



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 5, numéro 1
Hiver 2000

Dans ce numéro

- Nouvelles du Forump.1
- Rapport scientifique :
Diabète et MCV p.1
- Le développement et le financement
de la recherche au Canada :
une nouvelle façon de fairep.2
- Accessibilité des services
d'abandon du tabagismep.4
- La Loi sur le tabac
intéresse les employeursp.5
- Enquête sociale et de santé auprès
des enfants et des adolescents
québécois (Santé Québec)p.6

Pages des partenaires

1. L'obésité :
Un problème de taillep.7
2. Une nouvelle façon de voir
le lien entre l'activité physique
et la santé.....p.9

Informations à partager

1. Sites Internet : Obésité / SCVp.11
2. Colloques à venir.....p.12
3. Nouvelles de la FMCOp.12

La Mission

La mission du bulletin vise à diffuser les connaissances les plus récentes, permettre la discussion et l'échange d'information sur les différents champs d'intervention en prévention vasculaire cérébrale et cardiaque et ce, auprès des médecins et autres professionnels de la santé du Québec.



Avec le souci d'enrayer les effets néfastes du tabac sur la santé de la population, le Comité de gestion du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire appuie fortement la mise en application de la loi québécoise sur le tabac, qui a pris effet le 17 décembre 1999.

Rappelons quelques faits concernant la problématique du tabagisme :

- D'un point de vue biologique, la consommation du tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont nocifs pour la santé particulièrement en raison de ses effets inflammatoires au niveau de l'appareil respiratoire et de ses effets athérogéniques, pro-arythmiques sur le cœur (mort subite) et cancérogènes (poumon, vessie, etc.). Le tabac est également une puissante drogue et crée une dépendance.
- D'un point de vue sociologique,

rappelons qu'une proportion importante de la population du Québec fume, que la majorité des fumeurs sont conscients des effets néfastes de la cigarette et qu'une majorité de ceux-ci ont déjà tenté de cesser de fumer. Rappelons également que l'industrie du tabac est très lucrative et que plusieurs emplois en découlent. On peut donc conclure que le tabac représente un problème complexe dans notre société.

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

Venez consulter le site Internet du Forum: www.forumscv.qc.ca où vous retrouvez les prises de position du Forum à la rubrique « Prise de position ». **AC**

RAPPORT SCIENTIFIQUE

Diabète et Maladie cardiovasculaire Résumé du Rapport scientifique de l'American Heart Association (AHA)

L'American Heart Association a publié son rapport dans la revue *Circulation* du 7 septembre 1999, vol. 100 no.10, p. 1132 à 1146. Vous pouvez lire le rapport en consultant le site Internet suivant : <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/100/10/1134>

Ce rapport examine les complications du diabète et considère les moyens de les prévenir. Ces complications sont les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies artérielles périphériques, la néphropathie, la rétinopathie et possiblement la neuropathie et la cardiomyopathie.

En raison du vieillissement de la population et d'une augmentation de la prévalence de

l'obésité et de la sédentarité aux États-Unis, la prévalence du diabète augmente. Conséquemment, le diabète doit être considéré comme les autres facteurs de risque majeurs, comme cause importante des maladies cardiovasculaires. En fait, en terme de niveau de risque, il peut être approprié de dire que « le diabète est une maladie cardiovasculaire ».

suite p.2 ►


* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

suite...

Le diabète comme un facteur de risque majeur

Ce rapport s'appuie sur un large éventail de données épidémiologiques et pathologiques pour affirmer que le diabète est un facteur de risque indépendant des MCV chez les hommes et les femmes. Les femmes diabétiques semblent perdre leur protection inhérente contre le développement des MCV. Les MCV sont la cause de décès chez 65% des diabétiques. Enfin, lorsque les diabétiques développent une MCV clinique, leur pronostic de survie est pire que les patients non diabétiques souffrant de maladie cardiovasculaire.

Ces considérations ont convaincu l'AHA de reconnaître le diabète comme un facteur de risque majeur de MCV.

Cette reconnaissance formelle engage l'AHA à mettre l'emphase sur le diabète, comme facteur de risque majeur, dans ses programmes scientifiques et éducationnels. Ce rapport fournit l'analyse scientifique qui a supporté cette décision. 



Financement de la recherche

Dr Pierre L. Pagé, MD
Président du Comité scientifique FMCQ

Le développement et le financement de la recherche au Canada : une nouvelle façon de faire

En 1998, un groupe de travail formé de chefs de file parmi les chercheurs du Canada, dans le domaine de la santé, a été mis sur pied par le Conseil de recherches médicales du Canada (CRM). Ce groupe représentait tout le spectre des intérêts en recherche et de ses sources de financement. Après avoir identifié les moyens de consolider, de développer et de renforcer tout le secteur de la recherche en santé au Canada, le groupe a recommandé la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les IRSC se veulent un système intégré d'instituts thématiques qui serait mieux positionné pour répondre aux défis du 21^e siècle en matière de recherche en santé. Le gouvernement fédéral a, par la suite, reconnu l'importance de la recherche en santé pour les Canadiens et Canadiennes et réagit en annonçant d'importants investissements en recherche canalisés par les organismes fédéraux existants. Le concept des IRSC, basé sur les conseils des leaders du milieu de la recherche, offrira un cadre moderne de financement et de coordination de la recherche permettant une meilleure intégration de la base de recherche universitaire, des centres de recherche, des hôpitaux d'enseignement, des initiatives gouvernementales provinciales et fédérales en matière de recherche en santé, de l'industrie et du secteur bénévole.

Dans son budget de 1999, le gouvernement fédéral s'engageait à créer les IRSC et annonçait une augmentation significative des investissements en recherche pouvant doubler, allant jusqu'à 500 MS en 2002. Le projet de loi C-113 est passé en seconde lecture en novembre dernier et il devrait être entériné officiellement en février, à la reprise de la session parlementaire de la chambre des communes.

Un conseil d'administration provisoire (CAP), composé de 34 personnes éminemment qualifiées et recrutées parmi des cliniciens, des chercheurs, des universitaires, de représentants des organismes bénévoles, du secteur privé et des organismes gouvernementaux, a travaillé au développement du concept des IRSC et à leur mise en place. Le processus de recrutement du nouveau conseil d'administration permanent est en cours, et l'organisme, qui remplacera le Conseil de recherches médicales du Canada et le Programme national de recherche et développement en santé, commencera officiellement ses activités le 1^{er} avril 2000. Le 14 janvier dernier, le CAP a reçu plus de 70 propositions de listes possibles d'instituts pour les IRSC. Un sous-comité du CAP a été formé pour étudier ces propositions.

Tous ces développements et les dates annoncées, malgré la transparence du processus, l'enthousiasme des participants et l'attrait de l'accroissement du financement de la recherche, génèrent de grandes inquiétudes dans le milieu de la recherche. Mentionnons tout d'abord que l'acheminement des demandes de subvention pour l'année 2000 se fera encore vers les organismes existants comme le Conseil de recherches médicales du Canada et la Fondation des maladies du cœur. En effet, le CRM assurera l'intérim des IRSC au cours de la transition vers la nouvelle structure. Le deuxième principal élément d'inquiétude réside dans l'incertitude sur le niveau de financement de la recherche indépendante. Il faut comprendre que le but de tout cet exercice est de doubler le niveau de financement en recherche. Le domaine cardiovasculaire n'échappera pas à l'ajout de ces nouvelles ressources. La Fondation des maladies du cœur du Canada

assure son rôle de leader dans ce domaine en se faisant le porte-parole de la communauté scientifique cardio et cérébro-vasculaire, tant dans l'élaboration de la nouvelle structure que dans la mise en place de partenariats pour plusieurs programmes de recherche. La troisième grande question posée par plusieurs chercheurs est l'indépendance de ce nouvel organisme devant l'influence politique. Ce qu'il y a de plus nouveau dans le futur système est la place privilégiée donnée aux scientifiques de tous les niveaux et de toutes les disciplines pour défendre leur vision dans des comités aviseurs sur l'élaboration des politiques de recherche et la préservation en première priorité, du système de revue par les pairs dans l'attribution des fonds de recherche. Ces comités aviseurs existeront dans chacun des instituts et seront composés en majorité de scientifiques reconnus pour

- Le fonds sera établi à partir de 2001. Chaque province contribuera à 50% des fonds dédiés à la recherche tels que définis pendant l'année financière 1999.
- La contribution des partenaires provinciaux s'échelonnera sur une période de trois ans, dans le but de préserver leurs engagements envers les projets de recherche en cours.
- Les programmes de recherche subventionnés par ce partenariat observeront la mission de la Fondation.
- La transparence devant les donateurs de la Fondation sera assurée.
- Le partenariat assurera un retour d'un minimum de un dollar par dollar investi.
- Aucune province ne sera financièrement

de ce montant global. Ce dernier pourrait être encore plus important car le calcul actuel ne tient pas compte de la croissance possible des investissements en recherche faits par la Fondation au cours des prochaines années.

Pour voir à la mise en place du Fonds national de recherche, la FMCC a formé un comité «Ad Hoc» sur lequel siège le président du comité scientifique de la Fondation des maladies du cœur du Québec. De plus, pour assurer un regard global sur l'évolution de son approche au financement de la recherche à plus long terme, la FMCC devra refondre le «MAC» (Medical Advisory Committee) pour en faire son «Research Policy Advisory Committee», sur lequel siègera un ou plusieurs représentants du Québec. Finalement, la FMCC exercera son leadership dans la formation de l'institut de recherche « cardio et cérébro-vasculaire ». Elle soumettra prochainement un document au CAP des IRSC lui suggérant un modèle d'institut. Ce modèle devrait regrouper toutes les disciplines de recherche qui concernent les troubles de la circulation du sang, tant au niveau du cœur que du rein, du poumon et du cerveau, l'hypertension artérielle, les troubles de coagulation et des lipides sanguins. Ces aspects seront couverts aussi au niveau des quatre grandes méthodes de recherche, soit la recherche biomédicale, la recherche clinique, la recherche sur les services de santé et la recherche en santé des populations. Pour accomplir cette importante tâche, la FMCC a tenu en janvier un atelier avec les principaux intervenants de la recherche cardio et cérébro-vasculaire. Les informations recueillies dans cet atelier serviront de base à l'élaboration de la proposition de modèle d'institut.

Le but de la Fondation est de voir doubler le financement de la recherche cardio et cérébro-vasculaire au Canada

leur leadership dans le milieu de la recherche. Chaque institut sera en fait dirigé par un directeur scientifique qui sera conseillé par le comité aviseur de recherche, lui-même présidé par un scientifique.

La Fondation des maladies du cœur (FMCC) et les Instituts de recherche en santé du Canada

Dans son plan stratégique élaboré depuis 1992, la FMCC et le RIOWG (Research Issues and Options Working Group) ont reconnu dans leurs priorités de devoir appuyer la meilleure recherche, sans égard à sa région d'origine. Il fut donc recommandé de créer le «National Research Fund» qui servirait à financer la recherche la plus méritoire partout au Canada, sans limitation de contraintes régionales en termes de ressources. C'est ce fonds national qui sera utilisé pour établir un partenariat avec les IRSC. Des critères très stricts ont été élaborés pour permettre à la Fondation de maximiser les retombées de ce partenariat. Ces paramètres sont les suivants :

perdante d'après sa contribution au fonds en comparaison du montant des subventions alloué dans son territoire. Si tel était le cas, un mécanisme de remboursement de la différence est prévu.

- La Fondation appuie les efforts de rationalisation du processus de révision par les pairs.
- La Fondation appuie le principe de subventions inter-provinciales.

Le but de la Fondation est de voir doubler le financement de la recherche cardio et cérébro-vasculaire au Canada. Elle remet actuellement un montant d'environ 50 M\$ en recherche, par des programmes de subventions et par le programme national de boursiers. Par ailleurs, le CRM investit en dollars de 1997 un montant d'environ 25 M\$, pour un total de 75 M\$ en recherche cardio et cérébro-vasculaire. Ce montant global sera de 150 M\$ d'ici l'an 2004. En contribuant sa part de 25 M\$, la FMCC générera donc 50 M\$

En conclusion, avec l'avènement des IRSC et du partenariat probable qui sera établi avec la Fondation des maladies du cœur, les chercheurs québécois pourront compter non seulement sur un accroissement significatif des ressources de recherche, mais aussi sur une structure fiable qui devrait leur permettre de faire face aux nouveaux défis du 21^e siècle. AC

Accessibilité des services d'abandon du tabagisme vers des orientations ministérielles

Cet article a pour but d'informer les intervenants en santé du cœur des démarches entreprises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de se doter d'orientations en matière d'accessibilité aux services¹ de support à l'arrêt tabagique.

LE TABAGISME : UNE PRIORITÉ DU MSSS

Depuis 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait de la lutte au tabagisme une priorité d'intervention afin d'améliorer la santé de la population. Ainsi, plusieurs documents ont vu le jour afin de cerner les interventions à mettre de l'avant pour prévenir le tabagisme, favoriser la cessation et protéger la santé des non-fumeurs : le Plan d'action de lutte au tabagisme (1994), les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (1997), le Programme québécois de lutte contre le cancer (1997) et la Loi sur le tabac (1998).

C'est dans cette continuité que la Direction générale de la santé publique du MSSS désire se doter d'orientations quant aux moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'atteinte des résultats visés par les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (P.N.S.P. 1997-2002). Ces orientations permettront de guider la mise en œuvre des actions et favoriser la complémentarité entre les instances nationales, régionales et locales.

ORIENTATIONS EN CESSATION ET P.N.S.P. 1997-2002

Les orientations en cessation du

tabagisme permettront au MSSS et à son réseau de coordonner leurs efforts afin de favoriser l'atteinte des résultats spécifiques attendus par les P.N.S.P 1997-2002, à savoir :

1. Pour 2002, réduire les taux de tabagisme

- Chez les garçons du secondaire de 22 % (pourcentage de 1994) à 13 % ;
- Chez les filles du secondaire de 36 % (pourcentage de 1994) à 20 % ;
- Chez les adultes de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %.

2. Rendre accessibles à la population, dans toutes les régions du Québec, des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme et que la promotion de ces programmes soit assurée.

LES SERVICES ÉTUDIÉS

Les mesures qui sont étudiées par le groupe de travail sont de deux ordres : les mesures axées sur le comportement et celles axées sur l'environnement du fumeur.

Parmi les mesures qui visent principalement le comportement, le groupe de travail étudie notamment :

- les services d'information et de référence ;
- le dépistage, le «counselling» et l'intervention motivationnelle par les professionnels de la santé ;
- les thérapies de sevrage à la nicotine (gomme, timbre et bupropion) ;
- le «counselling» intensif (individuel, téléphonique et de groupe) ;
- le matériel autodidacte (auto-dirigé) ;
- le site Internet ;
- les approches de masse.

Concernant les mesures axées sur l'environnement, le groupe se penche sur :

- la politique fiscale ;
- le financement des thérapies de sevrage de la nicotine ;
- l'accessibilité à des lieux publics et des milieux de travail où il est interdit de fumer.

SOURCES DE DONNÉES

Les données relatives à l'importance et à la faisabilité des services ont été extrapolées à partir des résultats de plus de cinquante études publiées dans des revues scientifiques reconnues. Le groupe de travail s'inspire fortement de «Smoking Cessation» publié par l'«Agency for Health Care Policy and Research» (AHCPR) et les «Centers For Disease Control (CDC) and Prevention» (1996). À la fin de 1993, ces deux organismes unissaient leurs efforts pour élaborer les premières lignes directrices cliniques américaines concernant l'abandon du tabac. À cette époque, un comité formé de dix-neuf experts reconnus dans le domaine a développé et supervisé tout le processus ayant mené à la publication, en 1996, de recommandations spécifiques à la cessation du tabagisme, basées sur la qualité des preuves (evidence-based).

CONCLUSION

Le tabagisme est le problème de santé publique numéro 1 au Canada et au Québec. Pour infléchir la propagation de l'«épidémie», nos interventions devront être de mieux en mieux intégrées et coordonnées entre les niveaux nationaux, régionaux et locaux. La mobilisation des ressources de l'ensemble des acteurs publics et privés sera essentielle à la mise en œuvre des actions qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis. **AC**

4 Les actualités du cœur • Hiver 2000
Bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

¹ Afin d'alléger le texte, nous incluons sous le vocale «services», l'ensemble des mesures des interventions et des services à l'étude.

La Loi sur le tabac intéresse les employeurs

Les employeurs composent désormais avec une nouvelle réalité dans la gestion de leurs ressources humaines : l'interdiction de fumer sur les lieux de travail. Plus de 2000 employeurs québécois ont manifesté leur intérêt à appliquer les prescriptions de la nouvelle Loi sur le tabac en participant, l'automne dernier, à des sessions d'information ou de formation.

Depuis l'adoption de la Loi sur le tabac en juin 1998, une vingtaine de conférences de ce type se sont déroulées à Joliette, Rouyn-Noranda, Laval, Longueuil, Trois-Rivières, Rimouski, Rivière-du-Loup, Coaticook, Plessisville, Drummondville, Saint-Eustache et Mirabel. Elles ont été organisées par des associations professionnelles, des chambres de commerce, en collaboration avec les Directions régionales de santé publique (voir l'expérience du Bas Saint-Laurent ci-contre) ou la Société canadienne du cancer. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a été invité à présenter la loi dans la plupart de ces activités.

Pour sa part, le Conseil québécois sur le tabac et la santé, en collaboration avec la compagnie Glaxo Wellcome, a présenté des sessions d'information pour aider les employeurs dans l'implantation de l'interdiction de fumer et a publié un guide complémentaire. Environ 550 entreprises ont participé à l'un des déjeuners-conférences donnés du 13 au 15 octobre dernier, à Montréal, à Québec ou à Sherbrooke.

Préoccupations des employeurs

C'est avec beaucoup d'intérêt que les employeurs ont participé à ces programmes et les demandes pour d'autres conférences continuent d'affluer tant au Conseil québécois sur le tabac et la santé, qu'au ministère de la Santé. Comme on le sait, la Loi sur le tabac confie aux «exploitants» la responsabilité d'afficher l'interdiction de fumer et de la faire respecter et tout laisse croire que les gestionnaires de ces entreprises prennent leur rôle au sérieux.

Dans les conférences, les employeurs ont posé beaucoup de questions sur l'application des articles de loi dans le contexte spécifique à leur entreprise. Par exemple : « Est-ce qu'une salle à café peut devenir un fumoir ? »


D'autre part, les employeurs sont surtout inquiets du climat de travail pouvant découler de cette nouvelle

règle et se demandent s'ils vont réussir à la faire respecter. Ils veulent éviter les conflits opposant les fumeurs et les non-fumeurs. Ils craignent parfois une baisse de productivité due aux déplacements fréquents pour aller fumer au fumoir ou dehors. Daniel Lemire du Centre Vivre mieux sans fumer, comprend bien ces préoccupations puisqu'il a guidé nombre d'entreprises dans l'application de leur politique concernant les espaces sans fumée. Il était l'un des conférenciers invités aux déjeuners-conférences du Conseil québécois sur le tabac et la santé.

Une approche gagnante

Monsieur Lemire croit que la politique de l'entreprise concernant l'usage du tabac peut même être une bonne occasion de consolider le climat de travail. C'est par une stratégie de communication qu'on peut obtenir de tels résultats. « *La première chose à faire, dit-il, est d'établir des règles claires.* » On cherchera à susciter un climat d'entraide et de collaboration plutôt que de faire appel à la répression. Il faut être prêt à soutenir le personnel, tant les gestionnaires qui auront à faire respecter la loi que les employés fumeurs, qui doivent choisir entre ajuster leur consommation de tabac aux nouvelles règles ou cesser complètement de fumer. On peut même encourager les non-fumeurs à offrir aux fumeurs un soutien tel que dans un programme de parrainage.

Le docteur Marcel Boulanger, président du Conseil québécois sur le tabac et la santé, a bien démontré dans sa conférence, que les fumeurs étaient capables d'adapter leur consommation de tabac à l'interdiction de fumer au travail. « *En fait, précise-t-il, les fumeurs n'ont besoin que d'une dizaine de cigarettes par jour pour maintenir leur seuil de confort lié à la dépendance à la nicotine ; ils peuvent donc changer leurs habitudes sans trop souffrir de symptômes de sevrage.* » Il rappelle que la loi n'est pas contre les fumeurs mais vise à résoudre le problème de santé publique lié à l'exposition involontaire à la fumée de tabac qui cause plus de 1000 décès par année, principalement par maladie cardiovasculaire. C'est un choix de société qui reflète le désir de la population et la volonté de nos gouvernements.


C'est le 17 décembre dernier que la Loi sur le tabac est entrée en vigueur et une période de transition, durant laquelle il ne sera pas imposé de sanctions, devrait favoriser une application graduelle de l'interdiction de fumer au travail. 

Après Québec, Montréal, Sherbrooke... le Bas St-Laurent

Martine Gilbert
Agente de programme tabac
Régie régionale de la Santé
et des Services sociaux
Bas St-Laurent
Unité de santé publique

La Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Bas St-Laurent et la compagnie Glaxo Wellcome, invitaient les patrons de 525 entreprises (plus de 21 employés) pour un souper conférence sur l'usage du tabac en milieu de travail. Les activités se sont déroulées le 27 octobre à Rivière-du-Loup et le 28 octobre à Rimouski. Dans l'ensemble, 50 entreprises se sont inscrites pour un total de 80 participants. Les participants provenaient de différents secteurs: manufacturier, alimentaire, municipal, éducation et santé.

Le programme de la soirée portait sur l'usage du tabac en milieu de travail. Bien qu'il ait été question de la Loi sur le tabac et que ce sujet ait soulevé des interrogations, les participants ont apprécié les présentations sur le tabagisme, sur l'implantation d'une politique en milieu de travail, celle sur l'expérience de la compagnie Alcan dans la lutte au tabagisme et les ressources régionales d'aide à l'abandon du tabac.

Nous souhaitons pour une première étape, apporter un soutien aux entreprises devant mettre en place une politique sur l'usage du tabac dans leur milieu. 

Enquête sociale et de santé, auprès des enfants et des adolescents québécois : une banque de données précieuse pour les intervenants en santé cardiovasculaire

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ), direction Santé Québec², a réalisé une enquête transversale auprès des jeunes québécois entre janvier et mai 1999. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et Santé Canada ont contribué à cette étude sans précédent.

L'enquête identifie la présence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires tels l'usage de la cigarette, l'inactivité physique, l'obésité, le taux élevé de lipides sanguins et une pression artérielle élevée, en plus de décrire l'état de santé et de bien-être des jeunes, leurs habitudes de vie et certains aspects psychosociaux propres aux jeunes. Parents et directions d'école ont été interrogés, afin de brosser un portrait des milieux de vie de ces jeunes. De plus, un volet nutritionnel décrit la consommation alimentaire et les apports nutritionnels.

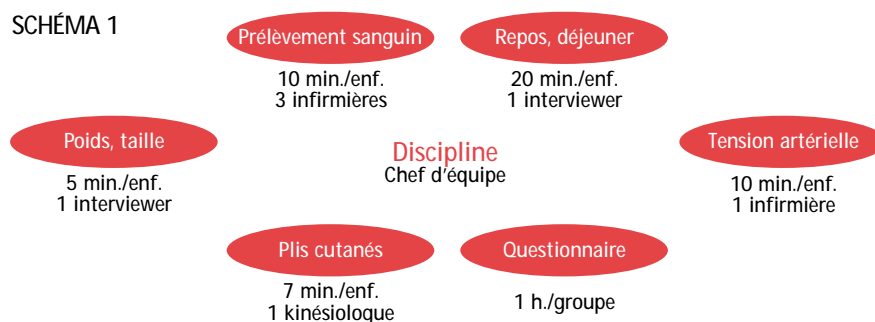
Méthodes

La population visée est constituée de jeunes de 9, 13 et 16 ans pour le volet sociosanitaire, et de jeunes de 6 à 16 ans pour le volet nutritionnel. L'échantillon représente 98 % de la population totale des jeunes de ces âges au Québec.

Le plan de sondage est stratifié à deux degrés. Un total de 182 écoles ont d'abord été sélectionnées au hasard. Puis 25 enfants par école ont été choisis aléatoirement pour le volet sociosanitaire, et 15 pour le volet nutrition. Pour les jeunes hors école secondaire, l'échantillon aléatoire simple est proportionnel aux jeunes de 16 ans dans cette situation (5 %). Un total de 4 500 jeunes pour le volet sociosanitaire et de 2 440 pour le volet nutritionnel ont été contactés, ce qui permet d'évaluer avec précision des prévalences de 10 % par groupe d'âge-sexe, ou de 7 % par groupe

d'âge, sexes réunis³. Le comité d'éthique de la direction Santé Québec a approuvé le protocole, qui assurait aux répondants confidentialité et anonymat. Le consentement actif, libre et éclairé des parents et des jeunes a été sollicité. À la suite d'un appel d'offres, la maison de sondages Léger & Léger a été choisie pour réaliser la collecte de données. Le schéma 1 présente le déroulement de la collecte pour le volet sociosanitaire.

SCHÉMA 1



Collecte de données dans les écoles

- Durée totale : 3 heures
- Participation attendue : 20 enfants
- Personnel requis : 8 personnes

Les mesures ont été prises et répétées selon des normes strictes de qualité. Des appareils Dinamap® ont servi à la mesure de la tension artérielle. Les échantillons sanguins ont été centrifugés sur place et expédiés sur glace sèche au Centre de recherches de l'Hôpital Sainte-Justine. La collecte du volet nutritionnel comprenait un rappel alimentaire de 24 heures réalisé par une nutritionniste à l'aide de modèles de portions, des mesures de poids et de taille et un bref questionnaire auto-administré. Les rappels ont été effectués de façon à représenter les sept jours de la semaine.

Taux de réponse et analyse

Des taux de réponse de 83 % ont été

atteints pour le questionnaire aux enfants de neuf ans de même que 79 % et 78 % respectivement, pour celui s'adressant aux adolescents de 13 ans et de 16 ans. Dans ce dernier cas, les filles ont mieux répondu que les garçons (81 % contre 74 %). Presque tous les jeunes participants (ils étaient 3 614) ont accepté d'être pesés et mesurés alors qu'environ 68 % d'entre eux se soumettaient au prélèvement sanguin. Les parents ont répondu au questionnaire

qui leur était adressé dans une proportion de 84 %. Pour le volet nutritionnel de l'enquête, 79 % des enfants de 6 à 11 ans et 84 % des adolescents de 12 à 16 ans, pour un total de 1 938 jeunes, ont accepté de participer. Par ailleurs, un deuxième rappel alimentaire a été effectué auprès de 45 % des jeunes participants de façon à mesurer la variabilité intra-individuelle. L'analyse et l'interprétation des données du volet sociosanitaire, effectuées en collaboration avec des experts du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu universitaire, sont en cours. Les données du volet nutritionnel seront validées et saisies par la Direction des aliments de Santé Canada à compter de l'été prochain. Le premier volume du rapport (volet sociosanitaire) paraîtra en octobre 2 000. Par la suite, les banques de données seront disponibles aux chercheurs intéressés à pousser plus loin les analyses. ^{AC}



L'obésité : un problème de taille?

A bordée du point de vue du mathématicien, la cause de l'obésité paraît bien simple. En effet, un apport en énergie supérieur à la dépense énergétique cause une accumulation d'énergie dans les réserves corporelles, la réserve de prédilection étant le compartiment adipeux. Ainsi, pour empêcher l'accumulation excessive de tissu adipeux, il suffit de faire en sorte que l'apport énergétique ne soit pas supérieur à la dépense énergétique... Bien que l'équation soit simple, nous savons très bien que l'atteinte de cet équilibre entre apport et dépense énergétique n'est pas toujours chose facile. En fait, les facteurs qui régissent la prise alimentaire ainsi que la dépense énergétique sont multiples. Plusieurs « coupables » peuvent être mis en cause. Derrière la simplicité de la balance énergétique se cache une multitude de facteurs génétiques, environnementaux, sociaux et psychologiques qui influencent les joueurs principaux de l'équilibre énergétique. L'importance relative de chacun de ces facteurs varie d'un individu à l'autre, ce qui complique davantage notre compréhension de l'étiologie de l'obésité.

Relation entre l'obésité, la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2

La relation entre l'obésité et le risque de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2 est bien établie. De façon générale, plus un individu présente un surplus de poids important, plus son risque de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2 augmente. Certains individus obèses, cependant, ne seront jamais touchés par ces pathologies. En effet, des facteurs génétiques et envi-

ronnementaux peuvent influencer la relation entre le niveau d'obésité et le risque de maladie cardiovasculaire ou de diabète. Par exemple, un individu avec une forte histoire familiale de diabète aura davantage tendance à développer le diabète comparativement à celui qui présente le même surplus de poids, mais qui ne possède aucun antécédent familial de diabète. Dans le même ordre d'idée, deux personnes avec le même surplus de poids, mais ayant des habitudes de vie très différentes au niveau de l'activité physique ou de l'alimentation ne démontreront probablement pas le même degré de risque pour la maladie cardiovasculaire ou le diabète de type 2. En effet, la pratique régulière de l'activité physique ainsi qu'une alimentation de qualité peuvent réduire le risque attribuable au surplus de poids.

Importance de la distribution régionale du tissu adipeux

Des études ont démontré que la localisation du tissu adipeux pouvait également influencer le risque de développer la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2. En effet, il a été maintes fois suggéré qu'un excès de tissu adipeux au niveau du tronc et de l'abdomen (l'excès de poids typique des hommes) était associé à un risque significativement plus élevé pour la santé cardiovasculaire qu'un excès de tissu adipeux logé au niveau des hanches et des cuisses (l'excès de poids typique des femmes). C'est ainsi que, pour un même pourcentage de graisse corporelle, les hommes montrent généralement un profil de risque plus détérioré que les femmes. De façon plus spécifique, il a été démontré, à l'aide de techniques

d'imagerie, que le tissu adipeux abdominal logé sous la couche musculaire et entourant les viscères (le tissu adipeux viscéral) s'avérait très étroitement associé aux facteurs de risque pour la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2. À cet égard, Pouliot et collaborateurs⁴ ont démontré que des hommes obèses avec des niveaux élevés de tissu adipeux viscéral affichaient un profil des lipides et lipoprotéines plasmatiques significativement plus détérioré que les hommes non-obèses. De façon plus spécifique, les hommes avec une accumulation importante de tissu adipeux viscéral montraient des niveaux augmentés de triglycérides plasmatiques et d'apolipoprotéine B ainsi que des concentrations abaissées de HDL-cholestérol. Cependant, les hommes obèses avec une faible proportion de leur tissu adipeux logé au niveau viscéral ne montraient aucune différence significative avec le groupe d'hommes non-obèses en ce qui avait trait à leur profil lipidique. Des résultats semblables ont été observés pour les niveaux de glucose et d'insuline plasmatiques⁴. Ainsi, les hommes avec une obésité viscérale démontraient une élévation franche des niveaux d'insuline et de glucose plasmatiques, ce qui n'était pas le cas pour les hommes de même niveau d'obésité, mais présentant peu de tissu adipeux dans le dépôt viscéral. Des résultats similaires ont été rapportés chez la femme, si bien que la détérioration du profil métabolique chez la femme était spécifiquement associée au surplus de poids logé au niveau viscéral⁵. Les résultats de ces études soulignent l'importance de la distribution régionale du tissu adipeux dans la détermination du risque de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2 associé au surplus de poids.

suite p.8 ►


Comment identifier l'excès de tissu adipeux abdominal?

Les techniques d'imagerie ont grandement contribué à identifier les différents compartiments adipeux et à mieux comprendre l'importance de la localisation de la graisse dans l'étiologie de pathologies telles que la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2. Cependant les techniques d'imagerie comme la

supérieure à 95 cm, autant chez l'homme que chez la femme, était associée à des niveaux de tissu adipeux viscéral qui conféraient un risque significativement accru pour la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2⁸. Selon nos résultats, le degré d'obésité n'influencerait pas la relation entre la circonférence de la taille et la quantité de tissu adipeux viscéral. Par exemple, si deux hommes possèdent la même circonférence de la taille, ils auront des niveaux similaires de tissu adipeux viscéral même si l'un des hommes

exemple, lors d'une perte poids.

En conclusion, plusieurs études se sont penchées sur le profil de risque typiquement associé à l'obésité abdominale. Ces études nous ont fourni des outils pour mieux identifier les individus obèses particulièrement à risque. La mesure de la circonférence de la taille s'avère à cet égard un outil simple, facile à utiliser et à interpréter. Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étiologie et aux complications métaboliques de l'obésité. Nous connaissons maintenant beaucoup mieux le risque associé à l'obésité et l'importance de la distribution du tissu adipeux dans la détermination de ce risque. Au cours des prochaines années, beaucoup d'efforts devront être consentis afin de déterminer des moyens pour mieux prévenir et traiter le surplus de poids. Dans l'élaboration d'une stratégie de perte de poids, on privilégie une approche réaliste, fondée sur des modifications permanentes des habitudes de vie, impliquant activement les individus au cœur des décisions. La solution miracle pour perdre du poids, maintes fois promise, se fait toujours attendre... et se fera probablement toujours attendre puisqu'aucune « potion magique » ne peut s'attaquer simultanément aux facettes physiologiques, psychologiques, génétiques et sociales de l'obésité.

Note : Le Forum vous propose une liste de sites Internet sur l'obésité, voir la rubrique : [Sites Internet, du bulletin, et la rubrique : Liens, du site Internet du Forum](#) : www.forumscv.qc.ca 

Références

4. Pouliot, M.C., Després, J.P., Nadeau, A., Moorjani, S., Prud'Homme, D., Lupien, P.J., Tremblay, A., and Bouchard, C. (1992) : Visceral obesity in men. Associations with glucose tolerance, plasma insulin and lipoprotein levels. *Diabetes*, 41: 826-834.
5. Després, J.P., Nadeau, A., Tremblay, A., Ferland, M., Moorjani, S., Lupien, P.J., Thériault, G., Pinault, S., and Bouchard, C. (1989) : Role of deep abdominal fat in the association between regional adipose tissue distribution and glucose tolerance in obese women. *Diabetes*, 38 : 304-309.
6. Ohlson, L.O., Larsson, B., Svardssudd, K., Welin, L., Eriksson, H., Wilhelmsen, L., Björntorp, P., and Tibblin, G. (1985) : The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus : 13.5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. *Diabetes*, 34 : 1055-1058.
7. Lemieux, S., Prud'Homme, D., Tremblay, A., Bouchard, C., and Després, J.P. (1996) : Anthropometric correlates to changes in visceral adipose tissue over 7 years in women. *Int J Obes*, 20 : 618-624.
8. Lemieux, S., Prud'Homme, D., Bouchard, C., Tremblay, A., and Després, J.P. (1996) : A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Am J Clin Nutr*, 64 : 685-693.

La mesure de la circonférence de la taille s'avère à cet égard un outil simple, facile à utiliser et à interpréter.

résonance magnétique et la tomographie axiale ne peuvent être utilisées de façon routinière par les professionnels de la santé. Des outils anthropométriques ont donc dû être élaborés afin de permettre l'estimation des niveaux de graisse abdominale et plus spécifiquement de graisse viscérale. Le ratio de la circonférence de la taille sur la circonférence des hanches (ratio taille-hanches) s'avère probablement l'indicateur anthropométrique qui a été le plus utilisé pour étudier la relation entre la distribution régionale du tissu adipeux et le profil de risque pour la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2. En effet, plusieurs études, impliquant des cohortes imposantes, ont démontré que les individus avec un ratio taille-hanches élevé possédaient un risque accru de développer la maladie cardiovasculaire et le diabète de type 2⁶. Des chercheurs ont également démontré que le ratio taille-hanches était significativement associé avec les niveaux de graisse viscérale. Par ailleurs, il a été suggéré que la circonférence de la taille seule serait plus étroitement associée à la quantité de tissu adipeux viscéral que le ratio taille-hanches. La circonférence de la taille s'avère particulièrement supérieure au ratio taille-hanches lorsqu'il s'agit d'estimer les changements dans la quantité de tissu adipeux viscéral⁷. Nous avons suggéré qu'une circonférence de la taille

a un indice de masse corporelle (IMC) de 27 kg/m² et l'autre un IMC de 32 kg/m². Il est cependant important de souligner que l'âge semble influencer la relation entre la circonférence de la taille et les niveaux de tissu adipeux viscéral. En effet, pour une circonférence de taille donnée, un individu plus âgé possédera des niveaux accrus de tissu adipeux viscéral qu'un individu plus jeune. Ces dernières observations sont applicables autant chez l'homme que chez la femme. La valeur de 95 cm de circonférence de la taille proposée plus haut peut ainsi être ajustée selon l'âge du sujet. À cet égard nous avons suggéré que chez les individus de moins de 40 ans, une circonférence de la taille de 100 cm correspond à des niveaux de tissu adipeux viscéral délétères pour la santé alors que chez ceux âgés de plus de 40 ans, une circonférence de 90 cm est associée à des niveaux de tissu adipeux viscéral jugés excessifs⁸.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour mesurer le tour de taille. Une technique couramment utilisée dans le cadre des protocoles de recherche est de prendre la mesure du tour de taille exactement à mi-chemin entre la dernière côte flottante et la crête iliaque. Ces repères anatomiques permettent de mesurer le tour de taille toujours au même endroit et ainsi, d'estimer précisément les changements qui surviennent, par

Une nouvelle façon de voir le lien entre l'activité physique et la santé

Bien que les effets bénéfiques sur la santé de la pratique régulière d'activités physiques soient bien connus, une proportion importante de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus, soit environ le tiers, est peu ou pas active durant ses temps libres ou pour ses déplacements. Au Québec, le manque d'activité physique affecte autant de personnes que le tabagisme (environ 36 p. cent) et le surplus de poids (environ 37 p. cent). On estime que 25 p. cent des décès prématurés associés à des maladies du cœur sont directement ou partiellement attribuables à la sédentarité.

Quelques bienfaits liés à la pratique régulière d'activités physiques

- L'exercice physique réduit les risques d'être atteint des problèmes de santé suivants :
 - maladie coronarienne, hypertension et dyslipidémie ;
 - diabète non insulino-dépendant ;
 - obésité ;
 - cancer du côlon.
- L'activité physique favorise :
 - la gestion du stress ;
 - la réduction de l'anxiété ;
 - le sommeil.

Au début du siècle, la dépense d'énergie quotidienne était plus élevée qu'aujourd'hui. Ascenseurs, escaliers roulants, ordinateurs, jeux vidéo, télévision sont de plus en plus présents dans notre quotidien. La mécanisation et la robotisation du travail contribuent aussi à la diminution de la dépense énergétique. C'est pourquoi il faut trouver des moyens de se garder actif pour compenser, puisque le corps

humain est fait pour bouger. Notre société sous-estime les conséquences de la sédentarité. Beaucoup de Québécois ont l'intention de devenir plus actifs sans toutefois y parvenir sur une base régulière. En tant que professionnels de la santé, notre rôle est de conseiller les gens afin de les aider à surmonter les obstacles liés à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif. Le manque de temps, d'argent, d'habiletés et d'intérêt,

de quelques activités physiques. Une personne qui pratique une activité physique d'intensité élevée pourra obtenir les mêmes bénéfices avec un volume plus petit d'activité physique. De plus, celle qui désire commencer à faire de l'exercice doit se fixer des objectifs réalistes en fonction de son niveau actuel, car des objectifs trop élevés peuvent mener à l'abandon de l'activité. Il faut d'abord viser la régularité plutôt

Intensité et dépense énergétique de différentes activités

INTENSITÉ FAIBLE

(jusqu'à 4 kcal/min)
quilles
marche (d'un pas normal)
lavage de la voiture
frisbee

INTENSITÉ MOYENNE

(de 4 à 8 kcal/min)
marche (d'un pas rapide)
randonnée à vélo (15 km/h)
ratissage (gazon ou feuilles mortes)
natation (effort moyen)
ski de fond (effort léger)
patinage sur glace
tennis (double)
danse aérobique (avec impacts)
patinage à roues alignées (vitesse lente)

INTENSITÉ ÉLEVÉE

(de 8 à 12 kcal/min)
badminton (match enlevé)
ski de fond (vigoureusement)
conditionnement physique
randonnée à vélo (20 km/h)

Note : variation selon l'âge

l'absence de plaisir, la gêne et le fait d'être seul comptent parmi les obstacles souvent cités par les personnes inactives.

Un objectif à atteindre

Dans son avis intitulé *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, le comité scientifique de Kino-Québec indique que 30 minutes d'activité physique (avec un léger essoufflement mais permettant tout de même à la personne de parler facilement), effectuées presque tous les jours tout au long de l'année, procurent la majorité des bénéfices-santé rattachés à l'exercice. Le tableau I indique l'intensité (faible, moyenne ou élevée)

que l'intensité et créer des conditions de pratique agréables pour maintenir sa motivation. Le plaisir avant tout!

Fractionner les périodes d'activité physique

Les périodes d'exercice peuvent être fractionnées en blocs de dix minutes ou plus au cours d'une journée. Leurs effets sur la santé sont cumulatifs. Ainsi, une personne qui manque de temps pourra intégrer plus facilement des activités physiques dans son quotidien. Par exemple si elle marche quinze minutes le matin pour se rendre à son travail et le soir pour en revenir, elle accumule le nombre minimal de minutes recommandé par jour.

suite p.10 ►

Un peu, c'est déjà beaucoup. Plus, c'est encore mieux!

Une personne sédentaire qui commence à faire de l'exercice, comme marcher régulièrement, récoltera d'importants bénéfices. Contrairement à ce que l'on

Il faut d'abord viser la régularité plutôt que l'intensité et créer des conditions de pratique agréables pour maintenir sa motivation.

croyait auparavant, il n'est pas nécessaire que l'activité physique soit



d'une intensité élevée pour qu'elle rapporte des bénéfices sur le plan de la santé. Dans leur avis sur le sujet, les membres du comité scientifique de Kino-Québec affirmaient que, « pour la personne sédentaire, augmenter ne serait-ce qu'un peu son niveau d'activité physique, c'est déjà beaucoup, considérant les bénéfices que cela peut comporter ».

Il n'y a pas que les activités sportives qui comptent!

Les activités physiques qui sont susceptibles d'avoir des effets bénéfiques sur la santé comprennent autant celles de la vie quotidienne (tondre la pelouse, jardiner, laver la voiture, passer l'aspirateur, etc.) ou du travail, que les activités sportives et les

exercices structurés. La dépense d'énergie liée aux activités pratiquées est fonction de leur durée et de leur intensité. Les programmes d'exercices structurés révèlent un taux d'abandon d'environ 50 p. cent. Ainsi, l'adoption d'un mode de vie physiquement actif peut convenir davantage aux personnes qui ne sont pas à l'aise dans une classe

conventionnelle d'exercice. Opter pour la variété peut devenir un gage de persévérance et permettre ainsi d'être actif tout au long de l'année. L'important, c'est que la pratique des activités physiques soit régulière, car les effets bénéfiques sur la santé commencent à s'estomper au bout de quelques semaines après l'arrêt des activités.

Des publications utiles pour en savoir plus

Étant donné que la sédentarité est un important facteur de risque des maladies cardiovasculaires, il s'avère nécessaire d'encourager et conseiller les



gens afin qu'ils augmentent leur niveau d'activité physique.

Kino-Québec a publié une synthèse de l'avis de son comité scientifique, intitulée *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, à l'intention des professionnels de la santé. Kino-Québec a également produit une brochure intitulée *Devenir et rester un adulte actif* qui suggère plusieurs trucs et astuces pour aider les personnes qui disposent de peu de temps pour l'activité physique en raison de leurs obligations professionnelles et familiales.



Ces documents peuvent être commandés par courriel à l'adresse suivante : Joanne_Laverdiere@sss.gov.qc.ca, par téléphone en composant le (418) 646-6555. Vous pouvez également consulter le site Internet de Kino-Québec : www.kino-quebec.qc.ca.

Le site Internet du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire www.forumscv.qc.ca et le bulletin précédent *Les actualités du cœur* Vol.4 no.3, vous proposent une liste de sites Internet sur l'activité physique. **AC**

Références :
COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*; Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Québec, gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, 1999, 27p.

KINO-QUÉBEC. *Alerte à la sédentarité*, document non publié remis lors d'une conférence de presse tenue le 24 mars 1998, Québec, Comité scientifique de Kino-Québec, ministère de l'Éducation, mars 1998, 4 p.

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et D. GODBOUT. *L'activité physique de loisir au Québec, une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, monographie no 5, Montréal, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Kino-Québec, ministère des Affaires municipales, gouvernement du Québec, 1996, 107 p.

THIBAUT, G. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*; Synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec et applications, ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec, Québec, 1999, 16 p.

Nous vous proposons une liste de sites Internet pertinents à la 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!

Obésité et santé

En français

Chaire de recherche sur l'obésité Donald B. Brown
<http://obesite.chaire.ulaval.ca>

L'obésité
<http://www.frm.org/Scientifique/Sujetsfond/obesit/cadobes.htm>

Dépistage de l'obésité chez les enfants (1992)
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/sec2f.htm>

La prévention de l'obésité chez l'adulte (1994)
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/clinique/sec7f.htm>

Guide alimentaire canadien
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/la-nutrition/pubf/guidalim/guide.html>

Guide d'activité physique canadien
<http://www.guideap.com/f-index.html>

Les médicaments coupe-faim: Maigrir à tout prix?
<http://www.ctq.qc.ca/jan98edito.html>

Collectif action alternative en obésité (CAAO)
<http://www.multimania.com/caao>

Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Santé Canada) (Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada).
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc/s7_f.html

En anglais

Les sites Internet du National Institute of health (NIH)

Helping Your Overweight Child (WIN)
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/helpchld.htm>

NIH Consensus Statements - Obesity
<http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/obesity.htm>

Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity (1991)
http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/084/084_intro.htm

Health Implications of Obesity (1985)
http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/049/049_intro.htm

Causes of obesity
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/unders.htm#whatcausesobesity>

Very Low-Calorie Diets (WIN)
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/vlcd.htm>

Physical Activity and Weight Control (WIN)
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/physact.htm>

Walking Brochure (WIN)
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/walking.htm>

Prescription Medications for the Treatment of Obesity
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/presmeds.htm>

Gastric Surgery for Severe Obesity
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/gastsurg.htm>

Weight Control Information Network
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/nutrit.htm>

Understanding Adult Obesity
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/unders.htm>

Statistics Related to Overweight and Obesity
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/statobes.htm>

Choosing a Safe and Successful Weight-Loss Program
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/choose.htm>

Weight Cycling
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/wcycling.htm>

Binge Eating Disorder
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/binge.htm>

Weight Control Information Network
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/nutrit.htm>

Les sites Internet de l'American Heart Association

Obesity in Heart Disease
<http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1997/119701.html>

Understanding Obesity in Youth
<http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1996/1202.html>

Guidelines for Weight Management Programs for Healthy Adults & nbps;
<http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1994/079402.html>

Autres sites Internet

Obesity
<http://www.pitt.edu/~nasst25/methods.html>

Screening for Childhood Obesity
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical_preventive/sec2e.htm

Obesity: Nutritional disorder
<http://www.merck.com/pubs/mmanual/section1/chapter5/5a.htm>

Obesity: a cardiovascular disease risk factor
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc/s7_e.html#16

Cost of obesity in Canada
<http://www.cma.ca/cmaj/vol-160/issue-4/0483.htm#tab2>

Prevention of obesity in adults (1994) (Health Canada)
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical_preventive/sec7e.htm

Canada's Food Guide
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/nutrition/pube/foodguid/foodguide.html>

Dietary Guidelines for Americans
<http://www.nal.usda.gov/fnic/dga/dguide95.html>

Canada's Physical Activity Guide
<http://www.guideap.com/>

Gastric Surgery
<http://www.mayohealth.org/mayo/9612/htm/gastric.htm>

Colloques à venir

17-19 avril 2000

European Conference on Management of
Coronary heart disease
(Castle house medical conferences, 2 Linden
Close, Tunbridge Wells, TN4 8HH, UK)
Nice, France
Télé. : +44 1892 51 77 73

27-28 avril 2000

Les journées de pharmacologie de
l'Université de Montréal
Palais des congrès, Montréal
Info. : (514) 343-6367

5-6 mai 2000

XVIII Congrès annuel québécois
des chirurgiens vasculaires
Hull
Contact : www.rocler.qc.ca/entretiens-vasculaires

7-10 mai 2000

Les femmes, les maladies du cœur et les
accidents vasculaires cérébraux :
Première conférence internationale
Victoria Conference Center
Victoria, Colombie-Britannique
Tél. : (613) 747-0262
Télé. : (613) 745-1846
Internet : www.hsf.ca/mcv2000etlafemme

8-10 mai 2000

Session de formation et de perfectionnement
Association des infirmières et infirmiers en
santé du travail du Québec
Loews Le Concorde, Québec
Tél. : (514) 526-2733
Télé. : (514) 528-6296

10-13 mai 2000

13^e Congrès de la Société Internationale sur les
études des anomalies vasculaires
Hôtel Intercontinental, Montréal
Contact : Secrétariat
Tél. : (514) 499-8920
Télé. : (514) 499-8921

11-13 mai 2000

Congrès OPDQ 2000
Ordre professionnel des diététistes du Québec
Hôtel Wyndham (Complexe Desjardins), Mtl
Tél. : (514) 845-1006
Télé. : (514) 845-7606
courriel : www.opdq.org

14-17 mai 2000

2nd International Congress on Heart Disease
- New trends in research, diagnosis and
treatment -
PO Box 17659, Beverly Hills, CA USA
Washington USA
Télé. : +1-310 275-8922

17-20 mai 2000

14th Scientific Meeting of the American Society
of Hypertension
New-York, États-Unis,
Courriel : ash@ash-us.org

24-27 mai 2000

9th European Stroke Conference
Vienne, Autriche
Tél. : +43 512 504 4437
Télé. : +43 512 504 5271
Courriel : office@icos.co.at

27 mai -1^{er} juin 2000

3rd World Congress of pediatric Cardiology and
Cardiovascular Surgery
Toronto, Canada
Contacter : Dr Robert M. Freedom, The Hospital
for Sick Children
Télé. : (416) 813-7547
Courriel : rfreedom@sickkids.on.ca

1^{er} - 4 juin 2000

Congrès Réanimation 2000 :
« Venez recevoir, en avant-première, les
nouvelles lignes directrices internationales
en soins d'urgence cardiovasculaire »
Centre des congrès, Québec
Tél. : (514) 871-3951
Télé. : (514) 871-5342
Courriel : rcr@fmcoeur.qc.ca

8-11 juin 2000

28^e Congrès scientifique annuel
Association des cardiologues du Québec
Hilton, Québec
Tél. : (514) 350-5106
Télé. : (514) 350-5156

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

Nouvelles de la Fondation

**La Fondation des maladies du
cœur du Québec sonne l'alarme :
Nous sommes tous visés.**

« Nous sommes tous visés par les maladies
cardiovasculaires », c'est le thème de la nouvelle
campagne de financement et de sensibilisation de
la Fondation des maladies du cœur du Québec, qui
a eu lieu mercredi le 26 janvier 2000, sous laquelle
cette dernière entend poursuivre sa lutte contre les
maladies cardiovasculaires.

Au Québec, plus de 19 000 personnes meurent
chaque année d'une maladie cardiovasculaire. Malgré
les programmes de prévention et les connaissances
obtenues par la recherche, les maladies
cardiovasculaires demeurent encore aujourd'hui la
première cause de décès au Québec. Com-
parativement à l'année dernière, le nombre de décès
a suffisamment augmenté pour qu'on en soit
maintenant rendu à un décès toutes les 27 minutes.

Réanimation 2000

« Venez recevoir, en avant-première, les nouvelles
lignes directrices internationales en soins d'urgence
cardiovasculaire »

C'est en 2000 que le « International Liaison
Committee on Resuscitation (ILCOR) » fait connaître
les nouvelles lignes directrices qui seront adoptées
par les organismes membres du ILCOR, dont la
Fondation des maladies du cœur du Canada.

L'objectif de la Fondation des maladies du cœur du
Québec est de diffuser les nouvelles lignes directrices
en matière de soins d'urgence cardiovasculaire à la
communauté médicale ainsi qu'aux intervenants du
milieu pré-hospitalier québécois.

Pour ce faire, la Fondation des maladies du cœur du
Québec organise un congrès au Centre des congrès
de Québec, du 1^{er} au 4 juin 2000. (voir colloques à
venir).

Pour de plus amples informations, veuillez consulter
le site Internet du Forum : www.forumscv.qc.ca aux
rubriques : Babillard et Soins d'urgence

COMITÉ DE RÉDACTION:

Alain Vanasse M.D. FCFP, Rédacteur en chef
Département de médecine de famille, Faculté de
médecine, Université de Sherbrooke, CUSE

Lilianne Bertrand,
Fondation des maladies du cœur du Québec

Denis Drouin M.D., Médecin conseil, Organisation des
Services, Santé cardiovasculaire, Direction de la Santé
publique de Québec.

Diane Boudreault, Kino-Québec, Secrétariat aux
loisirs et aux sports, MSSS.

Francine Forget Marin, Forum québécois des
intervenants en santé cardiovasculaire

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2000
Bibliothèque Nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec
ISSN : 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro:
le 10 avril 2000

Tirage: 15 000 copies

Nous serions heureux d'avoir votre opinion et vos
commentaires sur le bulletin et le site Internet du
Forum : www.forumscv.qc.ca

Veuillez faire parvenir vos commentaires et vos textes
à Mme Francine Forget Marin :
Tél. : (514) 871-1551 poste 244 ou 1 800 567-8563
Télé. : (514) 871-5342
Courriel : fmcoeur.qc.ca

©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 ni celle de la Fondation des maladies du cœur du Québec.

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



FONDATION
DES MALADIES
DU COEUR
DU QUÉBEC



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST

Parke-Davis

Eli Lilly

AstraZeneca