



# 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 2  
Printemps-été 2000

## Dans ce numéro

- Nouvelles du Forum ..... 1
- Quelques notions à retenir sur la dépression et la maladie coronarienne ..... 2
- 25<sup>e</sup> Conférence de l'American Stroke Association ..... 3
- Réseau santé du cœur en francophonie ..... 4

### La Société québécoise d'hypertension artérielle

Réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires ischémiques chez les personnes à risque élevé : ÉtudeHope ..... 5

### Cholestaction Québec

Le traitement diététique des dyslipidémies : Résumé d'une méta-analyse sur les phases I et II du NCEP ..... 6

### Kino-Québec

L'activité physique est déterminante pour la santé des jeunes... mais comment aborder la question avec eux ? ..... 8

### Conseil québécois sur le tabac et la santé

Fumeur : mode d'emploi ou comment les professionnels de la santé peuvent aider les fumeurs à cesser de fumer ..... 10

### Informations à partager

- 1. Sites Internet : Dépression / SCV ..... 12
- 2. Colloques à venir ..... 12

- Le bulletin est aussi disponible sur le site Internet du Forum : [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca)

## La Mission

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



Nous sommes heureux d'accueillir Dr Denis Drouin et Mme Diane Boudreault à titre de membres du comité de rédaction du bulletin *Les actualités du cœur*, respectivement depuis janvier 2000 et octobre 2000. Le docteur Denis Drouin est médecin généraliste et pratique activement dans la région de Québec. Il œuvre depuis 1991 au Centre de Santé Publique de la région de Québec dans le programme de promotion des saines habitudes de vie en santé cardiovasculaire. Il est responsable de la semaine de formation annuelle au Mont Ste-Anne intitulée «Intervention moderne sur la maladie cardiovasculaire» qui a lieu au début du mois de mars à chaque année. Il est associé au Centre de formation continue de l'Université Laval où il coordonne le développement d'activités éducatives interactives en cardiologie et également dans plusieurs autres disciplines médicales. Il a reçu en 1998 le prix *Médecin de cœur et d'action en formation médicale continue*, prix décerné par l'Association des Médecins de Langue Française du Canada. Il a collaboré à la production et à l'édition du Guide thérapeutique *L'hypertension artérielle 1999* de la Société Québécoise d'hypertension artérielle. Il est actuellement répondant pour la région de Québec, au Réseau francophone international en santé du cœur.

Mme Boudreault est conseillère en activité physique, elle a travaillé à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches en promotion de l'activité physique pour le programme Kino-Québec

de 1992 à 1999. Depuis l'automne, elle a pris l'intérim à la coordination de Kino-Québec au Secrétariat au loisir et au sport. Mme Boudreault détient une maîtrise en santé communautaire et s'intéresse particulièrement au domaine de la promotion de la santé.

Nous sommes également heureux d'accueillir M. Alain Gendron à titre de membre du comité Information depuis janvier 2000. M. Alain Gendron est responsable de la planification stratégique des études cliniques au Canada au niveau du système nerveux central pour la compagnie AstraZeneca depuis 20 ans. Il est également étudiant au doctorat en pharmacologie, à l'Université de Montréal. Sa thèse a pour sujet les accidents vasculaires cérébraux. Il travaille en étroite collaboration avec différentes sociétés (Société Alzheimer du Canada et la Société canadienne de la Sclérose en plaques) pour l'établissement de bourses post-doctorales. M. Gendron est membre du National Stroke Association (NSA), États-Unis et de l'American Heart Association (AHA). Nous sommes convaincus que le Forum bénéficiera de l'expérience enrichissante de ces nouveaux membres.

Bienvenue à tous!

Le Forum fait un sondage par le biais d'un questionnaire sur son site Internet: [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca). Nous vous invitons à le remplir. Ainsi, vous contribuerez à l'amélioration constante du Forum, lequel se soucie de toujours mieux répondre aux besoins de sa clientèle. **AC**

Merci de votre collaboration!

\* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

# Quelques notions à retenir sur la dépression et la maladie coronarienne

Il est maintenant assez bien démontré que la dépression est associée à un pronostic défavorable chez les patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire. La prévalence de la dépression chez les patients avec maladie cardiovasculaire est de l'ordre de 20 %, selon des critères diagnostiques et des mesures utilisées. Cette association a été documentée dans les suites d'un infarctus du myocarde<sup>1-3</sup> d'une admission pour angine instable<sup>4</sup> ou d'un accident vasculaire cérébral<sup>5</sup> et dans la maladie coronarienne stable<sup>6-7</sup>. Toutefois les choses ne s'arrêtent pas là. La dépression aurait aussi un impact sur l'incidence de la maladie cardiovasculaire, la mortalité cardiaque, l'infarctus et l'AVC, parmi des sujets en santé au préalable<sup>8-10</sup>. Il est important de souligner que le risque associé à la dépression ne se limite pas à la dépression majeure. En fait, les données les plus récentes militent en faveur d'une relation linéaire entre la sévérité des symptômes dépressifs et le risque de mortalité. La dépression est sans aucun doute le facteur de risque psychosocial le mieux documenté scientifiquement.

D'autres facteurs de risque psychosociaux, tels que le soutien social, l'anxiété et l'hostilité jouent probablement un rôle dans la maladie coronarienne. Toutefois leur impact n'est pas aussi bien documenté et aussi linéaire que dans le cas de la dépression. On peut même imaginer des effets contradictoires du soutien social, de l'anxiété ou de l'hostilité selon les circonstances et la présence d'autres facteurs de risque. Par exemple, le soutien social pourrait faciliter la résolution de la dépression mais aussi rendre plus difficile la cessation tabagique. Un peu d'anxiété pourrait être salutaire pour une modification des habitudes de vie et de l'observance pharmacologique, mais néfaste si elle provoque une activation noradrénergique. Plusieurs revues de la littérature récentes permettront aux

lecteurs intéressés d'approfondir leurs réflexions sur la place relative des facteurs psychosociaux dans l'évolution de la maladie cardiovasculaire<sup>11-13</sup>.

Mais comment expliquer l'impact pronostique de la dépression ? Outre l'influence que la dépression pourrait avoir sur l'observance aux traitements, le tabagisme et la sédentarité, les hypothèses physiopathologiques les plus souvent proposées<sup>14-15</sup> se résument à des dysfonctions de la régulation du système nerveux autonome et de l'agrégation plaquettaire. Il a été assez bien démontré que les patients déprimés, coronariens mais surtout non-coronariens, ont une augmentation de leur rythme cardiaque au repos, une diminution de leur variabilité du rythme cardiaque et une augmentation de leur production de noradrénaline. Incidemment, nous avons documenté que le risque de mortalité associé à la dépression est particulièrement augmenté chez les patients ayant des extrasystoles ventriculaires, ce qui suggère la possibilité d'une hyperactivité noradrénergique chez les patients déprimés<sup>2</sup>. Par ailleurs, quelques recherches indiquent que les patients déprimés ont aussi des signes hyperagrégation plaquettaire. L'intérêt d'utiliser la régulation de la sérotonine plaquettaire comme miroir de sa régulation cérébrale n'est pas nouveau. Pour le chercheur en science neurologique, les plaquettes sont en quelque sorte des synapses sérotoninergiques circulantes. Elles sécrètent de la sérotonine qui agissent sur des récepteurs 5-HT<sub>2</sub> plaquettaires et endothéliaux. Elles ont des sites de recapture de la sérotonine qui peuvent être bloqués par les anti-dépresseurs. La régulation du récepteur 5-HT<sub>2</sub> et du site de recapture serait modifiée dans la dépression. Finalement, des recherches préliminaires indiquent que d'autres paramètres de la fonction

plaquettaire seraient aussi modifiés dans la dépression. Quoique les implications pour la thrombose ne sont pas claires, il s'agit d'une piste à suivre.

Nous sommes loin d'avoir les preuves d'une relation de cause à effet entre la dépression et maladie coronarienne. En fait, les deux peuvent survenir simultanément chez les mêmes individus à cause de mécanismes physiopathologiques communs. Par exemple, on pourrait imaginer qu'un gène responsable de la régulation d'un récepteur sérotoninergique soit associé à un risque de dépression et que le même gène au niveau plaquettaire augmenterait le risque de thrombose coronarienne. En d'autres termes, il n'est peut-être pas nécessaire que la régulation sérotoninergique cérébrale soit perturbée pour que celle des plaquettes le soit. On sait de plus qu'il faut une exposition à un environnement particulier pour que la plupart des prédispositions génétiques causent une maladie. Par exemple, chez des individus à risque, les gènes responsables de la régulation sérotoninergique cérébrale, lorsque suffisamment mis à l'épreuve par le stress, la solitude ou le deuil, pourraient être responsables d'un état dépressif. Les mêmes gènes au niveau plaquettaire, combinés à une dysfonction endothéliale et des lipides élevés, favoriseraient la maladie coronarienne. Ainsi, dépression et maladie coronarienne pourraient être deux expressions phénotypiques d'un seul défaut génétique survenant chez un même individu. Il s'agit évidemment d'une illustration simpliste d'un processus d'une grande complexité. Mais il faut garder à l'esprit qu'il est tout à fait possible que la réduction des symptômes dépressifs n'ait aucun effet sur les mécanismes responsables des événements coronariens.

Nous entrons dans une ère fascinante où nous aurons enfin les moyens pour

# Résumé de conférence

Robert Côté, M.D.

Neurologue

Professeur agrégé, Université McGill  
Co-président du Forum

comprendre les relations complexes entre l'individu et son environnement. D'un côté, nous mesurons plus adéquatement les émotions et l'environnement social et de l'autre nous commençons à comprendre le jeu des déterminismes génétiques. Ces interactions multiples entre les influences du monde extérieur et la régulation du monde intérieur passent nécessairement à un moment où l'autre par le cerveau. Le cerveau interprète la réalité du monde extérieur afin d'optimiser la régulation d'une multitude de mécanismes biologiques dans le but ultime d'améliorer nos chances de survie en tant qu'individu ou en tant qu'espèce. Il est assez évident que l'état émotionnel teinte fortement notre perception du monde extérieur et influence ainsi la façon dont notre corps s'y adapte. Le comment reste à éclaircir.

Les recherches sur la dépression et la maladie coronarienne avancent trop lentement. Ce domaine dispose de ressources nettement insuffisantes pour s'attaquer à une question aussi complexe. Il y a peut-être tout au plus une quinzaine d'équipes en Amérique du Nord qui s'y intéressent activement. Si la dépression était un marqueur sérique potentiellement traitable par un médicament, il est fort à parier que nous aurions été témoins en quelques années de plusieurs essais cliniques, avec des milliers de patients chacun, et beaucoup plus de recherches fondamentales sur sa physiopathologie cardiovasculaire. En attendant d'en savoir plus sur les liens entre dépression et mortalité cardiaque, il faut se rappeler qu'il s'agit d'une condition souvent chronique et extrêmement souffrante qui mérite notre attention. **AC**

#### Liste de références

- (11) Frasure-Smith N, Lespérance F. Role of psycho-social factors in CVD. Evidence Based Cardiovascular Medicine 1998; 2(3):64-65.
- (12) Hemingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. BMJ 1999; 318:1460-1467.
- (13) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation 1999; 99:2192-2217.
- (15) Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology and treatment. Arch Gen Psychiatry 1998; 55:580-592.

Les autres références (1 à 10 et 14) sont disponibles sur demande.

## Vingt-cinquième Conférence de l'American Stroke Association

La 25<sup>e</sup> Conférence de l'American Stroke Association (division de l'American Heart Association) s'est tenue du 10 au 12 février 2000 à la Nouvelle-Orléans. Environ 2 500 congressistes de plus de 40 pays ont participé à cet événement majeur dans le domaine cérébrovasculaire. Plusieurs sujets d'intérêt, tant du point de vue chirurgical que médical, étaient au programme.

Une session complète fut consacrée au traitement chirurgical et endovasculaire des anévrismes cérébraux et également à l'utilisation par voie stéréotaxique de la thrombolyse (r-tPA) dans le traitement de l'hématome intracérébral. Les résultats d'essais cliniques, évaluant l'efficacité de certains agents neuroprotecteurs tels que le citicoline et le lubeluzole, furent présentés lors d'une session consacrée aux essais cliniques dans l'ischémie cérébrale aiguë. Malheureusement, aucun de ces agents n'a démontré une efficacité clinique dans ce contexte. La prestigieuse conférence Willis, donnée par le Dr. Louis Caplan de Boston, traita de divers aspects de l'ischémie vertébrobasilaire incluant son diagnostic et traitement. Le Docteur Gregory del Zoppo de La Jolla de la Californie présida une session sur les états pré-thrombotiques et leur rôle dans l'ischémie cérébrale en ciblant certains facteurs tels le fibrinogène et les facteurs tissulaires. D'autres sessions furent consacrées à la valeur discriminative et pronostique de l'imagerie cérébrale, notamment la résonance magnétique fonctionnelle dans le contexte de l'AVC ischémique aigu. Il semblerait que dans certains cas, la

résonance magnétique par diffusion puisse être utile dans la sélection de patients pour traitement avec la thrombolyse cérébrale à la phase aiguë. Une autre session avait pour but d'évaluer la valeur des unités cérébrovasculaires aiguës (Stroke Units). La conclusion est que celles-ci sont supérieures au traitement standard en permettant la prévention et le traitement des complications médicales, telles les infections et les complications thromboemboliques veineuses.

Enfin, d'autres sessions furent consacrées aux concepts de démence vasculaire, à la barrière hémato-encéphalique durant l'ischémie cérébrale et au rôle de la télémédecine dans le traitement aigu de l'ischémie cérébrale. La conférence se termina avec deux symposiums. Le premier était relatif à l'utilisation des agents antiplaquetaires dans la prévention de l'AVC ischémique, l'aspirine demeurant toujours l'agent de premier choix avec comme alternatives le clopidogrel et l'association aspirine/dipyridamole, et le second symposium abordait la valeur relative de l'endartériectomie carotidienne et l'angioplastie carotidienne. L'étude CREST (Carotid Revascularization and Stenting Trial), subventionnée par le National Institute of Health (NIH), où l'on comparera ces deux approches thérapeutiques dans la maladie ischémique carotidienne, a alors été décrite.

La prochaine conférence de l'American Stroke Association est prévue du 14 au 16 février 2001 à Fort Lauderdale en Floride. **AC**

# Réseau santé du cœur en francophonie

Le Réseau santé du cœur en francophonie est né entre la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix, d'une synergie entre équipes francophones autour de la préoccupation liée au développement des maladies cardiovasculaires, identifiées comme la principale cause de mortalité dans les pays industrialisés. Le but général que s'est donné le Réseau est d'agir en prévention primaire, par une phase d'observation et d'intervention. Dans cette optique, un double objectif est poursuivi : réaliser une enquête épidémiologique (conduite entre 1996 et 1999), et mettre en place des actions de prévention.

Dans les cinq lieux d'expérimentation (Province du Hainaut, Belgique ; Province de Québec, Canada ; Département de l'Aisne, France ; Canton de Vaud, Suisse ; Ville de Sousse, Tunisie), l'enquête a été menée auprès d'une population de jeunes (10, 13 et 16 ans) afin d'y observer les comportements et les facteurs de risque déjà présents. Ont été étudiées la distribution des facteurs de risque cardiovasculaires (tabagisme, sédentarité, alimentation riche en matières grasses, obésité, tension artérielle, lipides sanguins), et la description des facteurs socio-démographiques, de l'histoire familiale, médicale, des facteurs psychosociaux et environnementaux associés aux facteurs de risque cardiovasculaire. Une description des relations entre les différents facteurs de risque et les facteurs associés permettra d'identifier les priorités d'actions.

Plusieurs outils de mesure ont été mobilisés pour recueillir les données : auto-questionnaires, examen physique, test physique, prise de sang. Une étude nutritionnelle plus fine (journal alimentaire ou rappel) a été faite en Suisse et au Québec.

À l'heure actuelle, les équipes travaillent sur l'exploitation des données recueillies par eux, mais une fusion des cinq bases est en cours afin de faciliter la comparaison des données régionales obtenues. Cette comparaison est prometteuse car elle devrait permettre, d'une part, de mieux comprendre les comportements et les attitudes de la population et d'autre part, de mettre au point des nouvelles méthodes d'investigation et d'action en santé publique. Cette seconde partie du programme initial est amorcée, notamment en France et Belgique. Les résultats de l'analyse comparative seront disponibles d'ici 2001.

Depuis, le Réseau s'est enrichi d'autres projets, notamment d'une réflexion autour des pratiques médicales des médecins omnipraticiens, intéressés à la santé cardiovasculaire, et d'une réflexion sur la mise en place d'un recueil permanent de données sociales et de santé relatives aux populations jeunes. Une autre activité du Réseau est la publication du Bulletin de la santé du cœur en francophonie.

Le RÉFIPS est né en 1992 sous la forme d'une organisation non gouvernementale. Il constitue au sein de la francophonie, un réseau qui favorise la communication, les échanges, l'entraide Nord-Sud, Sud-Sud, Nord-Nord et le développement des connaissances afin de promouvoir la santé des populations. Parmi les outils, on peut citer la mise en œuvre d'actions et de recherches, de formations (dans le cadre de l'université d'été de Montréal), l'organisation des Rencontres triennales du RÉFIPS, de séminaires et colloques, ou la collaboration à l'organisation du Grand prix francophone de promotion de la santé. Les prochaines rencontres triennales du RÉFIPS auront lieu du 2 au 6 octobre 2000 à Marrakech, au Maroc, sous le

thème « Mobilisation sociale et promotion de la santé : de la théorie à la pratique ».

Le RÉFIPS est composé de sections géographiques : Afrique du Nord, Îles de l'Océan indien et Djibouti, Afrique centrale, Afrique de l'Ouest, Antilles & Guyane, Communauté française de Belgique, France, Québec, Suisse romande, Communautés francophones canadiennes en milieu minoritaire, et de sections thématiques : Connaissance et surveillance, Réseau santé du cœur en francophonie, Réseau de promotion de la sécurité. Un pôle de documentation est également développé. Il est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'ensemble des activités du Réseau se trouve sur le site Internet : [www.refips.org](http://www.refips.org), ou dans le bulletin Partage, qui est à la fois un outil de communication entre les membres et d'approfondissement de questions de santé publique. Le RÉFIPS compte aujourd'hui 1 066 membres pour dix pays ou régions francophones. 

## Adresses

Réseau santé du cœur en francophonie  
- Observatoire de la santé du Hainaut, Belgique, (Luc Berghmans)  
- Observatoire régional de santé de Picardie, Faculté de Médecine, France, (Philippe Lorenzo)  
- Direction de la santé publique de Québec, Beauport, Québec, Canada, (Denis Drouin)  
- Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, Suisse, (Françoise Narring)  
- Faculté de Médecine, Tunisie, (Hassen Ghannem)  
- Direction de santé publique, Montréal, Canada, (Dr Gilles Paradis)

## Réfips :

Bureau de liaison  
2330, rue notre Dame Ouest, bureau 200  
Montréal (Québec), Canada H3J 2Y2  
Téléphone : (514) 937-1227  
Télécopieur : (514) 937-9452  
Courriel : [info@refips.org](mailto:info@refips.org)  
Site internet : [www.refips.org](http://www.refips.org)  
(Pauline Brassard)

Philippe Lorenzo, secrétaire du réseau santé du cœur en francophonie, correspondant du Réfips, directeur-adjoint de l'observatoire régional de santé de Picardie, peut être rejoint à l'adresse suivante : [Philippe.Lorenzo@sa.u-picardie.fr](mailto:Philippe.Lorenzo@sa.u-picardie.fr)

# Réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires ischémiques chez les personnes à risque élevé : Étude Hope

Les femmes et les hommes âgés de 55 ans et plus présentant une maladie cardiovasculaire ischémique (MCVI) ou un diabète associé à un autre facteur de risque de ces maladies ont un risque d'environ 20 % réparti sur 5 ans, de mourir d'une MCVI ou de faire un infarctus du myocarde (IM) ou un accident vasculaire cérébral (AVC).

L'objectif primaire de l'étude Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) visait à déterminer si un inhibiteur de l'enzyme de conversion, le Ramipril, à raison de 10 mg par jour ou un antioxydant, la vitamine E à raison de 400 UI par jour, comparativement à un placebo, pouvait réduire le taux de décès par MCVI, d'IM ou AVC. Cette étude incluait 9 541 hommes et femmes à risque élevé de MCVI. Les principaux objectifs secondaires de l'étude étaient de diminuer la mortalité totale, les revascularisations, l'insuffisance cardiaque, l'angine instable et des complications liées au diabète.

L'étude a été interrompue prématurément après un suivi de la cohorte de 4,5 ans, compte tenu des résultats hautement significatifs du groupe ayant reçu le Ramipril.

Le Ramipril a réduit non seulement le risque relatif de l'objectif primaire de 22 % mais aussi le risque relatif de chacune des composantes de cet objectif. En effet, on observa une diminution du risque relatif du décès par MCVI de 26 %, de l'IM de 20 % et de l'AVC de 32 %.

Au niveau des objectifs secondaires, la diminution du risque relatif a été de 16 % pour la mortalité totale, de 15 % pour les revascularisations et de 15 % pour l'ensemble de complications liées au diabète (microalbuminurie, le taux de dialyse et de rétinopathie nécessitant une thérapie au laser). Cependant, on ne documenta pas de diminution significative des hospitalisations pour l'angine instable et l'insuffisance cardiaque.

Ces résultats se comparent à ceux des études sur les effets cardiovasculaires protecteurs de l'aspirine, des bêta-bloquants ou des statines. La majorité des participants de l'Étude prenaient au moins une de ces médications.

Les résultats bénéfiques du Ramipril ont été documentés aussi bien chez les participants plus jeunes ou plus âgés, avec ou sans hypertension, avec ou sans diabète, ou qui prenaient de l'aspirine, des bêtabloquants ou des statines ou non.

Ces résultats sur la réduction des manifestations ischémiques ne s'expliquent pas seulement par l'effet hypotenseur du Ramipril, qui n'a été que de 3 mm Hg pour la pression systolique et de 2 mm Hg pour la pression diastolique comparativement au groupe placebo. La pression moyenne à l'entrée dans l'Étude se chiffrait à 139/79 mm Hg. Il est probable que les effets bénéfiques proviennent aussi d'un rôle vasculaire protecteur sur la plaque athéroscléreuse et la formation de thrombose.

Les effets secondaires reliés au Ramipril ont été limités. En effet, la toux a été une raison de cesser le Ramipril chez 7,3 % et le placebo chez 1,8 % des participants. L'hypotension ou des étourdissements nécessitant l'arrêt du Ramipril et du placebo ont été documentés chez 1,9 % et 1,4 % respectivement.

La vitamine E n'a eu aucun effet significatif bénéfique ou néfaste sur les objectifs de l'Étude. Si un des effets de cette vitamine est la réduction du développement de l'athérosclérose par diminution de l'oxydation du cholestérol LDL par exemple, il est possible que dans la population de l'Étude HOPE, un suivi de 4,5 ans ait été insuffisant pour détecter un effet sur les MCVI. Pour cette raison, le projet de l'Étude HOPE portant sur la vitamine E se poursuit.

## EN RÉSUMÉ :

Les résultats de l'Étude HOPE démontrent qu'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, le Ramipril, réduit le risque, particulièrement de décès par MCVI, et l'incidence d'IM et d'AVC chez les personnes à haut risque. L'impact de cette prévention est similaire à celle de l'aspirine, des bêtabloquants et des statines. L'effet bénéfique du Ramipril est observé même lorsque les personnes à haut risque prennent ces médications. Cependant, la vitamine E n'a pas eu d'effet significatif dans cette population suivie pendant 4,5 ans. **AC**



## Le traitement diététique des dyslipidémies

### Résumé d'une méta-analyse sur les phases I et II du NCEP

Depuis les années 70, suite à de nombreuses études épidémiologiques, métaboliques et cliniques, le régime alimentaire a été reconnu comme la base du traitement des dyslipidémies. Depuis, son importance a été quelque peu éclipsée par le développement d'hypolipémiants puissants et très efficaces, mais il demeure l'outil de base en raison de ses nombreux avantages, qu'il soit utilisé avec ou sans médication.

En 1987, le NCEP (National Cholesterol Education Program)<sup>1</sup>, par la voix de ses experts émettait des recommandations pour le diagnostic, l'évaluation et le traitement de l'hypercholestérolémie chez les adultes. Ces recommandations traitaient autant de son aspect nutritionnel que pharmacologique, des facteurs de risque et de la prise en charge du patient dyslipidémique. Une révision a été faite en 1993 (NCEP II) sans modifications substantielles des recommandations diététiques. Le régime alimentaire recommandé vise à réduire les matières grasses totales, les acides gras saturés et le cholestérol alimentaire, et préconise la substitution des acides gras monoinsaturés et polyinsaturés aux acides gras saturés. Le régime propose deux phases (Tableau 1) qui devraient être appliquées progressivement selon les taux initiaux de lipides, la présence des facteurs de risque concomitants ou l'ampleur des modifications alimentaires à effectuer de façon à en faciliter l'observance.

Des études contrôlées, généralement de courte durée, ont rapporté des réductions de 7 à 9 % et de 10 à 20 % du LDL-C avec les phases I et II respectivement.

Les experts sont actuellement partagés quant au régime idéal. Faut-il favoriser une diète pauvre en gras, de moins de 30 % de l'énergie totale, tel que recom-

Tableau 1

	Les deux étapes du régime définies par le NCEP	
	Phase I	Phase II
Lipides totaux	< 30% de l'énergie totale	
Acides gras saturés	< 10%	< 7%
Acides gras monoinsaturés	de 10-15%	
Acides gras polyinsaturés	≈10%	
Glucides	50-60%	
Protides	10-20%	
Cholestérol	< 300 mg	< 200 mg
Énergie totale	Ajuster pour obtenir un poids santé	

mandé par le NCEP ? Doit-on plutôt adhérer aux principes du régime méditerranéen, dont près de 40 % de l'énergie totale provient des lipides totaux (principalement monoinsaturés) ? Doit-on encourager le végétarisme (à la Ornish) ? Le choix des acides gras demeure aussi un sujet de débat. Pour leur effet présumément favorable sur le HDL-C et sur l'oxydation, les acides gras monoinsaturés sont généralement les favoris. Par ailleurs, les acides gras omega-3 semblent jouer un rôle plus avantageux sur les facteurs de coagulation. Quant aux régimes faibles en gras, on leur reproche une diminution du HDL-C et une augmentation des triglycérides. Les régimes de type méditerranéen offrent par contre une densité énergétique considérable.

L'importance d'un régime individualisé, ajusté aux besoins du patient fait l'unanimité, mais on se questionne sur la validité des recommandations actuelles.

En 1999, le groupe de Yu-Poth et al.<sup>2</sup> a réalisé une méta-analyse ayant pour but de vérifier l'effet des régimes de phase I et II avec ou sans perte de poids, sur les facteurs de risque cardiovasculaires, chez des sujets sains et à haut risque. À partir de la base de données Medline, 37 études faites entre 1981 et 1997 ont été

répertoriées, totalisant 9 300 sujets témoins et 2 300 sujets contrôles. Les études sélectionnées devaient être randomisées, avoir pour but de diminuer le cholestérol total ou le poids, avoir une durée d'au moins trois semaines, répondre aux critères du NCEP, suivre les sujets en externe, etc. Vingt-et-une études portaient sur la phase I, neuf études sur la phase II et huit études vérifiaient l'effet du régime en combinaison avec la perte de poids. L'information diététique recueillie provenait de rappels de 24 heures, de journaux alimentaires ou de questionnaires de fréquence.

De nombreuses variables ont été mesurées: les taux initiaux de cholestérol, de LDL-C, de HDL-C, de triglycérides, les variations de poids et le niveau de pratique d'exercice physique. Des tests statistiques ont permis de mesurer le lien entre les variations de poids, les lipides totaux et l'énergie totale. Les taux plasmatiques initiaux de lipides et de lipoprotéines variaient considérablement: le cholestérol total de 4,84 à 6,88 mmol/L, le LDL-C de 3,05 à 4,55 mmol/L, le HDL-C de 0,72 à 1,72 mmol/L et finalement, les triglycérides, de 0,85 à 2,51 mmol/L.

6 Les actualités du cœur • Printemps-été 2000  
Bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

Références :

1. NCEP - Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. National Institute of Health, NIH Publication no. 93-3095, September 1993.
2. Yu-Poth, S. et al. : Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and Step II Dietary Intervention Programs on Cardiovascular Disease Risk Factors : a Meta-Analysis. Am. J. Clin. Nut., 69:632-646,1999.

## Résultats

Les phases I et II du régime ont amené des réductions de tous les paramètres lipidiques. La diminution est statistiquement plus significative avec la phase II pour le cholestérol total et le LDL-C. Fait connu, ces deux phases provoquent une baisse modeste du HDL-C. Les réponses sont comparables chez les femmes et les hommes, sauf pour les HDL qui diminuent de façon plus marquée chez les femmes. Lorsqu'on corrige pour le nombre de sujets dans les études, les réductions sont d'autant plus marquées. Une corrélation positive a été établie entre la diminution des lipides totaux et la diminution des lipides et des lipoprotéines plasmatiques, corrélation peu significative pour les triglycérides. Plus les lipides alimentaires totaux sont restreints, plus le profil lipidique est amélioré, malgré une faible baisse du HDL-C. La même corrélation existe pour les acides gras saturés.

Des analyses de variance ont fait ressortir un effet favorable et significatif de la pratique d'activité physique sur les lipides et les lipoprotéines. Les études avec prescription d'exercice physique ont montré des diminutions plus importantes du cholestérol total (13 % versus 10 % dans les études sans exercice), LDL-C (15 % versus 11 %), triglycérides (17 % vs 5,2 %). L'effet sur le HDL-C n'était pas significatif même si la tendance était à la hausse. Après correction pour le nombre de sujets, les groupes avec exercice obtenaient une diminution trois fois plus importante du cholestérol total, du LDL-C, une diminution cinq fois plus importante des triglycérides et une diminution du HDL-C de dix fois moins importante que pour les groupes sans exercice.

Des corrélations significatives positives ont été établies entre les changements de LDL-C, de HDL-C et de triglycérides, et les concentrations plasmatiques initiales de ces lipides. Cette corrélation n'était pas observée pour le cholestérol total, sauf s'il était < 6,2 mmol/L au départ. Les auteurs suggèrent que les individus ayant une hypercholestérolémie importante répondent moins bien au régime proposé que les

Tableau 2

### Études contrôlées de courte durée :

	Chol. T.	LDL	HDL	TG
Phases I et II	▼ 7-9%	▼ 10-20%	▼	▲
Méta-analyse :				
Phase I	▼ 10%	▼ 12%	▼ 1,5% n.s.	▼ 8%
Phase II	▼ 13%	▼ 16%	▼ 7%	▼ 8%

n.s. : non significatif

hypercholestérolémiques légers ou modérés.

Les graisses alimentaires semblent avoir un effet significatif sur le poids. Les changements de poids obtenus après intervention étaient étroitement corrélés aux variations des graisses alimentaires totales. De plus, une réduction des graisses totales était également associée à une diminution de l'énergie totale. Les analyses de régression ont permis de constater une diminution de 0,28 kg de poids corporel pour chaque réduction de 1 % de lipides totaux.

Les conclusions de cet article sont en accord avec les résultats obtenus par des études antérieures, avec un effet légèrement plus important sur le profil lipidique et confirment l'efficacité des régimes de phase I et II du NCEP.

Les diminutions du cholestérol total s'échelonnaient de 9 % à 23,5 % (variations des lipides et lipoprotéines selon les régimes utilisés). Rappelons-nous que les réponses varient d'un individu à l'autre. Les effets observés s'expliquent sans doute par la combinaison du régime, de la perte de poids et de l'exercice. L'exercice physique régulier semble donc compenser l'effet défavorable sur les HDL et les triglycérides observé avec un régime faible en gras. Doit-on s'inquiéter du risque potentiel d'une légère diminution du HDL-C secondaire à un régime faible en gras, malgré une réduction plus intéressante du LDL-C ? De nombreuses populations à travers le monde ont une alimentation faible en gras et une faible incidence de maladies cardiovasculaires. Ils présentent des taux de LDL-C bas, mais également des HDL bas. Ces populations ont généré-

ralement une faible incidence d'embonpoint ou d'obésité et une activité physique importante.

Malgré les nombreux avantages du traitement pharmacologique, l'intervention diététique demeure un outil prioritaire pour plusieurs raisons. En plus des avantages relatifs aux coûts et à l'absence d'effets secondaires : 1) elle améliore l'effet de la médication (certaines études ont démontré une efficacité de la combinaison diète-statines équivalente à une dose deux fois plus importante de statines, 2) chez certains, elle peut être aussi efficace que le traitement pharmacologique. Un traitement diététique produit une diminution du LDL-C équivalente au traitement pharmacologique chez 15 à 25 % de la population américaine<sup>3</sup>. Par contre, 10-25% de cette population américaine ne répondrait pas à la diète (évidemment difficile à cibler), 3) elle a de nombreux effets pléiotropes, autres que ceux d'abaisser le LDL-C... (présence de fibres alimentaires, de caroténoïdes, d'isoflavonoïdes, de phytostérols, d'acide folique,...).

La réduction des acides gras saturés, la perte de poids ou le maintien d'un poids santé, la pratique d'une activité physique sur une base régulière demeurent des incontournables majeurs pour les patients dyslipidémiques et ceux qui veulent prévenir les risques de maladie cardiovasculaire.

Une troisième mise à jour du NCEP semble imminente. Quelles que soient les nouvelles recommandations, un traitement diététique individualisé, basé sur les besoins de chacun reste un prérequis pour assurer le succès d'une telle intervention <sup>AC</sup>

#### Références :

3. Denke, M.A. : Review of Human Studies Evaluating Individual Dietary Responsiveness in Patients with Hypercholesterolemia. Am. J. Clin. Nutr. 62(suppl) :471 S-75,1995.

## *L'activité physique est déterminante pour la santé des jeunes...* Mais comment aborder la question avec eux?

**N**ous savons que la pratique régulière d'activités physiques agit sur le bien-être et la santé des adultes<sup>1</sup>. Qu'en est-il pour les enfants et les adolescents ? Quels aspects de leur santé l'activité physique touche-t-elle précisément ? Les effets de l'activité physique des jeunes sont-ils toujours présents à l'âge adulte ? L'approche des intervenants en santé peut-elle être la même avec les jeunes qu'avec les adultes ?

Le Comité scientifique de Kino-Québec s'est donné les moyens de répondre à ces questions en passant en revue des centaines de publications scientifiques récentes. Son nouvel avis sur *l'activité physique comme déterminant de la santé et du bien-être des jeunes*, rendu public lors du Congrès mondial du sport pour tous (Québec, 18 au 21 mai 2000), débouche sur dix recommandations dont la plupart intéresseront directement les professionnels de la santé.

### Soigner l'approche

Détrompons-nous, il est vain de justifier notre intervention auprès des jeunes par le caractère préventif de l'activité physique, en visant à améliorer leur santé à l'âge adulte : les effets de l'activité physique pratiquée durant l'enfance et l'adolescence sur le bien-être et la santé à l'âge adulte sont méconnus<sup>2</sup>, et dans le petit nombre d'études longitudinales disponibles sur cette question, la corrélation demeure faible.

Certes, l'activité physique a des effets positifs immédiats sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. C'est ce qui ressort de la revue bibliographique effectuée par le Comité scientifique de Kino-Québec, comme d'ailleurs des avis émis par d'autres autorités en la matière<sup>4</sup>. Toutefois, les jeunes sont peu conscients de ces bienfaits, et même s'ils l'étaient, la recherche de bienfaits physiologiques ou la crainte de la maladie ne sont pas des facteurs de motivation efficaces auprès des principaux intéressés.

C'est le PLAISIR qui motive principalement les jeunes à pratiquer des activités physiques, indiquent la plupart des études<sup>3</sup>: le plaisir de se sentir mieux, le plaisir de devenir plus habiles, le plaisir d'être entre amis, etc. Il s'agit pour les enfants et les adolescents d'en retirer des bénéfices concrets et personnels, à court terme.

Or les enfants aiment explorer leur environnement immédiat par le mouvement, la manipulation et le jeu. Quant aux adolescents, ils préfèrent généralement les activités qui comportent une certaine forme d'aventure, de défi et de risque. Ils sont également attirés par les programmes qui n'exigent pas d'engagement à long terme et qui mettent l'accent sur l'amusement, la participation et les aspects sociaux. Les adolescentes, elles, attachent une grande importance à l'apparence physique et à

l'aspect social associés à la pratique d'activités physiques. Ce sont là quelques-uns des éléments de la culture et du profil de motivation des jeunes dont le Comité scientifique de Kino-Québec recommande de tenir compte dans la conception de stratégies à grande échelle de promotion de l'activité physique chez les adolescents.

Les effets positifs de l'activité physique étant pour la plupart réversibles lorsque celle-ci diminue, le caractère préventif de l'activité physique se situe, chez les jeunes, dans le fait même de prendre l'habitude d'une vie active et de continuer, par plaisir, à pratiquer des activités physiques à l'adolescence, puis à l'âge adulte. En effet, les jeunes ayant de bonnes habiletés motrices et qui pratiquent des activités sportives sont plus enclins à être actifs à l'âge adulte. C'est en agissant sur l'ENVIRONNEMENT des jeunes (exemple des parents et d'autres figures clés de l'entourage, éducation physique à l'école, accessibilité en tout temps aux installations sportives scolaires et municipales, parcs et pistes cyclables sûrs, etc.), dans le but de développer chez eux des habiletés motrices et de leur donner le goût d'être actifs, que nous risquons, dit l'avis, de récolter les meilleurs résultats, à court comme à long termes.

*«Les effets immédiats de l'activité physique sur la santé physique et mentale, le bien-être général et ce qu'on*

*pourrait appeler l'adaptation sociale des jeunes valent amplement l'effort d'agir sur leur environnement et de leur donner le goût et les moyens d'être actifs pour le reste de leur vie. Mais attention à l'approche : la meilleure motivation à donner aux jeunes est de bouger par plaisir!»*

- M. François Péronnet, Ph.D.,  
directeur du Département de  
kinésiologie de l'Université de  
Montréal et président du Comité  
scientifique de Kino-Québec

### La situation

Hélas, on ne peut, aujourd'hui, prendre pour acquis que les jeunes sont actifs et en forme. Les données québécoises et américaines indiquent en effet que l'activité physique chute au cours de l'adolescence. La baisse d'activité entre l'âge de 12 ans et la fin de l'adolescence est de l'ordre, chez nous, de 35%<sup>5</sup>. Le pourcentage de la population québécoise de 15 à 19 ans dont l'activité physique n'atteint pas le niveau minimum recommandé par les autorités scientifiques et médicales<sup>4</sup> est élevé : 14 % des garçons et 27 % des filles de 15-16 ans font moins d'une fois par semaine une activité physique (intense ou non) de 20 à 30 minutes, pourcentages qui passent à 30 % et à 35 % à l'âge de 17-19 ans.

*«Déjà à partir de l'âge de 12 ans, la majorité des enfants présentent au moins un facteur de risque de développer une maladie*

cardiovasculaire : obésité, pression artérielle élevée, tabagisme, mode de vie inactif ou dyslipidémie. Quant à ceux qui cumulent plusieurs facteurs de risque, ils s'exposent à une athérosclérose précoce, un problème de santé dont l'activité physique peut retarder la progression au cours de l'adolescence, particulièrement chez les jeunes à risque. Sans une intervention concertée en matière de lutte à l'obésité et à la sédentarité chez les jeunes, le Québec verra bientôt ses problèmes de santé publique s'amplifier de façon considérable.»

- M. Jean-Pierre Després, Ph.D., Centre de recherche sur les maladies lipidiques du CHUL, membre du Comité scientifique de Kino-Québec

### Un ensemble d'objectifs

Dans son avis, le Comité scientifique de Kino-Québec recommande de faire en sorte que les jeunes acquièrent et conservent l'habitude d'être actifs tous les jours à l'école, à la maison et en plein air, en pratiquant des activités physiques variées et agréables qui s'intègrent harmonieusement à leurs habitudes de vie. Des activités qui leur feront plaisir et leur permettront d'acquérir des habiletés motrices exploitables toute leur vie (bicyclette, natation, patinage, etc.). Les programmes de sensibilisation doivent, dit l'avis, cibler particulièrement les jeunes filles, surtout celles qui ont un mode de vie sédentaire, en leur offrant un éventail

d'activités physiques qui favorisent les échanges entre les participants.

### Les bienfaits de l'activité physique sur la santé cardiovasculaire

De même que les jeunes en bonne condition physique, les enfants et les adolescents physiquement actifs présentent de plus bas taux de triglycérides dans le sang. Ceux qui pratiquent des activités d'intensité moyenne à élevée à raison d'au moins 30 minutes par séance, 3 à 5 fois par semaine, présentent de plus hautes concentrations plasmatiques de lipoprotéines de haute densité (HDL), une incidence d'autant plus marquée chez les adolescents obèses, diabétiques ou ayant des antécédents familiaux. Les effets positifs de l'activité physique sont toutefois réversibles : seuls les adolescents qui se seront maintenus physiquement actifs jusqu'à l'âge adulte auront moins de risques d'être atteints de dyslipidémie.

Pour avoir des effets bénéfiques sur la pression artérielle, l'activité physique doit être effectuée, ici encore, plusieurs fois par semaine, à une intensité moyenne ou élevée. Les bienfaits sont de nouveau réversibles si l'activité diminue. Cette observation concerne surtout les jeunes obèses et les jeunes ayant des antécédents familiaux, soit les plus affectés par l'hypertension et ceux qui présentent le plus de risques de devenir des adultes hyper-

Effets documentés de l'activité physique sur la santé des jeunes	
Croissance et maturation	L'activité physique assure une croissance normale, mais on ignore quelle quantité est nécessaire pour des résultats optimaux.
Masse et densité osseuses	L'activité physique qui impose un stress mécanique important aux os a un effet favorable sur la masse et la densité osseuses qui semble perdurer à l'âge adulte, même après une diminution d'activité.
Masse corporelle	L'activité physique contrôle la masse corporelle et contribue à diminuer l'embonpoint et l'obésité.
Profil lipidique	L'activité physique améliore la concentration plasmatique de HDL et diminue le taux de triglycérides dans le sang, surtout lorsque l'activité physique s'accompagne d'une perte de poids.
Pression artérielle et santé cardiovasculaire	L'activité physique améliore la pression artérielle, si elle est pratiquée régulièrement; elle retarde l'apparition de l'athérosclérose et diminue les risques de maladies cardiovasculaires si l'adolescent en maintient la pratique jusqu'à l'âge adulte.
Condition physique	L'activité physique nécessaire pour améliorer la condition physique est supérieure à celle nécessaire pour susciter des effets positifs sur la santé. Par contre, une bonne condition physique permet d'effectuer plus rapidement des activités bénéfiques pour la santé.
Santé mentale	L'activité physique est associée à une meilleure estime de soi, réduit l'anxiété et les symptômes de la dépression, sauf si celle-ci est sévère.
Adaptation sociale	L'activité physique et sportive aurait des effets plus favorables sur le développement psychologique et social lorsque la pratique est encadrée professionnellement.

tendus.

### Plus jeune : des activités plus intenses, plus longtemps, plus souvent

Les résultats de ces études récentes amènent le Comité scientifique de Kino-Québec à recommander que les enfants et les adolescents fassent tous les jours des activités physiques d'intensité faible, comme se rendre à l'école à pied ou jouer dehors, et que tous les jeunes effectuent, au moins trois jours par semaine, une activité vigoureuse d'une durée minimale de 20 minutes. Ski alpin, surf des neiges, sports de raquette, danse ou musculation, toutes ces activités sont efficaces, comme le sont le patinage, le ski de fond, la bicyclette ou encore les sports collectifs, tels que le hockey, le basket-ball, le soccer et le volley-ball.

### Cibler l'entourage des jeunes

Le Comité recommande de cibler l'entourage des jeunes davantage que les jeunes eux-mêmes. Cet entourage com-

prend bien sûr les parents, appelés à encourager leurs enfants à aller jouer dehors, de même qu'à donner l'exemple en pratiquant des activités sportives avec eux. Les parents sont en outre priés de limiter à un niveau raisonnable le temps que leurs enfants peuvent accorder à des loisirs peu actifs, comme regarder la télévision ou jouer à des jeux électroniques (actuellement, la télévision monopolise les jeunes en moyenne 15 heures par semaine).

### Pour en savoir plus

Les lecteurs intéressés trouveront dans un des chapitres du rapport du Comité sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui sera publié à l'automne prochain, le fond de connaissances dont s'est inspiré le Comité scientifique de Kino-Québec pour rédiger son avis<sup>5</sup>. Cet avis peut être commandé par courriel à Joanne\_Laverdière@sss.gouv.qc.ca, ou par téléphone au (418) 646-6555.<sup>AC</sup>

#### Références et lectures suggérées :

<sup>1</sup> KINO-QUÉBEC. 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, 1999, 16 p.  
<sup>2</sup> SALLIS, J.F. et K. PATRICK. "Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement" dans Sallis, J.F. (éditeur), Physical Activity Guidelines for Adolescents, Pediatric Exercise Science, 1994, 6(4):302-314.  
<sup>3</sup> DESHARNAIS, R. et G. GODIN. Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire, rapport de recherche, étude réalisée pour la

Direction des sports (Kino-Québec), Université Laval, 1995, 77 p.

<sup>4</sup> CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDCP). "Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people", Morbidity and Mortality Weekly Report, 46, 1997, RR-6:1-36.

<sup>5</sup> THIBAUT, G. "L'activité physique comme déterminant de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents", dans Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire (titre provisoire), ministère de la Santé et des Services sociaux, à paraître : automne 2000

## *Fumeur : mode d'emploi ou comment les professionnels de la santé peuvent aider les fumeurs à cesser de fumer*

**L**e 21 septembre dernier se tenait à Montréal un colloque sur la cessation du tabagisme qui réunissait, pendant une journée, plus de 200 professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, psychologues, etc.) intitulé Fumeur : mode d'emploi. Cet événement offrait à ses participants de :

- comprendre le modèle comportemental des stades du changement et favoriser son intégration à leur pratique ;
- faire le point sur des nouvelles approches et des initiatives novatrices en cessation du tabagisme ;
- participer à l'évaluation des priorités québécoises pour guider le travail des intervenants en santé et pour orienter les interventions futures d'une stratégie commune en cessation du tabagisme.

Le besoin de ce colloque est né du constat auquel on assiste depuis deux ou trois ans, à l'effet que les fumeurs et fumeuses québécois ont un intérêt accru de se libérer de leur dépendance au tabac. À cet effet, un récent sondage<sup>1</sup> démontrait que 39 % des Québécois fumeurs interrogés pensaient cesser à la fin de 1999. Ce taux, qui équivaut à quelque 800 000 fumeurs, est deux fois plus élevé qu'il y a cinq ans, selon les données de Statistique Canada et de Santé Canada<sup>2</sup>. Cette tendance s'est aussi confirmée par les résultats du Défi «J'arrête, j'y gagne!» dont la première édition s'est tenue du 1<sup>er</sup> mars au 11 avril 2000 et auquel 20 425 fumeurs et

fumeuses inscrits s'engageaient à ne pas fumer pendant au moins six semaines.

L'émergence d'une panoplie de nouveaux outils d'aide à l'arrêt du tabagisme (timbres de nicotine, bupropion, brochures, dépliants, lignes d'écoute, etc.), de même que l'entrée en vigueur récente de la Loi sur le tabac sont des aspects qui ont contribué à faire de l'abandon du tabac une préoccupation plus populaire que jamais tant chez les fumeurs que chez les professionnels de la santé.

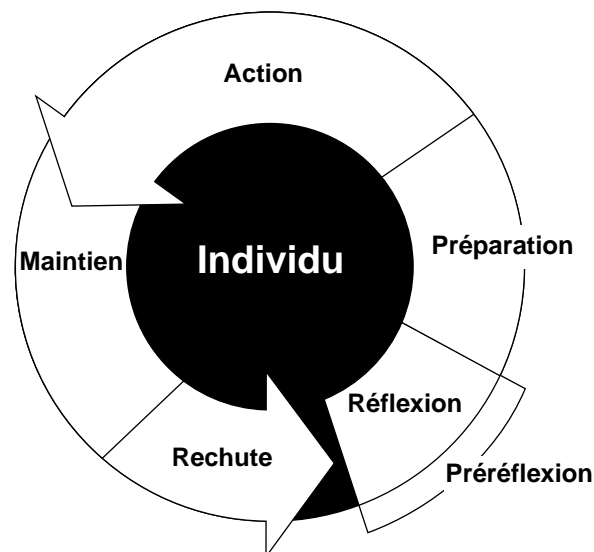
### Le modèle des stades du changement

Le colloque Fumeur : mode d'emploi avait pour sujet principal, *Le modèle transthéorique des stades du chan-*

*gement*. Développé par les psychologues américains Prochaska et DiClemente, ce modèle permet de comprendre les étapes par lesquelles un fumeur passe pour se libérer de sa dépendance à la nicotine. Ce modèle qui propose six étapes : préréflexion (ou précontemplation), réflexion (ou contemplation), préparation, action, maintien et rechute fait de plus en plus consensus dans le domaine de la santé.

Basé sur le principe qu'un changement de comportement suppose tout d'abord une prise de conscience de la nécessité de ce changement, ce modèle situe la motivation au changement comme premier objectif d'intervention dans la relation d'aide auprès du fumeur. En outre, il fournit aux fumeurs de nouveaux schémas de pensée et de

**Modèle comportemental transthéorique**



## Questions types du professionnel de la santé selon les stades du changement

<p><b>Préréflexion</b> Le fumeur n'a aucun intérêt à cesser de fumer.</p>	<p>Aimez-vous fumer ? Quelles satisfactions cela vous procure-t-il ? Y-trouvez-vous des désagréments ? Êtes-vous sensible aux risques du tabagisme pour votre santé ?</p>
<p><b>Réflexion</b> Le fumeur envisage la possibilité de cesser de fumer.</p>	<p>Quels inconvénients trouvez-vous à fumer ? Quels avantages auriez-vous à cesser de fumer ? Aimerez-vous que je vous aide à vous libérer de votre dépendance au tabac ?</p>
<p><b>Préparation</b> Le fumeur envisage cesser de fumer au cours des 30 prochains jours.</p>	<p>Avez-vous fixé une date où vous comptez cesser de fumer ? Croyez-vous que cela pourrait vous aider à mieux vous préparer si vous diminuiez votre consommation quotidienne de cigarettes ? Avez-vous besoin d'aide pour vous libérer de votre dépendance au tabac ?</p>
<p><b>Action</b> Le fumeur cesse de fumer et est abstinent pour une période de six mois.</p>	<p>Félicitations, vous avez franchi une étape importante ! Rencontrez-vous des difficultés ? Connaissez-vous les symptômes de sevrage les plus fréquents et ce que vous pouvez faire pour les contrer ?</p>
<p><b>Maintien</b> L'ex-fumeur est abstinent depuis plus de six mois.</p>	<p>Avez-vous encore des envies de fumer ? Que pourriez-vous faire pour éviter de reprendre une cigarette ?</p>
<p><b>Rechute</b> Le fumeur a recommencé à fumer.</p>	<p>Plusieurs personnes doivent s'y prendre à plusieurs reprises avant de réussir à se libérer du tabac. Que s'est-il passé ? Comment cette tentative pourra-t-elle vous aider à réussir une prochaine fois ? Envisagez-vous cesser de fumer de nouveau ?</p>

comportement à acquérir et l'aide à se situer à l'intérieur même du processus de changement.

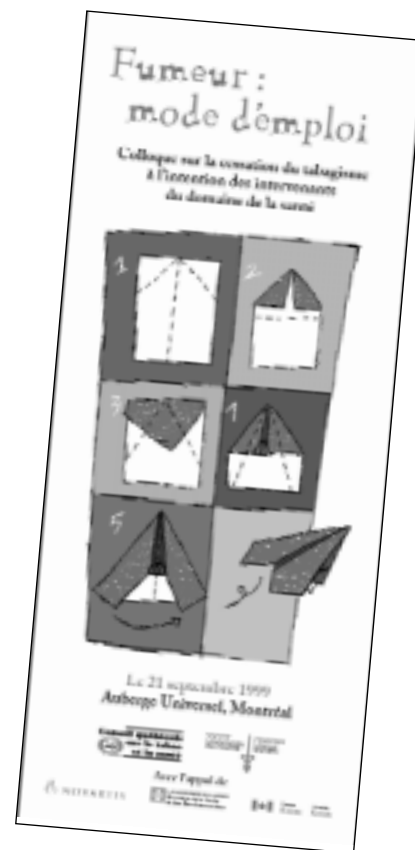
Selon le Dr Gaston Godin, qui présentait une analyse du modèle des stades du changement lors du colloque, « la théorie a commencé à susciter de l'intérêt chez les intervenants et les professionnels car, dans un premier temps, elle permet de catégoriser les individus, donc de savoir un peu qui sont les gens en face d'eux et, dans un deuxième temps, elle permet d'ajuster un message en fonction des particularités de ces gens-là. C'est ce qu'on appelle le marketing cognitif. »

« Avec le marketing cognitif, si on connaît la perception des gens en préparation par rapport à celle qu'ils ont en précontemplation ou en maintien, on peut réussir à définir un message qui

leur est plus spécifique. Ils seront donc plus réceptifs et on pourra les toucher davantage. Ainsi, au lieu de ne diffuser qu'un message très général et dilué à la population, on présenterait cinq messages différents qui s'adressent spécifiquement aux gens selon la phase dans laquelle ils se trouvent. »

### Des interventions variées

Le colloque offrait aussi des présentations sur le rôle de divers professionnels de la santé dont celui du médecin dans l'intervention qu'il peut avoir auprès de ses patients fumeurs. L'approche des lignes directrices *La prévention et l'abandon du tabagisme*, émises en janvier 1999 par le Collège des médecins du Québec et la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, a notamment été expliquée.



**Le renoncement au tabagisme est une préoccupation plus présente que jamais tant chez les fumeurs que chez les professionnels de la santé.**

Un programme de formation offert aux pharmaciens, une intervention s'adressant aux patients fumeurs hospitalisés, de même qu'un projet pilote auprès des travailleurs de la construction ont aussi démontré différents types d'aide à la cessation du tabagisme que peuvent offrir les intervenants de la santé.

Le colloque Fumeur : mode d'emploi a été organisé par la Société canadienne du cancer et le Conseil québécois sur le tabac et la santé. Les actes de cet événement seront bientôt disponibles. Un exemplaire gratuit de ce document peut être commandé par télécopieur au (514) 948-4582 ou par courriel à : [colloque@cqts.qc.ca](mailto:colloque@cqts.qc.ca). <sup>AC</sup>

#### Références

<sup>1</sup> Sondage Omnibus Express du mois de septembre 1999, commandé par Novartis Santé Familiale Canada et effectué par le Centre de recherches Decima.

<sup>2</sup> Enquête sur le tabagisme au Canada – troisième cycle, feuillet no 6 : La volonté de cesser de fumer, novembre 1994, Santé Canada.



Nous vous proposons une liste de sites Internet pertinents à la santé cardiovasculaire.

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

Bonne navigation!

## Dépression et stress

Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada (1995)

[http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc/index\\_f.html#toc](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc/index_f.html#toc)

Les Canadiennes courent des risques en remettant à plus tard la prise en charge de leur santé, avise la Fondation des maladies du coeur

<http://www.fmcoeur.ca>  
[http://www.hsf.ca/Fr/p-newsletter/Release02\\_f.html](http://www.hsf.ca/Fr/p-newsletter/Release02_f.html)

Groupe de Réflexion International pour la Prévention des Maladies Coronariennes

[http://www.arcol.asso.fr/taskforce/kap13\\_fr.html#1333](http://www.arcol.asso.fr/taskforce/kap13_fr.html#1333)

Stress, depression can be fatal - not only due to suicide  
<http://jewishaz.com/1998a/980522/brody.shtm>

Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting  
<http://www.healthlibrary.com/reading/pointers/may/depression.htm>

Major Depression in Cardiac Disease, Sympathetic Nervous System Function

<http://slcgrecc.med.utah.edu/seattle/bios/veith.html>

Depression increases coronary death risk  
<http://www.heartinfo.com/reutersnews/t0305-2f.htm>

Depression and Coronary Heart Disease  
<http://www.workhealth.org/risk/rfbdep.html>

## Colloques à venir au Canada

Les colloques à venir à l'extérieur du Canada sont disponibles sur le Site Internet du Forum: [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca)

13-17 juin 2000  
35<sup>e</sup> Assemblée annuelle du Congrès canadien des Sciences neurologiques  
Ottawa, Ontario  
Tél. : (604) 681-5226  
Télec. : (604) 681-2503  
Courriel : [congress@venuewest.com](mailto:congress@venuewest.com)

9-12 juillet 2000  
7<sup>th</sup> World Congress on heart failure- Mechanisms and management  
Vancouver, Colombie-Britannique  
Info. : PO Box 17569  
Beverly Hills  
Télec. : (+1) 310 275 8922

30 août-2 septembre 2000  
North American Stroke meeting 2000  
Toronto, Ontario  
Gretchen Bliss  
National Stroke Association  
NASM  
9707 E. Easter Lane  
Englewood, CO 80112-3747  
Tél. : 303 754-0940  
Télec. : 303 649-1328  
Courriel : [gbliss@stroke.org](mailto:gbliss@stroke.org)

29 octobre-1<sup>er</sup> novembre 2000  
Canadian Cardiovascular Congress  
Réunion annuelle de la Société canadienne de cardiologie  
Vancouver, Colombie-Britannique,  
Contacter : Jane Sessenwein  
Tél. : (514) 288-9889  
Courriel : [ccc2000@chateau-travel.com](mailto:ccc2000@chateau-travel.com)

31 octobre-3 novembre 2000  
Congrès scientifique annuel de l'association des médecins d'urgence du Québec  
Palais des Congrès, Montréal  
Tél. : (418) 658-7679  
Télec. : (418) 658-6545  
Courriel : [amuq@amuq.qc.ca](mailto:amuq@amuq.qc.ca)

6-9 novembre 2000  
Les journées annuelles de santé publique  
Contacter : Mme Marlène Gauthier  
Tél. : (418) 523-4290

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.

**Informations à partager :** Une liste de monographies et documents de l'American Heart Association est également disponible sur le Site Internet du Forum : [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca).

### COMITÉ DE RÉDACTION:

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

Lilianne Bertrand, MBA  
Fondation des maladies du coeur du Québec

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

Diane Boudreault, M.Sc Santé communautaire  
Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS.

Francine Forget Marin, MBA, Dt.P, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque Nationale du Canada  
Bibliothèque Nationale du Québec  
ISSN : 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro:  
le 11 septembre 2000

Tirage: 15 000 copies

\* Plus de 130 copies téléchargées du Vol 5 no 1  
Nous serions heureux d'avoir votre opinion et vos commentaires sur le bulletin et le site Internet du Forum : [www.forumscv.qc.ca](http://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  
Télec. : (514) 871-5342  
Courriel: [fmarin@fmcoeur.qc.ca](mailto:fmarin@fmcoeur.qc.ca)

©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**