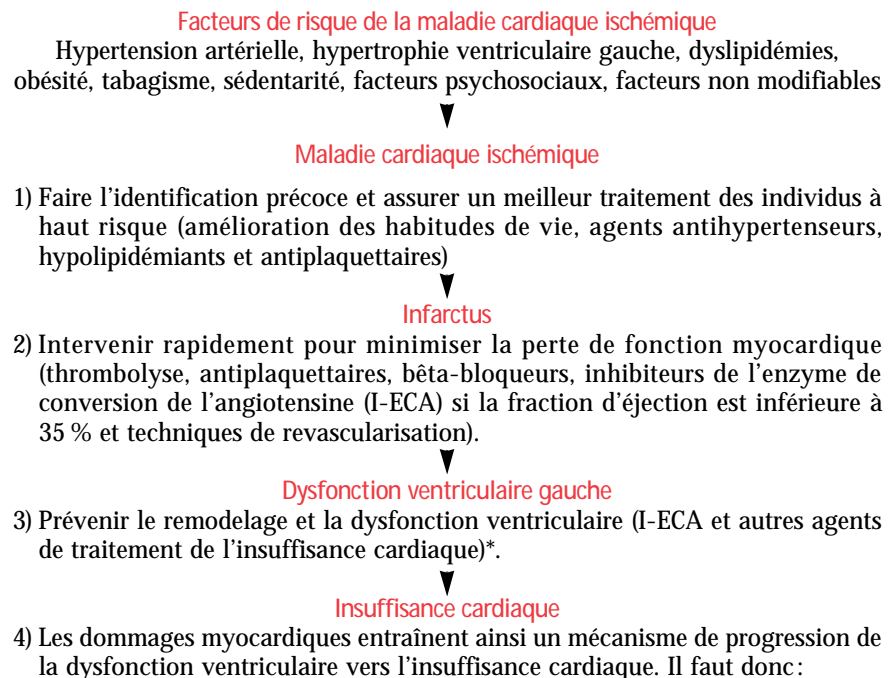
LA PRÉVENTION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Claude Thivierge, M.D.

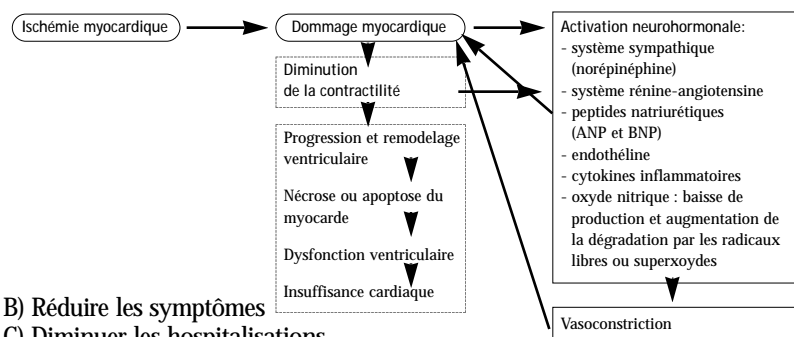
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Comment parler de prévention ? Tout simplement en examinant les causes, soit les cardiopathies ischémiques, l'hypertension artérielle, les cardiomyopathies, le diabète et les valvulopathies. Les deux premières, étant les plus fréquemment associées, les stratégies de prévention des maladies cardiaques ischémiques nous apparaissent alors en lien avec la prévention de l'insuffisance cardiaque.

CONTINUUM DE LA PRÉVENTION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



A) Limiter les facteurs précipitants ou aggravants dans la séquence pathophysiologique



- B) Réduire les symptômes
- C) Diminuer les hospitalisations
- D) Améliorer la qualité de vie et la survie

suite p.10 ►

LA PRÉVENTION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (suite)

Une fois la problématique soulevée, l'évaluation peut se faire, selon les toutes dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (1997) ou des Consensus canadiens (1994) et américains (1995). Quant au traitement, les recommandations du Consensus canadien sur l'insuffisance cardiaque sont en vigueur depuis 1994 et les dernières révisions datent de 1996.

*En présence d'une dysfonction ventriculaire systolique, les I-ECA sont devenus la première approche préventive. Avec l'insuffisance cardiaque franche, ces agents deviennent aussi le premier choix, avec l'utilisation de diurétiques au plus faible dosage possible afin de réduire les symptômes associés à la rétention liquidienne. Au besoin ou en cas d'intolérance, on peut utiliser la digoxine ou les vasodilatateurs en association avec des nitrates et/ou considérer les inhibiteurs des récepteurs de l'AT₁. Certains bêta-bloqueurs peuvent être utilisés pour améliorer la fraction d'éjection, réduire les hospitalisations et réduire la mortalité. Certains inhibiteurs des canaux calciques peuvent être prescrits, avec prudence et selon les besoins, sans nuire au tableau clinique. Les antiarythmiques demeurent à utiliser au besoin. **AC**

CONSENSUS 1999

Au moment d'aller sous presse, un tout nouveau consensus américain sur le traitement de l'insuffisance cardiaque a été publié dans la revue "American Journal of Cardiology" (Vol.83, Supplément 2A, Janvier 1999).

Le panel de 150 scientifiques dont le Dr Jay N. Cohn recommande l'utilisation d'un régime priorisant d'emblée les quatre traitements suivants :

- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ;
- Les diurétiques ;
- La digitale ;
- Les bêta-bloquants. **AC**

L'ENDOTHÉLINE : UN PUISSANT VASOCONSTRICTEUR

ET PRÉDICTEUR DE SÉVÉRITÉ DANS L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

51e session scientifique de la Société canadienne de cardiologie

Ottawa, du 19 au 23 octobre 1998

Claude Thivierge, M.D.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

L'endothéline fut identifiée par Yanagisawa et ses collègues, en 1988, comme un puissant peptide vasoconstricteur et inducteur de prolifération des cellules vasculaires musculaires lisses produit par les cellules vasculaires endothéliales. Son origine relève de la "pre-pré endothéline" qui une fois scindée en "Big endothéline-1" sera enfin transformée par l'enzyme de conversion de l'endothéline en un peptide de 21 acides aminés du nom d'endothéline. Trois formes d'endothéline furent identifiées : l'endothéline-1 (ET-1), avec son propre récepteur, agit sur la contraction et la prolifération des cellules vasculaires musculaires lisses, alors que les deux autres (ET-2 et ET-3), agissent sur l'enzyme eNOS responsable de la production d'oxyde nitrique.

L'endothéline augmente également la production d'aldostérone rénale, diminue l'excrétion du sodium et le taux de filtration glomérulaire, ce qui en plus de favoriser l'hypertrophie des cellules vasculaires et la résistance vasculaire contribue à la diminution du débit cardiaque.

Les niveaux circulatoires les plus élevés d'endothéline s'observent en présence de choc cardiogénique, puis en post-infarctus du myocarde et de façon générale en présence d'athérosclérose, de diabète et d'insuffisance rénale. En post-infarctus, les niveaux les plus élevés d'ET-1 se retrouvent en présence d'insuffisance cardiaque, et sont mêmes proportionnels à la faiblesse de la fraction d'éjection ventriculaire (indice de sévérité de la maladie).

Plusieurs marqueurs de l'activation neurohormonale dans les pathologies cardiovasculaires furent étudiés. Dans l'étude SOLVD, le niveau élevé de norépinéphrine plasmatique semblait le meilleur prédicteur d'événements cliniques en présence de dysfonction ventriculaire gauche symptomatique, plus que le niveau de rénine et de peptide natriurétique (ANP). Dans l'étude V-HeFT II, la norépinéphrine obtenait également le premier rang. Dans SAVE, la valeur de pronostic de la norépinéphrine disparaît, au profit de l'ANP. Dans CONSENSUS II, l'endothéline devient le meilleur prédicteur, plus que la classe fonctionnelle (NYHA) de l'insuffisance cardiaque. Pacher (1996) fait la même observation, et plus précisément pour le niveau d'endothéline-1.

Dans l'insuffisance cardiaque, le niveau plasmatique d'endothéline est maintenant considéré comme un indice de pronostic majeur de la fonction ventriculaire gauche, et possiblement le plus puissant, et ce, pour une période d'au moins 24 mois d'observation du patient.

Plusieurs molécules antagonistes des récepteurs de l'endothéline et plus particulièrement des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'endothéline, comme le phosphoramidon, pour n'en citer qu'une, sont à l'étude. Également, certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine normalisent les niveaux d'ET-1 chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. **AC**



Déclaration de Singapour

Résumé de la présentation d'Andres Petrasovits
12e Congrès du réseau canadien de la santé du cœur, Halifax, novembre 1998

Lors de la troisième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire, le Comité avisur a produit un document intitulé "Déclaration de Singapour - Forging the Will for Heart Health in the Next Millennium". La déclaration requiert une action immédiate pour réduire de façon globale le taux de maladies cardiovasculaires. Les données ont démontré que ces maladies sont maintenant la première cause de mortalité, non seulement pour les pays industrialisés mais également pour les pays en voie de développement. Et la plus grande tragédie, c'est que cette épidémie aurait pu être prévenue.

Cette déclaration fait suite à deux autres déclarations qui connaissent une distribution assez large partout dans le monde. La première était la Déclaration de Victoria (1992), maintenant traduite en treize langues, qui visait à partager nos connaissances et nos façons de faire pour prévenir les maladies cardiovasculaires. La deuxième, la Déclaration de Catalogne (1995) décrivait davantage des applications et des expériences fondées sur les évidences scientifiques ayant eues lieu avec succès dans le monde. Cette année, nous produirons la troisième, celle de Singapour, pour affirmer le besoin de travailler avec les infrastructures en place et pour s'assurer d'avoir des politiques afin de supporter la prévention de ces maladies.

LA DÉCLARATION

En reconnaissant que les maladies cardiovasculaires ont atteint des proportions épidémiques, qu'elles sont devenues la première cause de mortalité, de morbidité et d'aug-

mentation des coûts reliés à la santé partout dans le monde et que ce problème peut, la plupart du temps, être prévenu en utilisant une approche de santé publique, mais que les ressources et la volonté politique sont insuffisantes, le Conseil des directeurs de la conférence internationale de la santé cardiovasculaire de Singapour, demande que:

- les professionnels de la santé, des médias, de l'éducation et des sciences sociales et leurs associations ;
- les communautés de recherche scientifique ;
- les gouvernements, notamment les ministères concernés par la santé, l'éducation, les finances, la culture et les loisirs, le commerce et l'agriculture
- le secteur privé ;
- les organisations internationales et tous les organismes touchés par la santé et le développement économique;
- les coalitions et tous les organismes sans but lucratif ;

se joignent pour développer une politique cohérente, de même que les infrastructures économiques, scientifiques, techniques et physiques pour participer à l'élimination de cette épidémie moderne.

RECOMMANDATIONS

La santé cardiovasculaire - Un besoin de santé global et urgent

Malgré un déclin significatif dans les pays industrialisés depuis 1970, les maladies cardiovasculaires constituent toujours la première cause de mortalité (plus de 5 millions de morts en 1990).

Elles dépassent les maladies infectieuses ou parasitaires comme causes de mortalité sur la planète. On estime qu'en 1990 les maladies cardiovasculaires ont atteint 14 millions de décès versus 9 millions pour les maladies infectieuses et parasitaires.

Les coûts globaux des maladies ont démontré que les maladies cardiovasculaires ne se discriminent pas par l'âge, le genre ou le revenu. Contrairement à certains mythes, les maladies cardiovasculaires ne sont pas seulement le lot des personnes âgées, des hommes et des riches. Les récentes études les ont bien démentis.

Un fait perturbant des maladies cardiovasculaires est que la personne qui en est victime perdra plusieurs années de bonne santé avant d'en mourir. Si l'épidémie de maladies cardiovasculaires n'est pas arrêtée, la technologie intensive et les soins cliniques du grand nombre de patients atteints, causeront la dispersion des ressources de santé, incluant celles dévolues aux maladies infectieuses et aux problèmes d'ordre nutritionnel dans le monde, vers le traitement des maladies cardiovasculaires, créant ainsi des inégalités dans les soins de santé.

Les politiques publiques saines

1. Les maladies cardiovasculaires ont une étiologie multifactorielle. Elles prennent racines dans un réseau complexe de facteurs biologiques, comportementaux, psychosociaux et environnementaux qui font partie des activités régulières de la vie courante.

suite p.12 ►

2. L'épidémie des maladies cardiovasculaires amène un besoin urgent de réduire tous les facteurs de risque.
3. Cette épidémie est influencée par les connaissances et attitudes individuelles de même que par des grands facteurs environnementaux et sociaux, incluant les médias et les multinationales qui contribuent au changement des modèles d'alimentation et à l'inactivité.
4. Les maladies cardiovasculaires sont influencées par les comportements que nous avons adoptés alors que nous étions jeunes et que nous avons maintenu pendant plusieurs années sans conséquence. L'augmentation de la prévalence de ces comportements dangereux chez les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui laisse prévoir une augmentation des maladies cardiovasculaires chez les jeunes de demain.
5. Les maladies cardiovasculaires sont très difficiles à faire régresser une fois que les symptômes sont apparus.
6. Les conséquences sont en partie contrôlables avec certaines thérapies agressives. Elles amènent toutefois une grande augmentation des dépenses de santé tout en réduisant la qualité de vie des individus atteints.

Les implications

Les politiques de prévention et de contrôle des maladies cardiovasculaires devraient être intersectorielles et pluridimensionnelles. Elles devraient inclure tous les facteurs de risque et les déterminants de la santé du cœur. Peu de défis en santé publique demandent un plus grand partenariat entre les organismes et les disciplines que les maladies cardiovasculaires.

Les éléments pour la promotion de la santé cardiovasculaire

Les programmes qui ont beaucoup de succès incluent les éléments majeurs suivants :

- une politique ou des interventions environnementales ;
- l'éducation et les campagnes médiatiques ;
- l'établissement de partenariats ;

- des volets scientifiques et techniques et une capacité organisationnelle pour les programmes de la promotion de la santé cardiovasculaire ;
- un leadership de mobilisation des organismes et des ressources tant humaines que financières.

Une infrastructure pour la santé cardiovasculaire

Deux éléments clés sont requis pour le développement de la capacité en santé cardiovasculaire : une infrastructure appropriée ET le désir, ou la volonté, d'agir.

L'infrastructure comporte des dimensions multiples incluant des politiques, la connaissance scientifique et technique, l'organisation physique et les ressources économiques.

La volonté d'agir requiert

- la conviction d'avoir besoin d'agir ;
- l'établissement de priorités ;
- la mobilisation communautaire ;
- la coordination et la collaboration avec les partenaires

UNE INFRASTRUCTURE POUR CRÉER DES POLITIQUES SAINES

Au niveau international

- implication des agences comme l'OMS ;
- les agences de l'ONU comme la Banque mondiale ;
- la collaboration internationale (ex. : le contrôle mondial du tabac) .

Au niveau national

la collaboration entre plusieurs organismes (ex. : Fondation des maladies du cœur, Société canadienne du cancer, Fondation du rein, du diabète, les différents paliers de gouvernement, etc.)

Au niveau local

- les leaders ;
- les gouvernements locaux ;
- les municipalités ;
- les écoles ;
- les organismes communautaires.

Ils doivent tous avoir accès aux évidences scientifiques pour promouvoir les politiques et les changements.

UNE INFRASTRUCTURE INTELLECTUELLE ET SCIENTIFIQUE

Au niveau international

L'information sur la mortalité, la morbidité et les facteurs de risques n'est pas accessible dans plusieurs pays en voie de développement, il faut donc partager l'expertise.

Au niveau national

- le besoin de systèmes de surveillance sur la morbidité, la mortalité et les incapacités ;
- le besoin d'experts en promotion de la santé (changements comportementaux, marketing social, etc) .

Au niveau local

- le développement de systèmes de surveillance appropriés, pertinents et disponibles aux niveaux régional et communautaire.

UNE INFRASTRUCTURE PHYSIQUE ET ORGANISATIONNELLE

Le développement et le maintien d'un partenariat aux trois niveaux.

UNE INFRASTRUCTURE ÉCONOMIQUE

L'augmentation des ressources pour être capable de faire-face à cette épidémie.

À PRIORISER

- Une combinaison des infrastructures précédemment décrites ;
- Le désir d'agir ;
- La capacité de maintenir les changements ;
- La confiance et les valeurs.

CONCLUSION

Pour réussir, les promoteurs en prévention des maladies cardiovasculaires ont besoin de travailler en partenariat et d'amorcer un processus de collaboration. ^{AC}

Faits saillants du premier avis du comité scientifique Kino-Québec

Lors d'une conférence de presse à Québec, le 24 mars 1998, le ministre responsable du loisir et du sport, M. Rémy Trudel, annonçait la mise sur pied du comité scientifique Kino-Québec dont l'une des responsabilités est d'assumer un rôle de vigilance dans le domaine de l'activité physique et de la santé. Ce comité, composé d'une douzaine d'experts québécois de renommée internationale, est présidé par M. Claude Bouchard, professeur et chercheur à l'Université Laval, connu pour ses recherches sur l'activité physique, l'obésité et la génétique.

Une fois l'an, ce prestigieux comité s'est engagé à produire un avis officiel sur une problématique prédéterminée. Le premier positionnement sera rendu public en mars 1999 et cherchera à répondre à la question suivante: "Quelle est la quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé?". Cet article vous présente, en primeur, un condensé de cet avis.

RÉSUMÉ DE L'AVIS

Un mode de vie sédentaire est un facteur de risque pour plusieurs problèmes de santé et une longévité réduite. À l'opposé, la pratique régulière de l'activité physique peut diminuer le taux de mortalité, améliorer le profil de risque en regard de plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, cancer du colon et obésité) et générer de nombreux bénéfices au plan de la santé.

Malgré les efforts déployés depuis vingt ans et la perception par la population de l'importance de l'activité physique pour la santé, la prévalence de l'inactivité physique constitue encore un problème de taille au Québec avec près de deux tiers de la population qui

en kilocalories par semaine de dépenses énergétiques au-delà de la vie sédentaire et le niveau de bénéfices attendus et ce, en s'appuyant sur les tendances des études publiées principalement sur la mortalité mais également sur des facteurs de risque ou

... un mode de vie modérément actif, associé à des bénéfices appréciables pour la santé, implique une dépense d'énergie de 1000 kcal par semaine au-delà de l'état sédentaire.

n'est pas suffisamment active. Amener les gens sédentaires et ceux qui ne sont pas régulièrement actifs à devenir plus actif est un objectif très important du point de vue de la santé publique compte tenu des bénéfices pour la santé qui y sont associés. Par conséquent, il est important de comprendre les conditions de pratique des activités physiques susceptibles de générer ces avantages préventifs. La question centrale du dossier de la relation quantité-bénéfices consiste donc à préciser la relation existant entre les bénéfices pour la santé obtenus en fonction d'une augmentation de la quantité d'activité physique.

La figure 1 illustre donc l'allure générale de cette relation entre la quantité d'activité physique, exprimée

diverses causes de morbidité.

Ainsi, construite à partir des études disponibles à ce jour, cette courbe montre que (malgré certaines exceptions) les bénéfices pour la santé tendent à croître avec l'augmentation de la quantité d'activité physique à laquelle on s'adonne. Il est évident que les bénéfices les plus grands sont atteints à des quantités élevées de dépense d'énergie associées aux activités physiques. Bien que ce constat soit d'une importance cruciale, il ne peut toutefois à lui seul servir d'ancrage à une politique de santé publique au sein de laquelle un mode de vie physiquement actif doit jouer un rôle de premier plan.

La courbe de la figure 1 représente une *suite p.14* ►

valeur influencée fortement par les recherches sur la mortalité prématurée et les détails de la relation entre la quantité et les bénéfices peuvent varier d'un indicateur de santé à un autre. Ainsi, la quantité d'activité physique requise pour maintenir une sensibilité tissulaire normale à l'insuline est différente de celle qui permettrait d'obtenir une perte importante de masse grasse.

Cependant, plusieurs études épidémiologiques prospectives et des données de recherches expérimentales permettent d'estimer la quantité d'activité physique nécessaire pour passer d'un état sédentaire à un mode de vie modérément actif (Paffenbarger, Lee et Leung, 1994, Kannel et al., 1986, Paffenbarger et al., 1975, 1986; Leon et al., 1987, Slattery et al., 1988, 1989; Kaplan et al., 1987, Helmrigh et al., 1991). Ainsi, comme le suggère la figure 1, un mode de vie modérément actif, associé à des bénéfices appréciables pour la santé, implique une dépense d'énergie de 1000 kcal par semaine au-delà de l'état sédentaire. Des bénéfices encore plus marqués sont obtenus avec une dépense d'énergie atteignant environ 1500 ou 2000 kcal par semaine. Au-delà de ce niveau (2000 kcal par semaine), le rythme d'accroissement des bénéfices pour la santé semble atteindre rapidement un plateau et peu de bénéfices supplémentaires pour la santé sont enregistrés au-delà de 3000 kcal par semaine.

Sur la base de ces constats, on reconnaît maintenant que des progrès considérables au plan de la prévention de plusieurs maladies courantes et de la mortalité prématurée seraient effectués si un pourcentage élevé de notre population sédentaire ou irrégulièrement active incorporerait un quantité modérée mais régulière d'activité physique.

MODALITÉS D'APPLICATION

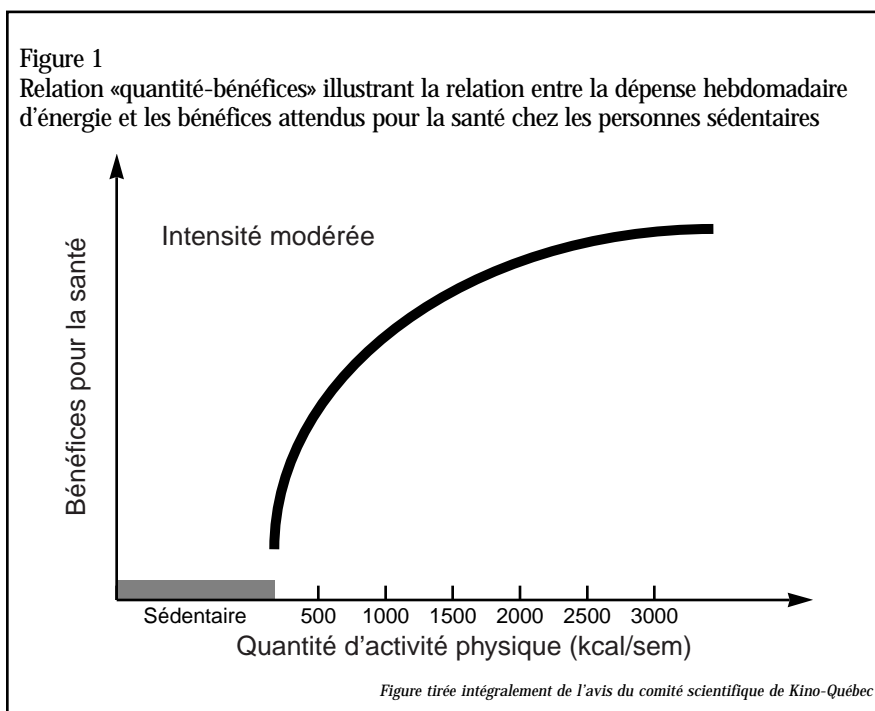
Pour des considérations pratiques, il est avantageux de convertir les niveaux de dépenses énergétiques de la figure 1 en

durée de participation hebdomadaire à des activités physiques. La figure 2 illustre schématiquement les durées équivalentes lorsque l'intensité de l'activité physique est de type modéré.

Une dépense d'énergie minimale de 1000 kcal par semaine peut être atteinte en combinant le type, l'intensité, la durée et la fréquence des activités physiques de plusieurs façons : par exemple, en dépensant environ 150 kcal de plus par jour, ce qui représente une

1. S'il existe, le seuil de dépense énergétique quotidienne pour améliorer la santé est relativement faible. Toute augmentation de la dépense énergétique associée à l'activité physique, aussi faible soit-elle, lors du passage de la sédentarité à un mode de vie physiquement actif, est susceptible d'avoir des conséquences favorables sur la santé ;

2. Des bénéfices substantiels pour la santé peuvent être obtenus si l'on



marche rapide de 30 minutes à une vitesse de 5 à 7 km/h, tous les jours (30 minutes X 7 jours = 210 minutes par semaine). Alternativement, si l'activité est moins fréquente, elle devra être de plus longue durée (par exemple, 60 minutes de ski de randonnée 4 fois par semaine) ou plus vigoureuse (30 minutes de jogging à 8 km/h, 4 fois par semaine), afin d'arriver au même résultat.

GRANDES CONCLUSIONS

En s'appuyant sur les études épidémiologiques et les recherches expérimentales et cliniques publiées à ce jour, le Comité scientifique de Kino-Québec conclut que :

consacre un minimum de 30 minutes à des activités physiques d'une intensité modérée (1000 kcal par semaine) au cours de la journée. Cependant, la durée doit être augmentée à 60 minutes si l'activité physique est de faible intensité ou si elle est pratiquée irrégulièrement (aux 2 ou 3 jours) ;

3. Toutefois, une plus grande dépense énergétique génère de plus grands bénéfices. En effet, des bénéfices plus marqués sont obtenus avec une dépense d'énergie atteignant environ 1500 et 2000 kcal par semaine au-delà de l'état sédentaire. Toutefois, au-delà de 2000 kcal par semaine, le rythme d'accroissement des bénéfices pour la santé

Figure 2
Relation entre la durée hebdomadaire de participation à des activités physiques et les bénéfices pour la santé

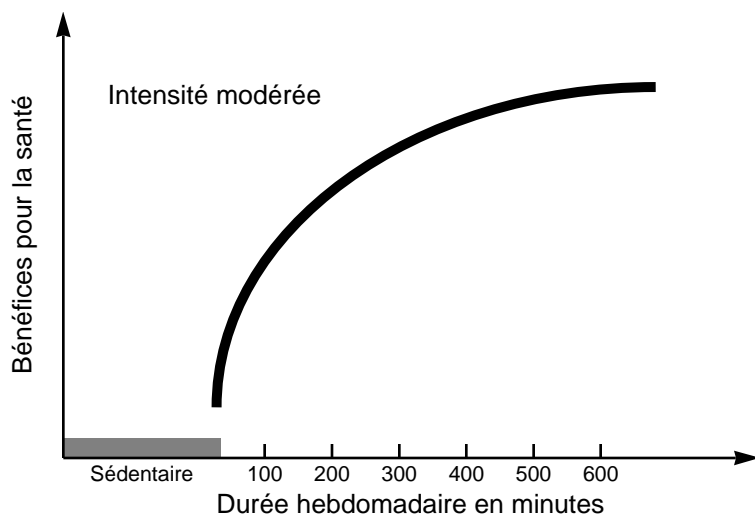


Figure tirée intégralement de l'avis du comité scientifique de Kino-Québec

semble atteindre rapidement un plateau et peu de bénéfices supplémentaires sont enregistrés au-delà de 3000 kcal par semaine;

4. Maintenir la régularité dans la pratique de l'activité physique tout au

des activités qui sont susceptibles de bien s'intégrer à son mode de vie et de varier le type d'activité en fonction des saisons. Pour certaines personnes, un entraînement régulier dans un centre de conditionnement physique est la solution idéale ; pour d'autres, des

Toute augmentation de la dépense énergétique associée à l'activité physique, aussi faible soit-elle, lors du passage de la sédentarité à un mode de vie physiquement actif, est susceptible d'avoir des conséquences favorables sur la santé


long de l'année demeure le défi de taille car les bénéfices de l'activité physique au plan de la santé sont progressivement réversibles si la personne diminue son niveau d'activité physique ou cesse complètement d'être physiquement active ;

5. Il est donc recommandé de privilégier

activités telles que la natation, le patinage, la randonnée cycliste, le ski de randonnée ou des activités intégrées dans le quotidien (marcher pour se rendre au travail, utiliser les escaliers, etc.) représentent une meilleure alternative.

Le défi de la santé publique et de Kino-

Québec est donc d'amener plus de gens sédentaires à être plus actifs, plus souvent. Le Comité scientifique est d'avis que l'accent doit être placé sur les gens sédentaires, puisque ce groupe est celui qui retirerait le plus de bénéfices d'une augmentation de la participation à des activités physiques.

Note : Le texte complet de cet avis sera disponible auprès de Kino-Québec à partir d'avril 1999. 

RÉFÉRENCES

Helmrich, S.P., Ragland, D.R., Leung, R.W. et Paffenbarger Jr, R.S. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N.Eng.J. Med.* 325 : 147-152, 1991.

Kannel, W.B., Belanger, A., D'Agostino, R. et Israel, I. Physical activity and physical demand on the job and risk of cardiovascular disease and death : the Framingham study. *Amer. Heart J.* 112 : 820-825, 1986.

Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Cohen, R.D., Knudsen, L.P. et Guralnik, J. Mortality among the elderly in the Alameda County Study : behavioural and demographic risk factors. *Amer. J. Public Health.* 77 : 307-312, 1987.

Leon, A.S., Connett, J., Jacobs, D.R., et Rauramaa, R. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. The multiple risk factor intervention trial *JAMA* 258 : 2388-2395, 1987.

Paffenbarger, R.S. Jr et Hale, W.E. Work activity and coronary heart mortality. *N.Eng. J. Med.* 292: 545-550, 1975.

Paffenbarger, R.S. Jr., Hyde, R.T., Wing, A.J. et Hsieh, C.-C. Physical activity all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N.Eng. J. Med.* 314 : 605-613, 1986.

Paffenbarger, R. S. Jr, Lee, I.-M. et Leung, R. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psych. Scand. Supp.* 377 : 16-22, 1994.

Slattery, M.L., et Jacobs, D.R. Physical fitness and cardiovascular disease mortality. *Am. J. Epidemiol.* 127 (3) : 571-580, 1988.

Colloques à venir

21 au 26 février 1999
Intervention moderne sur la
maladie cardiovasculaire
Université Laval
Mont Ste-Anne
Tél : (418) 656-5958 /
www.fmc.ulaval.ca

7 au 10 mars 1999
48e Session scientifique annuelle
de l'American College
of Cardiology
Nouvelle-Orléans
Tél : (301) 897-5400 /
www.acc.org

24 au 27 mars 1999
39e Conférence annuelle sur
l'épidémiologie et la prévention
des maladies cardiovasculaires
de l'American Heart Association
Orlando
Tél : (214) 706-1511/
www.amhrt.org

28 mars au 1^{er} avril 1999
15e Conférence annuelle
cardiovasculaire au Lac Louise
American College of Cardiology
Lac Louise - Tél. : 301 897-5400 /
www.acc.lakelouise.com

26 au 30 mai 1999
Congrès annuel de l'Association
des cardiologues du Québec
Montebello - Tél. : 514 350-5106

Nouvelles de la Fondation

Accès public à la défibrillation

Dès le mois février 1999, la Fondation des maladies du cœur du Québec, par le biais de son réseau de maîtres-instructeurs et d'instructeurs en réanimation cardio-respiratoire (RCR), offrira au grand public une formation combinant la RCR avec la démarche à suivre pour utiliser un défibrillateur externe automatisé (DEA). L'accès rapide à la défibrillation permet de sauver un plus grand nombre de victimes d'arrêt cardiorespiratoire. En effet, suite à une arrêt cardiorespiratoire sans défibrillation, les chances de survie de la victime diminuent de 2 à 10 % à chaque minute qui passe. Quand on sait que le temps moyen de réponse pour une ambulance à l'extérieur des grands centres et en zones rurales est de plus de 10 minutes au Québec, on comprend l'importance de cette nouvelle formation.

"Cœur atout, l'art de bien manger"


La nouvelle version du cours "Cœur atout, l'art de bien manger" sera disponible à compter du mois de mars 1999. Rappelons que ce cours a pour objectif de donner au public, des notions élémentaires concernant l'alimentation et la santé, de lui apprendre à améliorer la qualité nutritionnelle des repas et de lui fournir des trucs pour modifier ses recettes préférées. Cet outil comprend tout le matériel nécessaire pour donner des sessions de cours c'est-à-dire 8 modules d'information, 9 modules de démonstration

culinaire, des copies d'acétates de présentation et du matériel à distribuer aux participants, le tout compris dans un cartable. Ce cours peut être dispensé par une diététiste ou une technicienne en diététique. Le cartable sera vendu par la Fondation au coût de \$50. Pour obtenir plus d'informations, veuillez communiquer avec Roxane Guindon à la Fondation des maladies du cœur du Québec au (514) 871-1551.

Manuel de référence en réanimation néonatale

Une nouvelle version française de "Neonatal Resuscitation textbook" de l'American Academy of Pediatrics, est maintenant disponible. Vous pouvez vous le procurer à la Fondation des maladies du cœur du Québec au coût de 48.15 \$ l'unité et 40.00 \$ l'unité pour 20 exemplaires et plus (taxes incluses, frais de transport en sus).

Programme de sensibilisation des travailleurs "Au cœur du travail 1999"

Depuis maintenant six ans, La Fondation des maladies du cœur du Québec, en collaboration avec ses partenaires, organise une activité santé en milieu de travail dans le cadre du Mois du cœur, en février. Le projet "Au cœur du travail" qui rejoint cette année encore plus de 300 entreprises, vise à sensibiliser les travailleurs (160 000 en 1999) à certains facteurs de risques dont le thème cette année est l'hypertension. 

COMITÉ DE RÉDACTION:

Claude Thivierge M.D., Rédacteur en chef
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Lilianne Bertrand, Fondation des maladies du cœur 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: 1^{er} trimestre 1999
Bibliothèque Nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec

ISSN: 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro: le 12 avril 1999

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 cœur 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 cœur 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 cœur
du Québec



Publié en collaboration avec la:



Direction de la santé publique



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST