



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 3
Automne 1999

Dans ce numéro

- Nouvelles du Forum 1
- Résumé de conférence 2
- Réanimation cardiaque
extra-hospitalière..... 4
- Financement de la recherche..... 5
- Loi sur le tabac 6
- Sites Internet en SCV 7
- Nouvelles de la FMCQ 11
- Colloques à venir 12


Pages des partenaires

- Observance en
hypertension 8
- Prévention et nutrition :
Au cœur d'une région 10



Hommage au Dr Gilles R. Dagenais


Nous désirons souligner la très grande implication, ainsi que la précieuse collaboration du Dr Gilles R. Dagenais, cardiologue, à l'avancement des travaux du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire depuis son début. À titre de co-président du Forum, le Dr Gilles Dagenais a été d'une aide inestimable dans la mise sur pied du Forum et la co-direction du Comité de gestion. Il a permis de lancer le Forum lors de la 4e Conférence de Cardiologie préventive et a ainsi facilité au Forum l'accès à une tribune internationale.

Dr Gilles Dagenais est un animateur hors pair qui a concouru à la bonne progression des différents travaux du Forum. Il s'est avéré un politicien habile dans la signature du 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. Dr Gilles Dagenais a été d'une aide précieuse dans la recherche de support financier pour les activités du Forum. Dr Dagenais se consacre maintenant à des projets de recherche et à des activités en milieu hospitalier - enseignement et clinique - . C'est avec beaucoup de reconnaissance que nous lui souhaitons bonne chance dans l'atteinte de ses objectifs. Merci pour tout Dr Dagenais! 

NOUVEAU CO-PRÉSIDENT AU FORUM

Nous sommes heureux d'accueillir Dr Robert Côté à titre de co-président du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire. Dr Côté, neurologue à la Division de neurologie et d'épidémiologie clinique à l'hôpital Général de Montréal et professeur-adjoint à l'Université McGill est également un chercheur subventionné par la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ). Dr Robert Côté a été

président de la Société canadienne des accidents vasculaires cérébraux. Il est présentement membre du Comité scientifique de la FMCQ, du Comité scientifique de l'Office Canadien de Coordination et de l'Évaluation des technologies de la santé en plus de siéger au Comité éditorial de la revue Cerebral Vascular Disease et d'être boursier du Molson Fellowship à l'Institut de recherche

de l'hôpital Général de Montréal. Dr Côté a une réputation bien établie dans le domaine cérébrovasculaire, ce qui complète bien l'éventail des champs d'expertise du Forum. Son expérience englobe tout autant l'aspect clinique, l'enseignement et la recherche. Nous sommes convaincus qu'il contribuera à donner un souffle nouveau au Forum. Bienvenue Dr Côté! 

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire



52^e Conférence annuelle de la *Société canadienne de cardiologie*

Québec, du 19 au 23 octobre 1999

L'exercice au froid dangereux pour bien des Canadiens

Des chercheurs cliniciens de l'Institut de cardiologie de Montréal ont démontré que le froid diminue la capacité de faire de l'exercice chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.

Ils ont comparé l'effet de l'exposition au froid sur des personnes saines et sur 12 personnes atteintes d'une maladie stable des artères du cœur, sans angine. Selon le Dr Michel White, cardiologue et chercheur principal de l'étude : « Nous avons voulu vérifier si le froid avait le même effet sur les personnes ayant une faiblesse du muscle cardiaque que sur des personnes normales lorsqu'elles avaient à fournir un effort physique. »

Dans un premier temps, on a évalué la tolérance à l'effort de tous les participants avec un test maximal, c'est-à-dire un test sur tapis roulant dont l'intensité augmente à toutes les quinze secondes. Pendant ce test, on a mesuré les gaz expiratoires. Les personnes soumises au test l'ont poursuivi jusqu'à ce qu'elles atteignent le maximum de leur capacité, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait dyspnée ou essoufflement accompagné d'une sensation d'oppression.

Par la suite, on leur a fait subir des tests d'endurance exigeant des efforts comparables à ceux exigés par les activités de la vie quotidienne.

Ces tests d'endurance se sont déroulés au chaud, c'est-à-dire au centre Épic, à 20°C, et au froid, dans une chambre froide, à -8°C. Cette fois encore, on a demandé aux participants de poursuivre

l'exercice le plus longtemps possible. Au début et à la fin du test, les chercheurs ont mesuré par des prises de sang, les hormones de stress circulantes, c'est-à-dire les catécholamines de chaque personne.

Parmi les résultats observés, on note que les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque doivent s'arrêter plus tôt quand ils font le test d'endurance au froid. En fait, leur capacité s'est révélée 22 % inférieure au froid.

En revanche, les personnes saines ont poursuivi le test plus longtemps au froid qu'au chaud. Leur capacité de poursuivre le test s'est révélée 15 % supérieure à -8°C, car le froid provoque une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Ainsi, alors que les gens normaux fonctionnent très bien au froid et sont même plus confortables qu'au chaud pour faire de l'exercice, chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, le froid provoque une plus grande décharge des hormones de stress, laquelle peut s'accompagner de déchets.

Ces résultats sont venus confirmer le fait que les médicaments (bêta-bloquants) que l'on prescrit aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque sont encore plus indiqués que prévu, les bêta-bloquants ayant pour effet de neutraliser chez ces patients l'incapacité de faire de l'exercice au froid.

Cette conclusion s'ajoute aux résultats de l'étude qui a révélé que les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et qui sont soumises, au froid, à des tests d'endurance ont une augmentation de

production de leurs hormones de stress et une diminution de leur incapacité de faire de l'exercice.

« Cette étude démontre que bien que l'exercice physique ait des effets bénéfiques sur les maladies cardiovasculaires, certains facteurs, comme le climat, peuvent changer ces données » dit le docteur Pierre Pagé, porte-parole pour la Fondation des maladies du cœur (FMC). « Il est important que les personnes qui souffrent d'une maladie cardiovasculaire soient très prudentes lorsqu'elles font des activités qui, pour d'autres, ne causeraient aucun problème, comme pelleter la neige. Ceci démontre encore une fois que la vie après le début d'une maladie cardiovasculaire peut être profondément bouleversée, de là l'importance de les prévenir. »*

La FMC encourage les Canadiens à vivre sainement et à suivre les recommandations de leur médecin pour contrôler leur tension artérielle, leur taux de cholestérol et les autres facteurs de risque à mesure qu'ils apparaîtront. Au Québec, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux causent la mort de 19 000 personnes chaque année.

« Lorsqu'il s'agit de maladies cardiovasculaires, les professionnels de la santé doivent porter une attention particulière à la prévention et à la réadaptation » dit le docteur Denis Roy, porte-parole pour la Société canadienne de cardiologie. « Ils doivent aider les personnes à risque à réduire ces risques et faire comprendre aux malades que les changements qu'ils doivent apporter à leur mode de vie font partie d'une façon systémique d'aborder les soins médicaux. »

* Commentaires du Dr Pagé

Une première : le Dr Douglas Boyd fait appel à la robotique pour une chirurgie à cœur fermé.

La chirurgie cardiaque fait des pas de géant. Dans un proche avenir, des technologies d'avant-garde permettront aux patients de sortir de l'hôpital deux ou trois jours après une chirurgie du cœur avec seulement trois incisions de cinq millimètres. À l'aide d'un moniteur vidéo et d'un poste de robotique situés à deux mètres et demi du patient, le docteur Douglas Boyd utilise une technique sans cœur-poumon artificiel, pour pratiquer une greffe d'artère coronarienne, ou un pontage.

« Le matériel permet de travailler dans un espace restreint avec la même dextérité que nous aurions lors d'une chirurgie traditionnelle à cœur ouvert. »

« Le matériel permet de travailler dans un espace restreint avec la même dextérité que nous aurions lors d'une chirurgie traditionnelle à cœur ouvert », dit le docteur Boyd, chirurgien au Health Science Centre de London en Ontario. « Non seulement cette technique, beaucoup moins envahissante, permet au cœur de continuer à battre pendant l'opération, elle diminue également les complications postopératoires. En évitant de relier le patient à un cœur-poumon artificiel pendant l'opération, cette technique réduit les possibilités de dysfonctionnement neurocognitif et le besoin de transfusions sanguines. »

« Au Canada, on pratique environ 18 000 pontages par année. L'ouverture de la cage thoracique pendant l'opération influe sur le rétablissement du patient » dit le docteur Andreas Wielgosz, cardiologue et porte-parole pour la Fondation des maladies du cœur du Canada. « Avec la possibilité de diminuer d'une façon significative la période de convalescence, une chirurgie moins invasive, comme celle pratiquée par

le docteur Boyd, causerait moins de souffrance au patient et entraînerait une diminution du coût des soins médicaux. Des études cliniques additionnelles sont nécessaires afin d'évaluer les résultats de cette nouvelle méthode, ses possibilités de complications, ses effets à long terme sur la santé du cœur et le besoin éventuel d'une autre opération. »

« Les cardiologues voient en cette procédure une occasion de guérir leurs patients sans causer de dommages supplémentaires; c'est presque le «Gaal» de la chirurgie du cœur » dit le docteur Ruth Collins-Nakai, cardiologue et présidente de la Société canadienne de cardiologie. « Une chirurgie entièrement endoscopique est la prochaine étape de cette quête, et le Canada est un

chef de file dans ce domaine. Ma spécialité est la cardiologie infantile; les avantages de cette percée signifient pour moi un plus grand nombre de jeunes vies que je pourrai sauver. »

Selon le Dr. Pierre Pagé, président du comité scientifique de la Fondation des maladies du cœur du Québec et chirurgien cardiaque à l'Université de Montréal, « l'utilisation de la robotique constituera le défi technologique principal des 20 prochaines années en chirurgie cardiaque. Plusieurs chercheurs canadiens et québécois travaillent à mettre au point des techniques de chirurgie moins envahissantes. Le défi consiste toutefois à procurer une intervention plus facilement tolérée par les patients tout en préservant la qualité technique du travail effectué sur les coronaires. Tout reste à faire dans ce domaine fascinant et à cet égard, les travaux du Dr. Boyd constituent une œuvre de pionnier. »*

* Commentaires du Dr Pagé

Les maladies cardiovasculaires se manifestent dès l'enfance

Vous croyez être trop jeune pour vous faire du souci au sujet des maladies cardiovasculaires? Eh bien, selon le cinquième d'une série de rapports bisannuels émis par la Fondation des maladies du cœur du Canada, vous avez tort! On découvre, chez des enfants, et ce dès l'âge de deux ans, des signes avant-coureurs de maladies cardiovasculaires, comme des filets de gras et des plaques fibreuses dans l'aorte et dans les artères coronariennes.

Dans le cadre des 52^e sessions scientifiques de la Société canadienne de cardiologie, a eu lieu le lancement du document intitulé «*Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*». Celui-ci dresse un tableau des maladies cardiovasculaires au pays, différent de celui décrit dans les rapports précédents. Ce document renferme des données, provenant de diverses sources à travers le Canada, sur la mortalité, les facteurs de risque, le traitement, de même que sur les coûts liés aux soins médicaux. Un des chapitres les plus alarmants (une nouvelle addition cette année) met l'accent sur la jeunesse.

« Les enfants canadiens mangent moins bien qu'auparavant et sont moins actifs, une combinaison dangereuse qui entraîne une augmentation du nombre d'enfants obèses » dit le rédacteur en chef du rapport, le docteur Andreas Wielgosz, cardiologue et porte-parole pour la Fondation des maladies du cœur du Canada. « Depuis la fin des années 80, près d'un quart des enfants canadiens sont obèses; ils possèdent donc déjà un des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires. De plus, des études ont démontré que les enfants obèses sont susceptibles de demeurer obèses à l'âge adulte. »

« Le tabagisme, le manque d'exercice et les troubles de l'alimentation sont

suite p.4


Organisation des soins

notamment répandus chez les jeunes filles » ajoute le docteur Ruth Collins-Nakai, cardiologue et présidente de la Société canadienne de cardiologie. « Dès l'âge de 19 ans, 26 pour cent des jeunes filles fument tous les jours, elles sont moins actives que les garçons et sont plus susceptibles de s'inquiéter au sujet de leur poids. Mis ensemble, ces comportements font des ravages sur leur jeune corps et en font des cibles idéales pour les maladies cardiovasculaires et une multitude d'autres maladies liées au mode de vie. »

La prévention des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) doit commencer tôt. Afin d'assurer la santé future des Canadiens, il faut suivre de près l'évolution des facteurs de risque et de la maladie chez les enfants comme chez les adultes. Les efforts d'éducation doivent cibler plus précisément les enfants et les adolescents.

« Les maladies du cœur et les AVC sont la première cause de décès et le principal motif d'hospitalisation au Canada » déclare le ministre de la Santé, Allan Rock. « Alors que le taux de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires baisse depuis quelques années, le nombre total de cas augmente progressivement. Heureusement, il existe des mesures efficaces de prévention et de traitement qui peuvent réduire les conséquences de ces maladies. De plus, le Système de surveillance des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux va aider à prévenir et à gérer ces maladies au Canada. »

Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada est produit par la Fondation des maladies du cœur du Canada en partenariat avec:

- le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada;
- Statistiques Canada;
- l'Institut canadien d'information sur la santé;
- la Société canadienne de cardiologie;
- la Société canadienne des accidents vasculaires cérébraux. 

Ernest Prigent, M.D. CCFP(em)
Urgentologue Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et
Président (sortant) de la Faculté des soins d'urgence cardiaque de la
Fondation des maladies du cœur du Québec

- Réanimation cardiaque extra-hospitalière;
- Programme d'accès public à la défibrillation;
- Défibrillation externe automatisée et aspects médicaux.

Les taux de maladies cardiaques demeurent alarmants et après plusieurs années d'enseignement en réanimation cardiaque, on ne peut que constater que notre taux de survie d'un arrêt cardiaque en situation extra-hospitalière s'est peu amélioré, et ce, malgré plus de 20 ans de recul.

La chaîne de survie de la Fondation des maladies du cœur du Canada représente un système de réponse à la maladie cardiaque et chacun des maillons est vital à la survie de la victime. La défibrillation est le maillon qui offre la plus grande possibilité d'augmenter la survie chez les adultes victimes d'un arrêt cardiaque, en fonction des possibilités de rétablir un rythme cardiaque efficace. Les progrès technologiques en matière de défibrillation ont permis de procéder à une défibrillation « rapide » dans un nombre croissant de circonstances. Le défibrillateur externe automatisé ou DEA identifie lui-même les rythmes nécessitant un choc et, par conséquent, permet à beaucoup d'intervenants de procéder à une défibrillation efficace et rapide. Les intervenants désignés et formés qui feront usage d'un DEA devront obtenir une surveillance médicale à un niveau local, régional ou provincial. La défibrillation est un acte qui nécessite un degré de surveillance médicale.

Le 12 septembre 1997, le docteur Rémi H. Lair, secrétaire général adjoint au Collège des médecins du Québec, signifiait à la Fondation des maladies du cœur du Québec, que le comité administratif était d'accord avec la démarche proposée pour le programme de réanimation cardio-respiratoire - niveau défibrillation - et

précisait « ... à la condition que le directeur médical soit un médecin et que le processus de contrôle de la qualité pour la révision des événements soit véritablement effectué par le directeur médical ou son représentant nommé par les Régies régionales. »

Le 12 février 1998, à nouveau le docteur Lair précisait, suite à une demande concernant les organismes ou entités qui ne sont pas directement supervisés par la Régie régionale (par exemple une compagnie privée possédant un médecin, un lieu privé avec supervision médicale), que les conditions suivantes devaient être respectées :


- la formation, la certification et la recertification des premiers répondants seront sous la juridiction conjointe des Régies régionales et de la Fondation des maladies du cœur du Québec;
- un protocole unique sera utilisé pour tous les premiers répondants et ce protocole devra avoir été approuvé par les Régies régionales et la FMCQ;
- tous les événements devront être revus par un directeur médical au sein d'une Régie régionale OU SON REPRÉSENTANT.

Ainsi, que ce soit une industrie, un lieu privé ou un organisme qui n'est pas régi par les Régies régionales de la province et œuvrant dans le domaine de la santé, tous les intervenants qui pourront incorporer l'utilisation d'un DEA dans leur institution, se verront dans l'obligation d'obtenir la collaboration d'un médecin qui agira comme directeur médical pour la formation et la révision des événements

reliés au DEA. Outre la délégation de l'acte, la surveillance médicale peut inclure : l'évaluation et l'utilisation du DEA, la formation initiale et le perfectionnement en DEA, la collecte de données et l'analyse de la réponse à l'événement. Cette supervision médicale est d'ailleurs reconnue comme nécessaire et bénéfique dans les autres provinces et les autres pays où le DEA est utilisé.

L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) fut contactée par la Fondation des maladies du cœur du Québec pour identifier des médecins intéressés à agir comme autorité médicale pour des organismes ou groupes qui envisagent l'intégration du DEA dans leur réponse en soins cardiaques immédiats. Le médecin répondant aura une formation en Soins cardiaques avancés (ACLS), sera formé en réanimation avec DEA, et sera membre du Collège des médecins du Québec.

Le but ultime étant l'amélioration de la survie des victimes d'arrêt cardiaque, une collaboration étroite entre la Table des coordonnateurs médicaux des Régions régionales, la Fondation des maladies du cœur du Québec et les intervenants est non seulement une réalité mais ne pourra que s'améliorer pour véritablement créer une chaîne de survie efficace.

Des informations supplémentaires pourront être obtenues auprès de la Fondation des maladies du cœur du Québec et des Régions régionales de votre région. Précisons qu'aucune formation en DEA ne sera donnée à des individus ou un groupe, si un médecin répondant n'est pas identifié pour ces intervenants. De plus, il est évident qu'une formation en DEA ne constitue pas un « permis » pour pratiquer la défibrillation et, dépendant du rôle de l'intervenant, une formation supplémentaire pourra être exigée par les autorités locales, régionales ou provinciales. 

Financement de la recherche

Perspectives ICRS :

Voulez-vous participer à l'exercice de planification stratégique en recherche cardiovasculaire?

René Cardinal, Ph.D., Professeur de pharmacologie, Université de Montréal, Chercheur senior, Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Dans le précédent numéro des Actualités du cœur, nous avons exposé notre perspective sur l'avènement des Instituts canadiens de recherches en santé (ICRS), organisme appelé à remplacer le Conseil de recherches médicales du Canada (CRM) en tant que véhicule privilégié des investissements du gouvernement canadien dans le domaine de la recherche en santé. Nous avons, en particulier, souligné que cette initiative devait amener un décloisonnement géographique (collaboration accrue entre les chercheurs des différentes régions du Canada) et transdisciplinaire (par delà les frontières entre les sciences de base, les sciences cliniques et les sciences humaines). Les organismes non-gouvernementaux (fondations charitables, associations) seront aussi invités à participer, au sein des ICRS, à la formulation des priorités de recherche et à l'élaboration des programmes.

Afin de favoriser la concertation nécessaire à la réalisation de ces objectifs, le CRM a lancé un nouveau programme, Perspectives ICRS, qui fournit les ressources financières (jusqu'à 50 000\$) permettant de tenir des ateliers réunissant les chercheurs et leurs nouveaux partenaires dans le cadre d'exercices de planification stratégique. Les résultats du premier concours, publiés le 7 octobre 1999 (www.crm.gc.ca/programs), indiquent que 25 projets ont été approuvés, parmi lesquels j'en retrouve au moins trois dont le titre suggère un lien direct avec le domaine cardiovasculaire.

- Proposition de création d'un consortium sur le génie cellulaire, présenté par le Dr. François Auger (Université Laval).

- Oxidative stress consortium, présenté par le Dr. Ashok Grover (Université McMaster).

- The Canadian cardiac arrhythmia research coalition: A national program to facilitate studies into the causes and treatment of


cardiac arrhythmias, présenté par le Dr. Robert Sheldon (Université de Calgary) secondé par René Cardinal et Stanley Nattel (Université de Montréal) et Stuart Connolly (Université McMaster).

Un autre concours, celui du Programme d'ateliers et réseautage des trois Conseils, a pour but de stimuler la concertation entre des chercheurs subventionnés par le CRM, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, et le Conseil de recherches en sciences humaines. Parmi les treize projets approuvés, on en retrouve un dans le domaine cardiovasculaire.

- Canadian alliance for treating depression in acute coronary syndromes: development of the CAT-DAC working group, présenté par le Dr François Lespérance (Université McGill).

Les responsables de ces projets auront donc pour tâche de réunir, au cours des 12 mois à venir, les chercheurs et autres partenaires que ces projets intéressent. Ceux qui désirent apporter des éléments de réflexion utiles dans le cadre de ces projets ne doivent pas hésiter à communiquer avec ces chercheurs, puisqu'il s'agirait là d'une démarche tout à fait conforme à l'esprit de décloisonnement qui préside à l'avènement des ICRS.

Le Programme Perspectives-ICRS comportait une deuxième échéance (1^{er} novembre 1999), dont les résultats seront annoncés en février de l'an 2000. Nous espérons que ce deuxième concours nous apportera une fournée encore plus nombreuse de projets intéressant le domaine cardiovasculaire. Quant aux ICRS eux-mêmes, le gouvernement canadien en a officiellement annoncé la création dans le Discours du Trône (12 octobre 1999) inaugurant la prochaine session du Parlement canadien. C'est dans la section intitulée l'Infrastructure du savoir qu'est annoncé le dépôt du projet de loi permettant la création des ICRS.

Nous sommes au seuil d'une aventure passionnante visant à donner un nouvel essor aux recherches dans le domaine cardiovasculaire. Les programmes déjà proposés pour encourager la participation de tous les intéressés sont les bienvenus. Il faudrait, en fait, multiplier les occasions de participer à cet exercice de planification stratégique. On en redemande! 

Loi sur la tabac

La Loi sur le tabac a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 17 juin 1998. Cette loi vise deux grands objectifs : soit protéger la population contre les méfaits de la présence de la fumée de tabac dans l'air ambiant de lieux fermés et favoriser la prévention du tabagisme. On voit donc que c'est une loi qui a pour but de réduire le tabagisme et ses effets néfastes sur la santé.

La loi comprend trois catégories de mesures : celles ayant trait à la restriction de l'usage du tabac dans certains lieux, celles concernant la vente et l'accessibilité des produits du tabac et, finalement, celles visant la promotion de ces mêmes produits. De plus, la loi reconnaît au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'exiger la remise de rapports par les fabricants et les distributeurs de produits du tabac. Ce qui suit est un sommaire des principales mesures contenues dans la loi.

L'usage du tabac

Les mesures concernant l'usage du tabac entreront en vigueur le 17 décembre prochain. L'annonce d'une période de transition de 6 à 12 mois par le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, monsieur Gilles Baril, le 26 octobre dernier, n'affecte en rien l'entrée en vigueur de ces mesures. Cette période de transition ne vise qu'à réduire la pression sur les milieux concernés et, ainsi, à favoriser une application plus graduelle et plus harmonieuse de la loi. En ce qui a trait à l'usage du tabac, la loi repose sur le principe de base d'une interdiction de fumer dans les lieux fermés qui accueillent le public, dans les milieux de travail, voire dans certains lieux privés à usage collectif comme les aires communes d'immeubles comportant plus de 12 unités de logement.

La loi accorde, par ailleurs, des permissions de fumer dans ces lieux en autant que les conditions prescrites et les orientations signalées soient respectées. Ainsi, l'installation de fumoirs est acceptée sauf dans certains lieux consacrés à des activités destinées aux mineurs (écoles, maisons de jeunes, garderies,...). Ces fumoirs devront répondre à certaines normes : pièce fermée utilisée à cette seule fin, ventilation assurant une pression négative dans le fumoir et une évacuation de la fumée directement à l'extérieur du bâtiment. Des délais pour le respect des normes de ventilation sont accordés en ce qui concerne les fumoirs dans les milieux de travail : 18 mois pour les milieux de travail de 50 employés et plus et 48 mois pour les autres. Dans certains lieux (restaurants, hôtels, centres de congrès, centres commerciaux, salles de jeux, salles de spectacles de natures diverses, lieux psychiatriques et de soins de longue durée,...), il est permis de prévoir des aires, des places ou des chambres où il est possible de fumer. La proportion de ces lieux où on pourrait fumer ne peut dépasser 40 % des espaces disponibles; de plus, l'aménagement de ces lieux « fumeurs » doit se faire de la façon qui réduira le plus possible l'exposition, souvent présente dans de telles circonstances,

des non-fumeurs à la fumée de tabac. Une aire « fumeurs » dans un restaurant de 35 places et plus devra être fermée (porte non exigée) et ventilée comme doit l'être un fumoir; cette obligation ne s'appliquera cependant qu'à compter du 17 décembre 2009 sauf, à compter du 17 décembre 2001, pour les nouveaux restaurants et les restaurants qui subiront des rénovations majeures.

Finalement, il pourra être possible de fumer partout dans une salle de bingo (licence d'exploitant), un casino d'État, un lieu où les jeunes ne sont pas admis selon la Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques, un taxi et un véhicule de travail quand, dans ces deux derniers cas, tous les passagers y consentent.


La loi interpelle l'exploitant d'un lieu qu'elle vise. C'est lui qui décide de l'application des possibilités de fumer dans ce lieu dans la mesure où le permet la loi. Il doit indiquer au moyen d'affiches l'interdiction de fumer s'appliquant dans ce lieu. Finalement, il ne doit pas tolérer qu'on fume dans le lieu s'il est interdit de le faire.

La vente du tabac

À compter du 17 décembre prochain, la vente de tabac aux mineurs sera interdite par la loi québécoise. Toute vente devra se faire de main à main et par l'intervention d'un préposé dans le point de vente. Depuis octobre 1998, la loi interdit la vente de cigarettes en paquet de moins de 20 unités; toute vente de tabac est interdite sur les terrains et dans les installations des garderies, des écoles et des établissements de santé et de services sociaux. La vente par appareil distributeur est permise dans les bars, les tavernes, les brasseries et, si avec contrôle à distance, dans les restaurants ayant un permis d'alcool. Le 1^{er} octobre prochain, l'interdiction de vendre du tabac en pharmacie entrera en vigueur.

Promotion et la publicité

Depuis le 1^{er} octobre 1998, les activités de promotion des ventes (dons, concours, cadeaux,...), les nouvelles commandites associées à la promotion du tabac et les articles promotionnels associés aux produits du tabac sont interdits. Toute commandite associée à la promotion du tabac sera interdite à compter du 1^{er} octobre 2003. Les activités promotionnelles associées à des commandites existantes avant l'adoption de la loi devront être réduites conformément à la loi à compter du 1^{er} octobre 2000. La publicité du tabac devra se faire en respectant les balises précisées dans la loi; mentionnons notamment : au moins 90 % de la superficie du matériel publicitaire occupé par du texte seulement, diffusion dans des journaux et magazines écrits à fort lectorat adulte (85 %) et dans les points de vente de tabac, le matériel publicitaire ne pouvant être vu que de l'intérieur de ces lieux.

Dans chacun des domaines traités ci-haut, la Loi sur le tabac donne au gouvernement le pouvoir de définir différents règlements visant à supporter ou compléter les mesures comprises dans la loi. 

Sites Internet

Nous vous proposons une liste de sites Internet en santé cardiovasculaire.

Si vous connaissez d'autres sites intéressants, susceptibles d'intéresser l'ensemble des intervenants du domaine, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Bonne navigation!

SPORT, ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SANTÉ

Au Canada

Association canadienne pour l'avancement des femmes dans le sport :
<http://www.caaws.ca>

Fitness et active living (de Santé Canada) :
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness>

Ontario Physical and Health Education Association :
<http://www.ophea.org>

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse :
<http://www.cahperd.ca/>

Société canadienne de physiologie de l'exercice :
<http://www.csep.ca>

Vie Active :
<http://activeliving.ca/activeliving/vac.html>

La stratégie pour l'activité physique et la santé (par le Collège des médecins de familles du Canada) :
<http://www.cfpc.ca/physicalfr.htm>

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie :
<http://www.cflri.ca>

Au Québec

Ressources thématiques Kinanthropologie (UQAM) :
http://www.unites.uqam.ca/bib/thematique/sc_educ/kin_txt2.htm

Activité physique et santé :
<http://www.lebulletinregional.com/index10.html>

La marche, une bouffée d'oxygène :
<http://pages.infinit.net/fa/>

Activité physique Université de Sherbrooke :
<http://www.callisto.si.usherb.ca/~actphys>

Kino-Québec Région de Montréal :
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/kinopub.html>

Kino-Québec :
<http://www.kino-quebec.qc.ca>

Pour mieux vivre avec son stress :
<http://www.multimania.com/tipical/stress.html>

Aux États-Unis

American Alliance for health, physical education, recreation and dance :
<http://www.aahperd.org>

American Heart Association :
<http://www.americanheart.org>

Fitness Link :
<http://www.fitnesslink.com>

Physical activity and Health (report of the Surgeon General) :
<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>

Office of public health and science :
<http://www.os.dhhs.gov/progorg/ophs/pcpfs.htm>

Cooper Institute for Aerobic research :
<http://www.cooperinst.org>

National health information center :
<http://nhic-nt.health.org>

Physical activity and health network :
<http://www.pitt.edu/~pahnet/>

Autres

Organisation mondiale de la santé :
<http://www.who.int>

Cette liste, non exhaustive est proposée par Kino-Québec.



Revue de littérature

Observance

en hypertension

Les études épidémiologiques nous ont indiqué très clairement depuis de nombreuses années que l'hypertension artérielle est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires. Des études d'intervention randomisées et contrôlées nous ont aussi indiqué qu'une réduction adéquate de la tension artérielle est aussi associée à une réduction significative de ces mêmes accidents cardiovasculaires, principalement les accidents vasculaires cérébraux mais aussi les infarctus du myocarde.

Cependant, un traitement efficace implique que les patients prennent leur médication. Un des obstacles à la réduction de ces accidents vasculaires est un problème de non observance au traitement antihypertenseur. Les données obtenues au Canada sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle nous ont indiqué que seulement un faible pourcentage des patients hypertendus artériels au Canada avait un contrôle adéquat de leur tension artérielle. En effet, ces données nous ont indiqué que seulement 50% des patients avec hypertension artérielle connaissent leur niveau de tension artérielle et seulement 16% des patients avec hypertension artérielle connue avaient une tension artérielle normalisée. Parmi les problèmes ayant été identifiés comme explication d'un mauvais contrôle de la tension artérielle,

l'observance au traitement antihypertenseur semble être un facteur déterminant.

Différentes terminologies ont été utilisées pour définir l'attitude d'une personne en fonction de la prise de médication, du suivi de diète ou du changement du style de vie qui pourrait coïncider avec la prescription médicale ou le conseil de soins de santé. La terminologie utilisée a été compliance, persistance, observance ou adhérence au traitement. Le terme observance au traitement pourrait être utilisé pour bien définir cette attitude. L'observance devra inclure aussi la notion de persistance au traitement qui implique une notion de renouvellement de prescription sans tenir compte de l'intervalle entre ces prescriptions.

MÉTHODOLOGIE

Différentes méthodes ont été utilisées pour mesurer l'observance au traitement, mais la méthode de comparaison a toujours été le décompte de médicaments. Les techniques utilisées plus récemment, tel le MEMS (Medication Event Monitoring System), semblent nous donner une évaluation plus précise de la notion d'observance. Utilisant un système MEMS, on peut évaluer qu'environ un patient sur six est très ponctuel à une prescription, trois patients sur six vont commettre des

erreurs mineures sur l'intervalle entre les doses ou sur l'oubli d'une dose, alors qu'un patient sur six pourra oublier plus d'une dose régulièrement. Deux patients sur six vont prendre occasionnellement ce que l'on appelle un « drug holiday » ou une « vacance de leur médication » pour plus de trois jours. Cette vacance de médication soulève le problème de la période durant laquelle un effet rebond peut survenir avec certains médicaments antihypertenseurs; cet effet rebond pourrait survenir avec les médicaments du système nerveux central, certains bêta-bloqueurs et à l'opposé, un effet de première dose, lors de leur réadministration par les alpha-bloqueurs.

Le taux d'observance aux médicaments antihypertenseurs est difficile à évaluer. La fréquence d'administration du médicament est un facteur puisque différentes études ont indiqué que la fidélité à une médication une ou deux fois par jour est d'environ 70% et tombe à 50% ou moins à trois fois par jour (Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing : a literature review. Clin Ther 1984; 6 : 592-599). L'observance générale aux médicaments antihypertenseurs est d'environ 40 à 50%. Une étude récente en Saskatchewan faite par Caro et al, a indiqué que les résidents couverts par le plan provincial d'assurance-santé entre 1989 et 1994 avaient une observance à une médication antihypertensive

(persistance) pour les nouveaux hypertendus de 78% à un an et de 46% à cinq ans. Cette persistance était cependant de 82% pour les patients déjà diagnostiqués. Le choix d'une médication antihypertensive a aussi influencé l'observance au traitement puisque utilisant les diurétiques comme médicaments de référence, le rapport de cote de continuer un bêta-bloqueur était de 1,25 (1,12 à 1,39), 1,51 pour un

ajouter que dans l'étude SHEP, les patients avec un placebo qui ont une meilleure observance à leur placebo ont eu un meilleur contrôle de leur tension artérielle, indiquant donc un phénomène plus complexe que le simple fait de prendre sa médication.

Différentes raisons ont été émises pour expliquer ce problème de persistance ou d'observance au traitement :

aussi bien vers les patients avec hypertension artérielle que vers les intervenants dans le milieu de la santé. La perception que l'hypertension artérielle est une maladie qui est contrôlée semble être malheureusement répandue. Dans une étude évaluant l'impact mondial sur la morbidité, l'hypertension artérielle demeure la troisième cause de mortalité au niveau mondial selon une étude intitulée «Global Burden of Disease.» L'hyper-

FACTEURS QUI INFLUENCENT L'OBSERVANCE

Favorablement

- *Asymptomatique*
- *Homme, jeune*
- *Niveau de tension artérielle plus bas*
- *Absence de complication immédiate*
- *Revenu élevé*
- *Bénéfice*
- *Niveau élevé d'éducation*

Défavorablement

- *Traitement chronique*
- *Traitement complexe*
- *Dosage inapproprié*
- *Instructions verbales imprécises*
- *Absence de participation*
- *Absence de suivi*
- *Réactions indésirables*
- *Réduction rapide de la tension artérielle*
- *Coût élevé*

bloquant des canaux calciques (1,36 à 1,69) et 1,92 pour un inhibiteur de l'enzyme de conversion (1,76 à 2,09). Des chiffres identiques de persistance au traitement ont été rapportés dans des études américaines de programme de Medicaid dans le New Jersey et en Pennsylvanie. Une seule étude publiée a rapporté des chiffres avec les nouveaux bloquants des récepteurs AT1 et semble indiquer qu'il y aurait une persistance supérieure pour ce groupe d'agents mais des études contrôlées devront être faites pour confirmer ces données préliminaires.

On peut démontrer de plus qu'il existe une relation entre l'observance au traitement et le contrôle de la tension artérielle. Les patients ayant une meilleure observance à leur traitement auront un meilleur contrôle de leur tension artérielle, ce qui confirme une impression générale. On peut même

Différentes recommandations ont été faites de plus pour augmenter cette observance :

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE

- *Prise de conscience*
- *Information aux patients*
- *Éducation des intervenants*
- *Objectifs de traitement*
- *Prescriptions faciles à suivre*
- *Anticipation de réactions indésirables*
- *Rapport Coût/bénéfice approprié*
- *Suivi fréquent*

Les principales interventions qui pourraient être faites supposent une collaboration entre différents intervenants, soit pharmaciens, infirmières spécialisées, médecins et aussi un changement de perception pour certains patients. L'information devra être mieux diffusée et les campagnes de publicité ou d'information devront être dirigées

Les techniques utilisées plus récemment, tel le MEMS (Medication Event Monitoring System), semblent nous donner une évaluation plus précise de la notion d'observance.

tension demeure une maladie silencieuse avec peu de symptômes pour laquelle nous avons certains outils de traitement. Les campagnes d'information devront être reprises année après année si nous voulons obtenir un meilleur contrôle de la tension artérielle et une réduction plus importante de la maladie cardiovasculaire. ^{AC}

Projet d'intervention *Prévention et nutrition :* Au cœur d'une région

La région du Saguenay Lac-St-Jean, est située à 200 km au Nord-Est de la ville de Québec. Si cette région est devenue célèbre pour ses bleuets et son déluge, elle détient également un record québécois peu enviable; celui des décès par MCV. Au Saguenay Lac-St-Jean, la prévalence d'hypercholestérolémie familiale et d'autres dyslipidémies familiales y est six fois plus élevée en comparaison avec d'autres populations⁽¹⁾.

Pour contrer ce problème, depuis 1993, la Clinique régionale des maladies lipidiques et le Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies, le diabète et l'athérosclérose du Complexe hospitalier de la Sagamie a développé une stratégie pluridisciplinaire de dépistage, de prévention et d'intervention sur les facteurs de risque contrôlables pour les familles des sujets coronariens atteints de dyslipidémies familiales⁽¹⁾. Le modèle opérationnel de la Clinique comporte de nombreux volets tels une fonction clinique, recherche et santé publique. Dans tous les programmes, l'approche familiale étendue est valorisée de manière à favoriser une meilleure évaluation du risque et à cibler les actions⁽¹⁾. Par le biais familial, un rayonnement communautaire est favorisé et interpelle plusieurs milieux: la famille, les écoles, les supermarchés, les restaurants, les industries et les médias. Les programmes préventifs en nutrition ont été développés à partir de cette stratégie d'action.

Évaluation individuelle et enseignement de groupe en nutrition

Les enseignements de groupe en nutrition sont offerts aux patients de la Clinique depuis 1994. Au préalable, tous les patients sont évalués individuellement par l'équipe multidisciplinaire (médecin,

infirmière et diététiste). La rencontre avec la diététiste comporte une évaluation en nutrition dans le but d'identifier les habitudes alimentaires à modifier.

Par la suite, des conseils en nutrition sont donnés en groupe. Cet enseignement d'une durée de deux heures est personnalisé et tient compte de la diversité des besoins de chaque patient. Les objectifs de ce mode interactif d'éducation sont d'améliorer les connaissances en nutrition des gens à risque. À l'aide d'une rencontre comportant un contenu théorique et des activités pratiques, on explique l'équilibre alimentaire, les différents types de matières grasses et l'identification du contenu en gras des groupes d'aliments. De plus, cette formation sensibilise les participants aux facteurs de risque des MCV et démystifie les différents paramètres du bilan lipidique. Un guide « Habitudes alimentaires et santé du cœur » résume l'information donnée en groupe et identifie les habitudes alimentaires personnelles à modifier. Les patients accompagnés de leur conjoint ou conjointe, assistent à une seule séance et un suivi individuel est offert.

Visite au supermarché

Une activité complémentaire à l'enseignement de groupe a été implantée en 1995 : les visites guidées au supermarché. Cette visite mensuelle d'une durée d'une heure est animée par une diététiste. Il s'agit d'un outil d'intervention qui, dans le contexte de la Clinique des maladies lipidiques, est ciblé pour des personnes partageant un même facteur de risque (la dyslipidémie) ou un même milieu de vie (la famille). Cette activité représente « un atout pratique » pour aider les gens à mieux s'alimenter. Par le caractère interactif de ces visites, la diététiste peut transmettre des messages tant sur la valeur

nutritionnelle que sur les habitudes alimentaires⁽²⁾.

Réseau régional de Cliniques de prévention des MCV

Le Réseau régional de cliniques de prévention des MCV au Saguenay Lac-St-Jean a été lancé officiellement en février 1999 par l'ouverture simultanée de sept cliniques dans la région. Ce projet a été mis sur pied par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux en association avec la Clinique régionale des maladies lipidiques.

Ce réseau vise à offrir des services de prévention secondaire à une clientèle coronarienne et vasculaire. Ses activités consistent en l'identification des facteurs de risque et à son enseignement au patient en vue de sa propre prise en charge.

Une infirmière et une diététiste dispensent ce programme, en collaboration avec le médecin traitant. L'approche en nutrition développée à la Clinique régionale des maladies lipidiques a été implantée dans tout le réseau; on y retrouve l'évaluation individuelle, l'enseignement de groupe en nutrition ainsi que des outils d'éducation uniformisés. Nous profiterons de cette approche d'intervention nutritionnelle pour évaluer les effets de celle-ci dans un contexte de prévention secondaire.

D'autres projets sont en voie de réalisation comme les enseignements de groupe pour adolescents ainsi que les cours de cuisine « cœur atout » de la Fondation des maladies du cœur.

Ces interventions nutritionnelles ciblées auprès des groupes familiaux à risque contribuent au maintien de leur qualité de vie en favorisant une attitude préventive. Démystifier les fausses croyances, aider le consommateur dans ses choix alimentaires, ramener à sa juste valeur l'impact de l'alimentation sont autant de petits détails qui font la différence dans la prévention des maladies cardiovasculaires. **AC**

10 Les actualités du cœur • Automne 1999
Bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

1- Gaudet D, Tremblay G, Perron P, Gagné C, Ouadahi Y et Moorjani S. L'hypercholestérolémie familiale dans l'Est du Québec : un problème de santé publique ? L'Union médicale du Canada, 1995; 124 54-60.
2- L'information sur la santé cardiovasculaire au supermarché. Au cœur du sujet. Juin 1995; 2 : 1-4. Bureau d'information Beceel sur la santé cardiaque.

Rappel

Venez visiter le site Internet du Forum, le nombre de visiteurs atteint 5 000 depuis son ouverture.

Surveillez les changements! Prochainement de nouveaux thèmes de discussion seront présentés!

Contribuant à favoriser les échanges sur des sujets d'intérêts en santé du cœur et ainsi assurer un discours évolutif, trois thèmes de discussion vous sont proposés. Chaque groupe présenté sur le site Internet du Forum, est animé par un maître de discussion.

L'accès rapide à la défibrillation

Maître de discussion : Dr Franck Molin

QUESTION : Pensez-vous qu'il devrait y avoir des défibrillateurs dans toutes les ambulances et dans les endroits publics ?

Le tabagisme

Maître de discussion : Dr Marcel Boulanger

QUESTION : Au Canada, il existe autant d'ex-fumeurs que de fumeurs : l'industrie conclut que fumer est une habitude que l'on peut cesser en tout temps, il n'y a qu'à le vouloir vraiment. Qu'en pensez-vous?


La méthode Montignac est-elle valable?

Maître de discussion : Nicole Leboeuf Dt.P M.Sc

QUESTION : Selon vous cette méthode est-elle valable?

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires

Site Internet du Forum :
<http://WWW.FORUM.SCV.QC.CA>

Si vous n'avez pas accès à l'Internet, vous pouvez transmettre vos commentaires par courrier électronique : Rocque@crhsc.umontreal.ca ou par télécopieur au : (514) 338-2694. 

Nouvelles de la fondation

La Fondation rend hommage à quatre chercheurs québécois

À Montréal, le 13 octobre dernier, étaient décernés les prix d'excellence en recherche de la Fondation pour l'année 1999-2000. Deux prix sont décernés par la Fondation des maladies du cœur du Québec, soit le Prix John J. Day et le Prix Jonathan-Ballon. Quant à la Bourse McDonald, elle est décernée par la Fondation des maladies du cœur du Canada.

Les récipiendaires de ces prix sont :

Bourse de recherche McDonald : Dr Éric Thorin

La Bourse de recherche McDonald est décernée chaque année par la Fondation des maladies du cœur du Canada au jeune chercheur canadien dont le projet a reçu la plus haute évaluation au niveau national. Cette année, c'est au Dr Éric Thorin que revient cette distinction honorifique, pour son projet de recherche portant sur l'influence des changements de couplages récepteurs / protéines G sur la fonction endothéliale vasculaire.

25^e Prix Jonathan-Ballon : Dr Suzanne Demczuk

La Fondation des maladies du cœur du Québec décerne le Prix Jonathan-Ballon au Dr Suzanne Demczuk, pour ses travaux de recherche portant sur la microdélétion 22q11, aussi connue sous le nom de syndrome DiGeorge.

1^{er} Prix John J. Day : Dr Rhoda Blostein

Le Prix John J. Day est remis pour la première fois cette année. Instauré suite à un don de la succession du Dr John J. Day et destiné prioritairement aux chercheurs de l'Université McGill oeuvrant dans le domaine des maladies cardiovasculaires. C'est au Dr Rhoda Blostein qu'a été remis le 1^{er} Prix John J. Day, pour ses travaux sur la nature et les fonctions des membranes des

cellules et, plus particulièrement, sur l'enzyme Na,K-ATPase, secteur de recherche où elle fait figure de pionnière.

2^e Prix John J. Day : Dr Suzanne Demczuk

Dr Suzanne Demczuk, également lauréate du Prix Jonathan-Ballon 1999, est la récipiendaire du 2^e Prix John J. Day. Elle voit donc ses travaux de recherche en cytogénétique moléculaire doublement récompensés.

3^e Prix John J. Day : Dr Ronald Schondorf

Le 3^e Prix John J. Day 1999 a quant à lui été décerné au Dr Ronald Schondorf, qui a choisi d'entreprendre et de valider une recherche, sans le support d'un modèle animal, afin d'étudier les manifestations de l'intolérance orthostatique, en particulier la syncope vaso-vagale, un symptôme patent chez trois pour cent des personnes qui se présentent à l'urgence des centres hospitaliers.

Venez visiter notre site Internet à la rubrique « babillard » pour de plus amples informations sur ces chercheurs :
www.forumscv.qc.ca

Un nouveau Prix dès l'an 2000

Dès l'an 2000, la Fondation des maladies du cœur du Québec instaurera le Prix d'excellence de la 4^{ème} Conférence internationale de cardiologie préventive (CICP). Cette subvention de recherche, rendue possible grâce au fonds de dotation nominatif généré par les retombées économiques de cette conférence, tenue à Montréal en 1997, sera accordée au chercheur dont la demande de subvention touchant le domaine de la cardiologie préventive aura obtenu la plus haute évaluation, en vertu des critères établis par les deux organismes.

Colloques à venir

9-11 décembre 1999

30th Heart & Stroke Clinical Update
Toronto, Canada
Tél. : 1 (877) 387-3283

13-16 janvier 2000

*New Era Cardiac Care 2000 :
Innovation and Technology*
San Diego, États-Unis
Tél. : (760) 751-8841
Courriel : newera@amainc.com

27-30 janvier 2000

*Scientific Conference on Existing
Database: Do they hold the
Answers to Clinical Questions in
Geriatric Cardiovascular Disease and
Stroke ?*
*American Heart Association's Councils
on Clinical Cardiology Committee on
Cardiovascular Disease in the Elderly,
Cardiothoracic and Vascular Surgery,
and Cardiovascular Nursing*
Washington, DC
Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/confsch.html>

31 janvier-2 février 2000

*19th Annual Cardiovascular
Conference at Snowshoe*
Snowshoe, États-Unis
Tél : (301) 897-5400
Télééc. : (301) 897-9745

10-12 février 2000

*20th Annual San Diego Cardiothoracic
Surgery Symposium*
San Diego, États-Unis
Tél : (619) 541-1444
Courriel : cref@amainc.com

10-12 février 2000

*25th International Stroke Conference
Stroke Council of the American Stroke
Association*
New Orleans LA
Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/confsch.html>

20-24 février 2000

*7th World Congress of Cardiac
Rehabilitation and Secondary Prevention*
Manila Philippines
Télééc. : +632 817 7393

27 février - 3 mars 2000

*Intervention moderne sur la maladie
cardiovasculaire*
Château Mont Sainte-Anne
Québec
Tél : (418) 656-5958
Courriel : fmc@fmc.ulaval.ca
Site Internet : <http://www.fmc.ulaval.ca>

1-4 mars 2000

*40th Annual Conference on
Cardiovascular Disease
Epidemiology and Prevention
American Heart Association's Council on
Epidemiology and Prevention*
San Diego, CA
Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/confsch.html>

3-5 mars 2000

*L.J. Filer, Jr. Third International
Conference on Cardiovascular
Disease in the young
American Heart Association's Councils*
San Diego, CA
Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/confsch.html>

7-11 mars 2000

*Heart and Brain -
5th International Conference on Stroke,
2nd Conference of the
Medical Stroke Society*
Tel-Aviv, Israël
Tél : 972 3 514 0014

12-15 mars 2000

*49th Annual Scientific sessions,
American College of Cardiology*
Anaheim, CA USA
Site Internet : <http://www.acc.org>

9-11 avril, 2000

*2nd Scientific Forum on Quality
of care and Outcomes
Research in Cardiovascular
Disease and Stroke
American Heart Association
et American College of Cardiology*
Washington, DC
Télééc. : (214) 706-5262

Avis aux lecteurs : Si vous planifiez un congrès ou un colloque en lien avec les MCV, au Québec, informez-nous et nous serons heureux de l'annoncer dans le bulletin du Forum.

COMITÉ DE RÉDACTION:

Alain Vanasse M.D. FCMF, Rédacteur en chef
Département de médecine de famille, Faculté de médecine,
Université de Sherbrooke, CUSE
Lilianne Bertrand, Fondation des maladies du coeur du Québec
Diane Boudreault, Kino-Québec
Francine Forget Marin, Forum québécois des intervenants en santé
cardiovasculaire

Dépot légal: 3^e trimestre 1999
Bibliothèque Nationale du Canada

Bibliothèque Nationale du Québec
ISSN: 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro: le 10 janvier 2000

Faites parvenir vos textes à Mme Francine Forget Marin
Télééc.: (514) 871-5342 ou courriel : fmarin@fmcoeur.qc.ca

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 ni celle de la Fondation des maladies du coeur du Québec.

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



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST

Parke-Davis

Eli Lilly

AstraZeneca