



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 3
Automne 2000

Dans ce numéro

Nouvelles du Forum	1
Le remboursement des aides à la cessation du tabagisme	1
Nous avons l'âge de nos artères !	2
1 ^{re} conférence internationale : Les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. L'activité physique et les femmes	3

La Société québécoise d'hypertension artérielle

L'hypertension chez les gens âgés4

Cholestaction Québec

Colloque Nutrition, cholestérol et santé cardiovasculaire : controverses et nouveautés6

Kino-Québec

Les Québécoises et la pratique d'activités physiques : quand « La priorité, c'est les autres! »8

Conseil québécois sur le tabac et la santé

11^e Congrès mondial sur le tabac ou la santé. Le tabagisme : penser globalement et agir localement11

Informations à partager

Sites Internet : Les femmes et la santé cardiovasculaire 12
Colloques à venir 12
Nouvelles de la FMCO 10


- Le bulletin est aussi disponible sur le site Internet du Forum : 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.



Le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire a procédé, au cours des mois de mai et juin 2000, à une consultation auprès de divers professionnels de la santé. Celle-ci avait pour fin d'examiner, dans un premier temps, la perception et l'appréciation globale du Forum (ses activités, ses comités, son mandat, etc.) puis, dans un deuxième temps, d'analyser sur les plans du contenu et du format les trois activités du Forum, à savoir le bulletin *Les actualités du cœur*, le site Internet : www.forumscv.qc.ca et les colloques. Le PQDSC (Programme québécois de dissémination en santé cardiovasculaire) a procédé, quant à lui, à une consultation, au cours des mois de juin et juillet, auprès des professionnels de la santé dans les CLSC, où le site Internet du Forum a

été analysé. La conclusion de ces consultations rapporte que le Forum suscite un vif intérêt auprès des personnes qui ont été consultées dans le cadre de cette recherche. Les participants perçoivent le Forum comme un outil d'information et de travail de grande qualité et d'une crédibilité incontestable, qui s'avère très utile pour tous les professionnels de la santé. Le bulletin *Les actualités du cœur* a fait l'objet d'une appréciation très positive. Ce périodique est lu avec grand intérêt et il est considéré comme l'une des rares sources d'information francophone crédible distribuée aux professionnels de la santé. Le site Internet du Forum fut qualifié de très bien fait et très complet. La rubrique affiches, entre autres, est exclusive au site Internet du Forum, car on ne retrouve pas cette section sur les autres sites Internet. Le Forum s'engage donc à poursuivre et à améliorer ses activités dans le but de toujours mieux répondre aux désirs de sa clientèle. 

Éditorial

Le remboursement des aides à la cessation du tabagisme

On ne peut que saluer la recommandation du comité consultatif de pharmacologie à la Ministre de la Santé et des Services sociaux qui a pris la décision, en septembre dernier, d'inclure les aides à la cessation du tabagisme à la liste des médicaments du régime général de l'assurance-médicament du Québec. Cette décision peut certainement contribuer à augmenter le nombre d'ex-fumeurs au Québec et ainsi réduire la proportion de la population

Alain Vanasse, M.D.
Département de médecine de famille
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

qui fume. On peut examiner cette décision selon trois perspectives différentes. La première et la plus importante est celle du fumeur. Ce dernier peut, grâce à cette mesure, soulager les symptômes qu'il encoure lorsqu'il tente de cesser de fumer et ce, indépendamment de ses moyens financiers. Le remboursement ne peut avoir lieu qu'une fois par année pour une période maximale de 12 semaines consécutives pour les timbres ou les gommes de nicotine (Nicoderm® / Nicorette®) et le chlorhydrate de bupropion (le Zyban®). Ainsi le fumeur aura avantage à se prévaloir de cette option lorsqu'il évalue avoir des chances raisonnables de


suite p3 ►

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

Nous avons l'âge de nos artères!

C'est un vieil adage qui se confirme scientifiquement. Le vieillissement du système cardiovasculaire est associé à une augmentation du risque de maladies vasculaires. L'athérosclérose, maladie des grosses artères de conductance, se développe chez bien des patients avant l'âge de 65 ans. Dans ce cas, la maladie s'est développée sur un terrain favorable, c'est-à-dire associée à un ou plusieurs facteurs de risques. Il s'agit de l'hypercholestérolémie, du diabète, de l'obésité, du tabagisme ou encore de la sédentarité, en plus des mauvaises habitudes alimentaires. Bien avant l'apparition de signes cliniques de lésions athérosclérotiques lors d'une angiographie coronaire, la fonction vasculaire est altérée. Mais cette altération est sélective et touche essentiellement l'endothélium, une monocouche cellulaire faisant l'interface entre le sang et le muscle vasculaire. L'endothélium est anti-coagulant, vasorelaxant et prévient la prolifération du muscle lisse vasculaire. Toutes ces fonctions sont altérées au cours du temps en présence de facteurs de risques. L'aggrégation plaquettaire est facilitée alors que la vasorelaxation est réduite en raison d'une baisse de production de facteurs endothéliaux tels que la prostacycline et le monoxyde d'azote (NO). De même, que ce soit à l'exercice ou lors de la stimulation directe de l'endothélium, la dilatation et l'augmentation du débit sanguin sont réduites. Curieusement, ces altérations préliminaires au développement d'une lésion athérosclérotique sont identiques à celles que l'on retrouve chez une personne de plus de 65 ans. À partir de cette observation, les questions suivantes se posent: 1) Y a-t-il un mécanisme commun unissant les facteurs de risques et le vieillissement et qui conduit à une altération endothéliale ? 2) Est-ce que

cette dysfonction endothéliale est le reflet d'un vieillissement prématuré de l'endothélium sous l'influence des facteurs de risque ? La première réponse vient des traitements actuels de l'athérosclérose. Tous les traitements diminuent le stress oxydatif vasculaire. Les hypolipémiants, les anti-oxydants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, la L-arginine (précurseur du NO), l'activité physique, et les oestrogènes (chez les femmes ménopausées) réduisent le stress oxydatif qui, on le sait, est extrêmement dommageable à l'intégrité fonctionnelle endothéliale. Comment cela pourrait-il affecter l'âge de l'endothélium ? On sait que l'endothélium peut se régénérer s'il est endommagé. Par contre, il ne peut le faire qu'un certain nombre de fois à partir duquel il devient sénescence. On pense que ce seuil à partir duquel la cellule devient sénescence est défini par la longueur de ses télomères. Les télomères sont une répétition de séquences d'ADN à la fin de chaque chromosome. À chaque division, une séquence de télomères est éliminée. Dans les cellules souches, cette séquence est immédiatement restaurée par une enzyme, la télomérase. Dans les cellules matures et différenciées comme celles de l'endothélium, la télomérase n'est plus active. Ainsi, les cellules endothéliales ont une durée de vie limitée qui n'est pas chronologique ou métabolique mais mitotique ou répliative. La sénescence est répliative car elle est directement dépendante du nombre de divisions. Dans le cas où les facteurs de risques augmentent, l'altération des cellules endothéliales augmente. Les cellules endommagées entrent alors dans un processus complexe de suicide, encore appelé apoptose. Il s'agit d'un processus individuel dynamique de mort programmée permettant à la cellule endommagée et donc, dysfonctionnelle

de s'éliminer. L'apoptose diffère de la nécrose qui touche un grand nombre de cellules simultanément. Lors d'un infarctus myocardique aigu et d'une crise d'angine instable, certaines cellules endothéliales subissent des lésions importantes conduisant à la nécrose. La zone nécrotique endothéliale est difficilement quantifiable chez l'homme. Cependant, ces cellules ont été retrouvées dans la circulation sanguine à une concentration de 7,5 cellules/ml (4,1 à 43,5, $P < .01$) et 4,5 cellules/ml (0,75 à 13,25 cellules/ml, $P < .01$) dans les 12 heures qui suivent la douleur thoracique respectivement suite à un infarctus aigu et une crise d'angine instable comparé aux contrôles où les cellules étaient absentes, de même que chez des patients avec de l'angine stable. Ces cellules sont endothéliales et d'origine macrovasculaire. Enfin, ces cellules n'expriment pas de marqueurs d'activation intracellulaire (ICAM-1, VCAM-1 ou E-selectin) ni d'apoptose¹. Les cellules apoptotiques seront éliminées sans desquamation par les macrophages qui vont les reconnaître spécifiquement. Les cellules voisines se divisent alors pour remplacer la cellule morte. Il s'agit là encore d'une caractéristique unique des cellules de l'endothélium qui se divisent si elles ne sont pas en contact entre elles. Ainsi, plus les facteurs de risques sont importants, plus le renouvellement des cellules endothéliales s'accroît, les précipitant vers la sénescence répliative. Sénescence, les cellules endothéliales perdent leurs fonctions protectrices et facilitent le développement des maladies vasculaires. Par conséquent, c'est un vieillissement accéléré qui est responsable du développement de la maladie vasculaire. 

Référence :

1. Mutin et al, 1999. Blood, 93 (9) : 2951-2958.

Suite texte :

Le remboursement des aides à la cessation du tabagisme

succès. Les coûts économiques engendrés par cette décision représentent un deuxième aspect à considérer. En effet qui paie la note ? Pour l'instant c'est le gouvernement, et le gouvernement c'est tout le monde. C'est vous et moi. Certains argumenteront qu'il est abusif de demander à un système public de soins de santé d'assumer les coûts générés par un programme de modification de comportement. Pourquoi cette mesure serait-elle plus abusive que d'autres mesures semblables déjà subventionnées par l'état, comme celles de défrayer les coûts associés au traitement du sevrage éthylique ou au traitement des maladies transmises sexuellement (MTS). En fait, c'est toute la société qui profite de ces mesures. De plus, malgré les apparences, le tabagisme est un comportement éminemment social et il est adopté par des individus de plus en plus jeunes, souvent avant même la puberté. Dans ces conditions, la notion de consentement peut difficilement s'appliquer, autant juridiquement que psychologiquement parlant. Rappelons qu'une consommation régulière de cigarettes, même relativement faible, entraînera rapidement une dépendance physiologique qui rendra difficiles toutes tentatives ultérieures de cessation. Si on prend en compte que le fumeur consomme un produit légal, largement accessible et utilisé par une bonne proportion de la société, il est également difficile de lui en attribuer toute la responsabilité. Rappelons que pour être juste et équitable, la responsabilité des coûts générés par une telle mesure doit être proportionnelle à celle de la responsabilité du problème visé par cette mesure. Avec qui alors, le fumeur doit-il partager cette responsabilité ? Avec nos représentants légaux qui, malgré que les connaissances scientifiques sur la nocivité et la dépendance associées à l'usage de la cigarette établies depuis près de trente ans, n'ont pas encore proposé de mesures concrètes pour permettre un contrôle efficace du produit ? Avec les compagnies de tabac dont l'efficacité des stratégies de promotion auprès de la clientèle jeune est à la mesure des investissements qui y sont

consentis ? Avec ces mêmes compagnies qui ont développé au fil des années un produit dont la principale caractéristique consiste à garder le consommateur captif pendant plusieurs décennies, ce produit n'a aucun équivalent dans notre société moderne ? Jusqu'à maintenant, ce sont surtout les fumeurs qui assumaient le fardeau économique des aides à la cessation. Par cette nouvelle décision, le gouvernement va contribuer à assumer sa part de responsabilité. Ne serait-il pas logique que les fabricants de cigarette assument également les coûts liés à cette mesure ?

On ne peut que saluer ce premier pas visant à aider les fumeurs qui tentent de cesser la consommation d'un produit qu'ils reconnaissent comme néfastes et dont ils désirent sincèrement se libérer. La perspective du produit, la cigarette, devient le troisième point de vue à considérer dans l'analyse de la problématique de la cessation du tabagisme. Cette perspective d'analyse, bien qu'incontournable, n'a pas été retenue jusqu'ici dans l'ensemble des débats qui ont entouré le problème. Pourtant, elle m'apparaît centrale. On peut espérer que cette décision ministérielle représente un premier pas dans la reconnaissance politique de l'importance du rôle joué par la cigarette elle-même et, plus spécifiquement, par la nicotine qu'elle contient, dans les problèmes de santé liés à une consommation chronique de tabac. Déjà certains organismes politiques en santé, comme le *American Medical Association* reconnaissent ce rôle et proposent publiquement de contrôler et de réduire progressivement le taux de nicotine absorbée par les fumeurs en réduisant la teneur en nicotine des cigarettes. Ce type de mesure serait juridiquement réalisable au Canada grâce à une loi déjà existante et qui a fait ses preuves. Il s'agit de la loi sur les aliments et drogues. Non seulement une réduction de la teneur en nicotine des cigarettes est industriellement possible mais son potentiel d'impact sur la santé publique offre de loin le meilleur rapport coût-efficacité. Des cigarettes à faible teneur en nicotine rendraient plus difficile le développement d'une assuétude chez les débutants et faciliteraient également les premières tentatives de cessation qui surviennent généralement avant l'âge de 18 ans. AC



L'activité physique et les femmes

1^{ère} conférence internationale
- Victoria, CB, du 6 au 10 mai 2000

Sylvie Le May inf., M.Sc.,
Chargée d'enseignement,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

Plusieurs conférences ont abordé le thème de l'activité physique et les femmes. L'acceptation sociale de la pratique de l'activité physique chez les femmes est un phénomène assez récent dans notre société (années 1960). De ce fait, il existe encore une très grande différence entre les femmes et les hommes dans la pratique d'activités physiques, parmi tous les groupes d'âge. Pourtant, l'inactivité physique a été reconnue par plusieurs chercheurs comme étant un des cinq principaux facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires (MCV). En effet, les femmes inactives doublent leur risque de MCV par rapport aux femmes actives. Malgré le fait que l'activité physique soit perçue comme étant un comportement positif en comparaison avec d'autres facteurs de risque tel que le tabac, les femmes persistent à être moins actives que les hommes. Les raisons motivant ce comportement sont diverses, mais la plus populaire est le manque de temps. En général, ce sont les femmes qui s'occupent de la maison, des enfants, des parents âgés en plus de leur travail. Selon le Dr Lori Mosca, spécialiste en prévention des MCV chez les femmes, elles ont surtout de la difficulté à se consacrer du temps pour elles-mêmes, soit à faire de leur santé une priorité. D'autres facteurs sont mentionnés par les femmes pour expliquer leur inactivité : la température, la transpiration, la sécurité et l'absence de centres sportifs à proximité de leur résidence. Concernant ce dernier point, une étude a démontré une faible corrélation entre la proximité d'un centre sportif et la pratique d'activités physiques chez les femmes (Jakicic et al., 1997).

En général, les femmes ne voient pas la nécessité de prévenir les MCV, en faisant de l'activité physique, lorsqu'elles n'ont aucun symptôme de MCV. La prévention primaire est souvent négligée par les médecins de famille (manque de temps) par rapport aux soins de la prévention secondaire et des traitements reliés aux MCV (Dr Bonita, OMS). Pourtant, il a été démontré que les femmes étaient plus actives et plus assidues à un programme d'activités physiques s'il était prescrit par un médecin (Dr Lankenau).

Bien que plusieurs chercheurs ont recommandé la pratique idéale de 20 minutes d'une activité physique aérobique (60 à 85 % de la capacité

suite p5 ▶

Les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux



L'hypertension chez les gens âgés

Les données récentes sur les études d'intervention dans le traitement de l'hypertension artérielle chez les gens âgés ainsi que les réévaluations des données épidémiologiques de l'étude Framingham et le MRFIT (*Multiple Risk Factor Intervention Trial*) ont servi à mettre en évidence l'importance de la pression artérielle systolique comme facteur de risque cardiovasculaire. Les données de ces études d'observation ont incité les investigateurs à réévaluer le rôle de la pression artérielle systolique. Dans une publication récente du Dr Franklin¹ qui réévalue l'étude de Framingham, il devient clair que la pression artérielle systolique joue un rôle aussi important, sinon plus important, que la pression artérielle diastolique pour les patients d'âge avancé. Il a été décrit, il y a de nombreuses années, que la pression artérielle diastolique augmente jusqu'à l'âge de 50 ou 55 ans, puis graduellement décline, alors que la pression artérielle systolique augmente de façon linéaire, et ceci jusqu'à au moins 80 ans. Il en découle donc qu'une pression pulsée, soit la différentielle entre la pression artérielle systolique et diastolique, va en augmentant après l'âge de 55 ans et qu'on peut aussi établir une corrélation entre l'augmentation de la pression artérielle pulsée et la mortalité cardiovasculaire. Lorsqu'on considère individuellement chacune des composantes, soit la systolique, la diastolique et la pression pulsée, entre 50 et 79 ans, l'association de la pression artérielle systolique, de la diastolique et de la pression pulsée indique que la systolique ou la diastolique n'ont pas de valeur prédictive additionnelle sur la mortalité coronarienne lorsqu'on a inclut la pression pulsée dans le modèle. Ce qui semble nous indiquer que la

pression pulsée pourrait constituer un facteur de risque indépendant chez les gens d'âge supérieur à 50 ans, cependant il est aussi évident cependant que la pression pulsée augmente avec l'âge et que le phénomène âge devient un facteur indissociable de l'augmentation de la pression artérielle pulsée. On peut aussi en conclure que les patients avec une pression artérielle systolique élevée et ayant une pression artérielle pulsée élevée ont un risque augmenté de maladie coronarienne pour tout niveau de pression artérielle diastolique. Pour tout niveau de pression artérielle systolique > 130 mmHg, les sujets ayant une pression artérielle pulsée augmentée, c'est-à-dire ayant une pression artérielle diastolique plus basse, auront une augmentation considérable de mortalité coronarienne. Cette étude, qui nous vient de Framingham, suggère que chez les hommes d'âge moyen et chez les gens âgés, le risque coronarien est inversement relié à la pression artérielle diastolique pour tout niveau de pression artérielle systolique, c'est donc dire relié à la pression artérielle pulsée.

De façon indépendante, la pression artérielle systolique est reliée de façon plus puissante au risque de maladie coronarienne que la pression artérielle diastolique. Le risque relatif de maladie coronarienne était de 3.7 fois plus élevé pour une pression artérielle systolique élevée alors qu'il était de 2.8 pour une pression diastolique élevée pour les niveaux les plus bas ou plus élevés des déciles de systolique et diastolique.

Ces données et ces «ré-analyses» d'études antérieures nous font prendre conscience du rôle de la pression artérielle systolique et de la pression artérielle pulsée. Les

études d'intervention qui sont maintenant disponibles depuis quelques années indiquent tout au moins un bénéfice très important de réduire la pression artérielle systolique. Depuis les derniers dix ans, des études d'intervention sur l'hypertension artérielle systolique isolée ou l'hypertension artérielle des gens âgés ont été publiées. Ces résultats sont ceux des études SHEP, SYST-EUR et SYST-CHINA. Ces études² ont évalué l'influence du traitement antihypertenseur sur la pression artérielle de type systolique isolée et ont rapporté une réduction de la mortalité totale de l'ordre de 13 %, de la mortalité cardiovasculaire de l'ordre de 18 %, des accidents cardiovasculaires majeurs de l'ordre de 26 % et une réduction des AVCs de l'ordre de 30 %. Les accidents coronariens avec et sans décès ont aussi été réduits de 23 %. Ces réductions sont très significatives et sont en général, consistantes d'une étude à l'autre.

À ces résultats du traitement de l'hypertension artérielle systolique isolée, s'ajoutent les résultats du traitement de l'hypertension systolique et diastolique. Jusqu'en 1994, les résultats de six études ont été publiés avec des pressions artérielles moyennes variant de 165/100 à 197/100 chez plus de 11 000 patients hypertendus. Les réductions des accidents vasculaires avaient été de l'ordre de 33 à 45 %, des maladies coronariennes de l'ordre de 15 à 20 % et d'insuffisance cardiaque de l'ordre de 20 à 50 %. La réduction de l'ensemble des accidents cardiovasculaires avait été de l'ordre de 20 à 40 %.

Plus récemment, l'étude *STOP-II Hypertension*³ a rapporté que l'ensemble des traitements antihypertenseurs, que ce

soit traitement conventionnel, inhibiteurs de l'enzyme de conversion et bloquants des canaux calciques, réduisaient la mortalité cardiovasculaire de façon identique. Certaines différences avaient été enregistrées quant aux bloquants des canaux calciques et la protection cardiovasculaire (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque) par rapport aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion mais l'effet des bloquants des canaux calciques s'est avéré être identique aux bénéfices obtenus avec un traitement conventionnel. Ces patients avaient une pression artérielle systolique élevée moyenne de 187/101 mmHg.

L'ensemble des données obtenues chez les patients d'âge supérieur à 60 ans présentant une hypertension artérielle de type systolique élevée ou systolo-diastolique, a indiqué de façon très nette que le bénéfice du traitement était très important au niveau non seulement de la réduction des accidents vasculaires cérébraux mais aussi de la réduction de la mortalité coronarienne et des accidents coronariens. Le type de traitement employé pour l'hypertension artérielle systolique isolée en a été un de diurétiques et de bloquants des canaux calciques alors que d'autres types de traitement ont été évalués pour les gens ayant une pression artérielle diastolique élevée, soit inhibiteurs d'enzyme de conversion, traitement conventionnel et bloquants des canaux calciques. L'importance de la pression artérielle pulsée (*pulse pressure*) est un phénomène qui devra être évalué chez les patients âgés. Des données épidémiologiques semblent nous indiquer qu'il y a une importance à avoir une pression artérielle pulsée plus basse ou à l'inverse que la pression artérielle pulsée élevée comporte un risque cardiovasculaire. Cette importance est cependant reliée aux niveaux de la pression artérielle systolique de toute évidence ainsi qu'à l'âge des sujets. Pour le moment, il n'y a aucune étude d'intervention nous indiquant que le traitement de la pression artérielle pulsée comporterait un bénéfice. Toutes les données sont des données d'extrapolation et les protocoles ont été soit ciblés sur la pression artérielle systolique et/ou la diastolique et par extrapolation, nous avons obtenu des données sur la pression

artérielle pulsée. Il demeure cependant intéressant d'évaluer ce bénéfice.

Finalement, il est aussi intéressant de noter que le type de mesure de pression artérielle a aussi une importance chez les gens âgés et les gens avec une pression artérielle élevée. Staessen et al⁴ ont rapporté dans leur étude SYST-EUR des corrélations entre la mesure de pression artérielle en bureau, la pression artérielle ambulatoire prise durant la journée, la nuit ou la période de 24 heures. Ils ont par la suite établi que bien que la pression artérielle prise en bureau (c'est-à-dire, conventionnelle) demeure une méthode d'évaluer le risque ou le bénéfice du traitement, la pression artérielle ambulatoire est un outil qui a une meilleure valeur prédictive. Parmi les différentes mesures, la meilleure mesure prédictive de complications cardiovasculaires est la MAPA (mesure ambulatoire de pression artérielle) moyenne nocturne plus que la MAPA moyenne de 24 heures ou la MAPA moyenne durant la journée. La mesure de pression artérielle ambulatoire de 24 heures chez les gens âgés ayant une pression artérielle systolique élevée devient donc un outil intéressant pour évaluer le risque cardiovasculaire. Les patients comportant une pression artérielle systolique élevée nocturne ont un risque encore plus élevé que ceux ayant une pression artérielle systolique élevée moyenne durant la journée.

En résumé, la pression artérielle systolique est donc un facteur de risque indépendant continu et modifiable pour toutes les complications cardiovasculaires et les protocoles d'intervention nous ont indiqué le bénéfice du traitement et d'une bonne maîtrise de la pression artérielle chez les personnes âgées. ^{AC}

RÉFÉRENCES

1. Franklin SS, Khan SA, Wong ND, Larson MG, Levy D. Is pulse pressure useful in predicting risk of coronary heart-disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999; 100 : 354-360
2. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Hond ED, Boissel JP, Coope J, Ekblom T, Gueyffier F, Liu L, Kerlikowske K, Pocock S, Fagard RH. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *The Lancet* 2000; 355 : 865-872
3. Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Schersten B, Wester PO, Hedner T, de Faire U, for the STOP-Hypertension-2 study group. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in old patients with Hypertension-2 study. *The Lancet* 1999; 354 (9192) : 1751-1756
4. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhäger WH, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Dollery CT, Fletcher AE, Forette F, Leonetti G, Nachev C, O'Brien ET, Rosenfeld J, Rodicio JL, Tuomilehto J, Zanchetti A, for the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *The Lancet* 1997; 350 (9080) : 765-764

Suite texte :

L'activité physique et les femmes

aérobique) au moins trois fois par semaine, Dr Mosca recommande aux femmes qui n'ont jamais pratiqué de sport, de commencer graduellement, soit en ajoutant 10 minutes d'activités physiques, trois fois par jour, à leurs activités quotidiennes (ex : 10 minutes de marche rapide) à condition que l'exercice soit suffisamment vigoureux pour faire augmenter leur rythme cardiaque et respiratoire ainsi qu'occasionner une légère transpiration (soit environ 14 min/km en terrain plat pour la marche rapide). Selon le Dr Manson, les exercices d'intensité moyenne effectués sur une longue durée sont plus bénéfiques pour les femmes que des activités très vigoureuses effectuées pendant de courtes durées. C'est un des résultats principaux de son étude sur 72 488 femmes entre 40 et 65 ans. En effet, les femmes qui marchent une à 3 heures/jour de façon vigoureuse diminuent de 30 % leur risque de MCV par rapport à celles qui s'adonnent à des activités très vigoureuses (tennis, course à pied) pendant de courtes durées (< 60 minutes). D'autres facteurs ont été identifiés comme influençant la pratique d'activités physiques chez les femmes (*US Women's determinants study*) : paysage agréable, présence de plusieurs personnes qui font de l'exercice dans le quartier, présence de collines, éducation physique débutée à un très jeune âge, plan d'assurances incluant la pratique d'activités physiques, affiches encourageant l'exercice (ex : prenez l'escalier plutôt que l'ascenseur). Une autre stratégie fort utile a été identifiée, soit le *Guide d'activités physiques canadien*¹. Les résultats d'une étude menée par Reece et al. auprès de 1471 répondants, ayant reçu le guide, ont révélé qu'il était très apprécié par 90% des personnes et que 72 % des appels avaient été effectués par des femmes. De plus, 75 % des répondants ont admis avoir augmenté leur niveau d'activités physiques suite à la lecture du Guide. Enfin, il est important de sensibiliser les médecins de famille ainsi que les autres professionnels de la santé à être persistants auprès des patients en faisant la promotion des bienfaits reliés à l'activité physique, même modérée. De plus, il est recommandé que les chercheurs portent une attention particulière afin d'augmenter le recrutement de femmes dans leurs études car la faible participation des femmes aux études rend difficile le transfert des résultats obtenus, sur les bienfaits de l'exercice, de l'homme à la femme. Il devient donc nécessaire d'avoir des études randomisées avec un échantillonnage de femmes varié au niveau de l'âge, de l'éducation et du milieu socio-culturel afin d'éviter un biais de sélection et d'obtenir des données précises.

1. Pour obtenir une copie du *Guide d'activités physiques canadien*, veuillez composer le 1 888 334-9769 ^{AC}

Résumé de conférence

Colloque Nutrition, cholestérol et santé cardiovasculaire : controverses et nouveautés

du Groupe de recherche en nutrition humaine (GRENH) de l'Université Laval - Québec, mai 2000

DYSLIPIDÉMIE ATHÉROGÈNE DU SYNDROME DE RÉSISTANCE À L'INSULINE ASSOCIÉ À L'OBÉSITÉ ABDOMINALE

Jean-Pierre Després Ph.D.

La relation entre les niveaux plasmatiques de LDL-cholestérol et le risque de maladie coronarienne est bien connue. Toutefois, la réduction de l'incidence des événements coronariens résultant d'une pharmacothérapie ciblée sur le LDL-cholestérol ne dépasse pas 30 %. Il s'avère donc nécessaire d'aller au-delà de la mesure du LDL-cholestérol afin d'évaluer de façon plus adéquate le risque de maladie coronarienne. Les résultats de l'Étude cardiovasculaire de Québec, une étude prospective réalisée chez des hommes âgés dans la cinquantaine et suivis sur une période de cinq ans, ont confirmé les observations émanant de plusieurs autres études prospectives ayant montré que le HDL-cholestérol constituait un facteur de risque indépendant pour la maladie coronarienne. De nombreux facteurs peuvent contribuer à expliquer l'augmentation du risque de maladie coronarienne associé à de faibles concentrations d'HDL-cholestérol. En effet, des niveaux abaissés d'HDL-cholestérol représentent rarement une anomalie métabolique isolée. Il a été démontré que la dyslipidémie dont la prévalence était la plus élevée chez les patients coronariens comprenait non seulement des concentrations d'HDL-

cholestérol abaissées, mais également de l'hypertriglycéridémie, une augmentation des niveaux d'apolipoprotéine B et une proportion accrue de particules LDL petites et denses. Ces altérations dans le profil lipidique constituent des éléments importants du syndrome d'insulino-résistance également associé à de l'hyperinsulinémie à jeun (chez des individus non diabétiques) et tributaire d'une obésité abdominale. Cette agglomération d'anomalies métaboliques athérogènes fréquemment observée chez des patients caractérisés par de faibles concentrations d'HDL-cholestérol a également été associée à de l'hyperlipidémie post-prandiale et à une élimination retardée de résidus de chylomicrons pouvant promouvoir l'athérosclérose suite à un repas. Par conséquent, une attention particulière devrait être portée à l'identification des patients présentant de faibles concentrations d'HDL-cholestérol. Cet amalgame de complications métaboliques athérogènes, fréquemment observée en présence de taux de LDL-cholestérol apparemment normaux, augmente de façon spectaculaire le risque de maladie coronarienne chez les hommes pourtant asymptomatiques de l'Étude cardiovasculaire de Québec. Il est donc recommandé d'aller au-delà de la mesure et de l'abaissement des niveaux de LDL-cholestérol dans l'évaluation et la prise en

charge optimales du risque de maladie coronarienne. Ainsi, augmenter les niveaux d'HDL-cholestérol par la perte de poids, un régime alimentaire approprié et la pratique régulière d'exercices physiques et, si nécessaire, par une pharmacothérapie ciblant le HDL-cholestérol, s'avère un objectif thérapeutique tout à fait légitime dans un but de prévention optimale de la maladie coronarienne chez la majorité des patients à haut risque.

DIÈTE MÉDITERRANÉENNE ET PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Michel de Lorgeril, M.D.

1) Considérations nutritionnelles L'objectif thérapeutique primordial en prévention secondaire consiste à empêcher les complications vasculaires et cardiaques et non seulement de diminuer les taux de lipides circulant dans le sang ou d'altérer des paramètres biologiques ou physiologiques. Il n'existe pas de définition unique du ou des régimes méditerranéens. Globalement, et en termes de nutriments, les régimes méditerranéens sont riches en acides gras mono-insaturés (acide oléique) mais pauvres en acides gras saturés et acides gras polyinsaturés. Malgré leur faible volume en valeur absolue dans la diète, les acides gras polyinsaturés de la série oméga-3 sont une composante essentielle des régimes méditerranéens qui sont aussi riches en antioxydants et en

vitamines du groupe B, en particulier en folates.

2) Considérations cliniques

Quels sont les principaux enseignements de la *Seven Countries Study*, même si les sujets inclus dans cette étude ne sont pas représentatifs de nos patients contemporains ? En fait, cette étude explique les variations dans l'incidence des décès cardiaques dans différentes populations. Un aspect méthodologique très important de la *Seven Countries Study* est que les habitudes alimentaires ont été évaluées dans chaque cohorte. Il est apparu que le facteur le plus étroitement associé à la mortalité cardiaque en analyses univariées était non pas le cholestérol sérique mais la consommation de graisses saturées. Mais une autre donnée majeure de la *Seven Countries Study* est l'existence d'une importante variation du risque absolu de décès cardiaque pour un niveau de cholestérol identique. Si le cholestérol est, dans une population homogène, un prédicteur du risque de décès cardiaque, d'autres facteurs interviennent pour expliquer les différences entre les populations. Les chercheurs de l'Étude de Lyon proposent que ces facteurs soient essentiellement d'origine nutritionnelle. La conséquence thérapeutique immédiate est qu'il serait plus rentable, surtout en termes de mortalité, d'adopter des habitudes alimentaires méditerranéennes plutôt que de viser uniquement l'abaissement

Tableau Composés phénoliques Bénéfices physiologiques (à l'étude)					
Effet	Tanins	Flavonols	Flavanols	Flavones	Ubiquinones
Pouvoir antioxydant					
dim. Peroxydation lipidique	X	X	X	X	X
dim Oxydation LDL	X	X	X	X	X
neutralise radicaux libres	X	X	X	X	X
Lipides sanguins					
dim. Chol. et dim. LDL	X			X	
Fonction plaquettaire					
inhibe aggrégation et adhésion	X	X	X (animal)		
Pression systolique			X		

Tanins : fruits, noix, thé, vin rouge
 Flavonols (anthocyanes) : bleuets, canneberges
 Flavanols (cathéchines) : thé vert (90%)
 Flavones (isoflavones) : (soya)
 Ubiquinones : poissons, viandes
 Réf. : 1,2,3

du taux de cholestérol. L'association de ces effets cardioprotecteurs et des effets bénéfiques sur le bilan lipidique standard confère à ce type de régime un intérêt considérable en santé publique.

GLUCIDES COMPLEXES VS ACIDES GRAS MONOINSATURÉS : IMPACTS SUR LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Nathalie Bergeron, Ph.D., Dt.P. Dans une perspective visant un meilleur contrôle du poids corporel et une amélioration du profil de santé, les politiques nutritionnelles actuelles recommandent une baisse de l'apport en lipides totaux et en gras saturés, et une augmentation de l'apport en glucides complexes. Bien que la baisse de cholestérol total et LDL induite par la consommation d'un tel régime soit bien documentée, il y a une controverse grandissante quant à la recommandation de régimes riches en glucides complexes et pauvres en matières grasses puisque ces régimes entraînent parfois une augmentation des triglycérides plasmatiques et une baisse du cholestérol dans les HDL. Cette controverse a amené certains chercheurs à recommander la consommation de régimes riches en lipides, surtout sous forme d'acides gras monoinsaturés (AGMI), plutôt que la consommation de ré-

gimes riches en glucides, puisque les AGMI abaissent le cholestérol-LDL mais n'affectent pas les concentrations de triglycérides plasmatiques et de HDL-cholestérol. Malheureusement, ce débat n'a pas tenu compte de l'impact des régimes riches en AGMI versus riches en glucides complexes sur l'apport calorique spontané et le poids corporel.

Les études d'intervention nutritionnelle de l'équipe de madame Bergeron sont parmi les premières à évaluer comment la consommation ad libitum (sans restriction) d'un régime pauvre en graisses (25 % de l'énergie) et riche en glucides complexes (60 %) versus un régime riche en graisses (40 %) et en AGMI affecte l'apport énergétique spontané, le poids corporel et le profil métabolique de personnes avec ou sans surplus de poids. Leurs résultats montrent que la consommation ad libitum d'un régime riche en glucides complexes entraîne une perte de poids chez 83 % des individus, et qu'associée à cette perte de poids, le régime riche en glucides complexes diminue le cholestérol-LDL, l'apo B plasmatique et les LDL, sans pour autant affecter la concentration des TG (triglycérides) plasmatiques, et la taille des particules LDL. Toutefois, chez des individus en bonne santé et

sans surplus de poids, il semble qu'il ne soit pas nécessaire de restreindre l'apport en gras monoinsaturés puisque la consommation ad libitum d'un régime riche en matières grasses et en AGMI (25 % de l'énergie) est tout aussi bénéfique pour améliorer le profil lipoprotéique.

NUTRACEUTIQUES ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE : CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Marc-André Lavoie, M.D. Un bref historique rappelle les axes de recherche principaux qui ont mené à l'utilisation des phytostanols comme agents hypocholestérolémiant. L'industrie a développé un procédé d'incorporation des stanols par estérification et solubilisation de ces derniers dans des préparations nutraceutiques telles que les margarines et les vinaigrettes car ces graisses alimentaires semblent être un véhicule idéal pour le transport des phytostanols vers le petit intestin. De nombreuses études ont montré que la consommation journalière de margarine contenant 2 à 3 g de phytostanols permettait de réduire les taux de LDL-cholestérol de près de 14 % par comparaison avec des margarines végétales sans ajout de sitostanol. La réduction du LDL-cholestérol peut atteindre 20 à 25 % lorsqu'on combine cette margarine fortifiée avec un régime limité en gras saturé et trans. Une telle réduction se compare avantageusement à l'effet hypocholestérolémiant de la dose de départ prescrite de la majorité des inhibiteurs de l'HMGCOA réductase. La commercialisation de ce nouveau type d'aliments fonctionnel marque un autre pas vers la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Toutefois, quelques questions demeurent en suspens quant à la fréquence et la

distribution journalière des apports, la relation dose-réponse et l'effet à long terme sur les niveaux sériques de vitamines liposolubles.

ALIMENTS FONCTIONNELS ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE : CONSIDÉRATIONS ALIMENTAIRES

Nathalie Durand, M.Sc. Dt. P. Cette conférence fait un survol des effets bénéfiques sur la santé cardiovasculaire de composés fonctionnels qui sont présents dans cinq grandes familles de nutriments : les acides gras; les vitamines, minéraux et oligo-éléments; les flavonoïdes et les saponines et les fibres alimentaires.

Les flavonoïdes, moins connus et qui font l'objet actuellement de nombreuses études, méritent davantage notre attention. Un résumé des bénéfices physiologiques obtenus par des composés phénoliques dans trois études sérieuses (Réf. :^{1,2,3}), est présenté dans le tableau. Même si les résultats sont prometteurs, l'état des connaissances actuelles est insuffisant pour pouvoir recommander ces composés phytochimiques sous forme de suppléments. Par contre, il semble tout à fait raisonnable d'encourager la consommation régulière de légumes et de fruits et d'aliments riches en composés phytochimiques dans le contexte d'une alimentation équilibrée qui contribue à la prévention des maladies cardiovasculaires. **AC**

- Hornstra G. et coll. Functional Food Science and the Cardiovascular System. Brit. J. of Nutrition 1998, 80 Suppl. 1, S 111-46
- Miller A. Cardiovascular disease : toward a unified approach. Alt. In Medecinal Review.
- Platzman A. Functionnal foods : figuring out the facts. Food Product Design. November 1999.

Les Québécoises et la pratique d'activités physiques : quand « La priorité, c'est les autres! »

Le premier avis du Comité scientifique de Kino-Québec affirme qu'un mode de vie sédentaire constitue un facteur de risque pour plusieurs problèmes de santé et une longévité réduite¹ et, à l'opposé, que la pratique régulière d'activités physiques peut diminuer le taux de mortalité, améliorer le profil de risque en regard de plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, cancer du côlon, obésité) et générer de nombreux bénéfices au plan de la santé et du bien-être. Mais qu'en est-il pour les Québécoises âgées de 25 à 44 ans? Sont-elles suffisamment actives pour en retirer des bienfaits pour la santé? Quels sont les groupes de femmes les plus à risque de sédentarité? Quels sont les facteurs limitant ou freinant leur pratique d'activités physiques? Que faire pour les inciter à pratiquer des activités physiques pour leur bien-être? Le Groupe de travail sur la problématique des femmes et de l'activité physique de Kino-Québec a entrepris une étude afin de répondre à ces questions². Après un bref constat épidémiologique, cet article présente quelques points saillants de l'étude et propose une approche, susceptible de rejoindre les aspirations des femmes, en matière d'activité physique.

Constat : le passage à l'âge adulte entraîne une diminution importante de la pratique d'activités physiques

Les données de l'*Enquête québécoise et de santé 1998* (EQAPS-1998) récemment publiées dans le *Plan d'action 2000-2005* de Kino-Québec³ montrent que la pratique d'activités physiques diminue de façon importante lorsque les jeunes passent à l'âge adulte et ce, tant pour les femmes que pour les hommes (voir graphique). On note ainsi que le pourcentage de

femmes actives, c'est-à-dire celles s'adonnant à des activités physiques trois fois ou plus par semaine pour une dépense énergétique hebdomadaire d'au moins 1000 kcal, chute de 73 % chez les 15-24 ans à 48 % chez les 25-44 ans. Une autre source d'inquiétude provient du fait que le pourcentage de femmes sédentaires, c'est-à-dire celles pratiquant peu ou pas d'activités physiques de façon régulière, double, passant de 16 % à 33 %.

...et la situation ne semble pas évoluer dans le bon sens

La comparaison des données de l'EQAPS-1998 avec celles de l'EQAPS-1993 indique, par ailleurs, que la situation ne va pas en s'améliorant : le pourcentage de femmes sédentaires est croissant et ce, pour tous les groupes d'âge. Pour freiner la tendance, il s'avère crucial de mieux comprendre les diverses facettes du problème. Afin d'amorcer une démarche en ce sens, le Groupe de travail a procédé à une analyse des données pertinentes de l'Enquête sociale et de santé 1993 de Santé Québec et a organisé des groupes de discussion.

Des « patterns » d'influence différents pour les femmes et les hommes

Des analyses statistiques multivariées ont montré que le « pattern » des facteurs explicatifs de la pratique d'activités physiques est passablement différent chez les hommes et les femmes : le type de ménage et la scolarité affichent une influence nettement plus prononcée sur les femmes que sur les hommes. Ainsi, le fait de vivre en couple et avec des enfants limite davantage la pratique d'activités physiques des femmes que celle des hommes. Les analyses statistiques ont permis en outre d'identifier plus précisément les caractéristiques sociales

des femmes qui sont plus à risque en terme de sédentarité; il s'agit des femmes détenant un emploi, vivant avec un conjoint et des enfants et ayant une scolarité peu élevée.

La parole aux principales intéressées !

Avec la collaboration de la compagnie SOM Recherches et sondages, nous avons organisé des groupes de discussion auprès de quatre groupes de femmes possédant les caractéristiques ci-dessus mentionnées, deux groupes de femmes étant sédentaires et deux pratiquant régulièrement de l'activité physique. Il s'agissait de mieux cerner les facteurs limitant et facilitant la pratique d'activités physiques qui sont spécifiques aux femmes de 25 à 44 ans. Cette méthode de recherche, de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé, offre la possibilité d'approfondir une question complexe en discutant avec les personnes concernées. Voici les points saillants qui ressortent de ces rencontres.

Épuisement, culpabilité et oubli de soi

L'image de la femme débordée par les tâches ménagères, les soins aux enfants, les activités avec le conjoint et le travail n'est pas un mythe mais une réalité. Les commentaires formulés par les femmes peu actives traduisent de façon éloquent leur épuisement face au cumul des tâches et responsabilités : « On est à une période de notre vie où les enfants nous accaparent beaucoup. Et puis c'est moi qui fait tout, le ménage et tout le reste. Ajoutez le stress du travail avec ça, à la fin de la journée, on est vidée ! Brûlée ! Je n'ai plus d'énergie pour aller faire de l'activité physique ! ». Il ressort également des discussions que leur éthique, c'est-à-dire les normes et valeurs qui guident leurs conduites, fait en sorte que plusieurs d'entre elles se

sentent « coupables » d'aller faire de l'activité physique « pour elles » aux dépens des tâches ménagères, des devoirs scolaires, des lunchs des enfants, etc. Pour elles, la priorité, ce sont les autres ! Une participante rend bien compte du dilemme auquel les femmes se sentent confrontées : « L'activité physique pour moi, ce n'est pas une priorité. Il faut faire des choix entre ton mariage, tes enfants, puis ta santé à toi. Ou bien on est « top shape », puis on a un mariage qui va bien mal, ou bien on dit je suis peut-être moins « top shape », mais le soir à neuf heures mon chum rentre puis on est ensemble. On jase, on fait ce qu'on veut. Les enfants sont couchés, c'est notre petit moment. La fin de semaine, il y a l'épicerie, le garage pour l'auto, il y a ceci, il y a cela. Faire de l'activité physique, dans mon cas, ce serait être déchirée tout le temps. Est-ce que je m'occupe de moi ou de nous-autres ? »

Pour les femmes actives, la pratique d'activités physiques, c'est un droit et un moyen de se « ré-énergiser »

Mais qu'en est-il des femmes qui sont actives ? Éprouvent-elles également ce sentiment de culpabilité face à l'idée de se réserver du temps pour faire de l'activité physique ? Les réactions ont été presque consensuelles : non ! Leurs commentaires suggèrent qu'elles ont développé une autre conception de leurs devoirs et de leur qualité de vie : les bienfaits retirés de l'activité physique sont perçus comme avantageux pour toute la famille : « Je ne me sens pas coupable de prendre du temps pour faire de l'activité physique, parce que je pense que je mérite bien au moins une petite heure par jour. Ma santé physique est bien plus importante que faire du ménage, et puis si je suis en forme, toute la famille va en profiter ! ». Certaines ont également développé des stratégies efficaces pour intégrer l'activité physique à leurs activités quotidiennes.

Fait apparemment paradoxal, les femmes actives dans leur moment de loisir affirment que l'activité physique constitue pour elles un moyen pour refaire le « plein d'énergie » et ce, même si elles ont un travail exigeant au plan physique. Ces données suggèrent que le lien entre les dimensions mentales et physiques

mériterait d'être davantage pris en considération dans les interventions de promotion de l'activité physique auprès des femmes.

Des facteurs incitatifs clés : « faire le vide », « décompresser », « pour le plaisir, pas par obligation ! »

Plus que la dépense énergétique et plus que les préoccupations de santé, c'est l'aspiration à évacuer le stress, à se « libérer des tensions », qui incite les femmes à faire de l'activité physique. Ce motif est également prédominant chez celles qui sont peu actives ou sédentaires lorsqu'elles envisagent la possibilité de faire de l'activité physique. La conception que les femmes se font de l'activité physique ne se limite donc pas à une « dépense de calories ». Le bien-être mental semble avoir autant d'importance, sinon plus, que la forme et la condition physique. La pratique d'activités physiques constitue un moyen pour « s'évader » des éléments stressants et des sollicitations, ainsi que pour se réserver un « espace temps » où elles peuvent refaire leur « forces mentales ». Point également récurrent dans les commentaires des femmes, la pratique d'activités physiques ne doit pas représenter pour elles une obligation, un « devoir » supplémentaire ! Le maintien d'une pratique régulière passe par le plaisir qu'elles retirent d'une activité, constat qui n'est d'ailleurs pas nouveau.

Une conception restrictive de l'activité physique

Plusieurs femmes peu actives ou sédentaires ne perçoivent pas certaines activités quotidiennes, telles aller jouer au parc avec les enfants ou aller promener leur chien, comme étant des activités physiques susceptibles d'avoir un effet bénéfique sur leur santé. Même si elles sont de faible intensité, les activités de ce genre n'en demeurent pas moins valables au plan de la santé et méritent d'être encouragées d'autant plus qu'elles peuvent s'intégrer facilement à la vie quotidienne des femmes.

Une faible collaboration du conjoint

L'appui du conjoint dépasse rarement l'encouragement verbal. Aucune participante n'a mentionné que son conjoint offrait de partager des tâches

ménagères pour lui permettre d'avoir une période de temps libre afin de pratiquer des activités physiques. La sportivité du conjoint ne semble pas davantage avoir d'impact positif sur la pratique des femmes : d'une part, plusieurs femmes affirment ne pas avoir les mêmes goûts que leur conjoint en matière de sport, et d'autre part, la revendication pour l'équité en matière de temps libre consacré à la pratique d'activités physiques ne paraît pas constituer une priorité pour les femmes.

Quelle approche adopter ?

Les résultats de l'étude nous amènent à formuler les recommandations suivantes afin d'inciter un plus grand nombre de femmes à adopter et à conserver un mode de vie physiquement actif :

- sensibiliser les femmes, notamment celles qui doivent concilier travail et famille, au fait qu'elles ont le droit de se réserver du temps pour s'adonner à des activités physiques qui leur plaisent ; leur bien-être personnel et leur famille ne pourront qu'en retirer des bénéfices ;
- promouvoir l'idée que la pratique d'activités physiques constitue un bon moyen d'évacuer les tensions provenant des stress de la vie familiale et professionnelle ;
- encourager les femmes à développer des stratégies afin d'intégrer l'activité physique à leurs activités quotidiennes ;
- sensibiliser les conjoints et les adolescents à l'importance de partager les tâches ménagères afin d'aider et d'encourager leur épouse ou leur mère à s'accorder du temps pour pratiquer des activités physiques.

Compte tenu de l'influence qu'ils sont en mesure d'exercer auprès des femmes, le Groupe de travail encourage particulièrement les médecins à recommander la pratique d'activités physiques auprès des femmes.

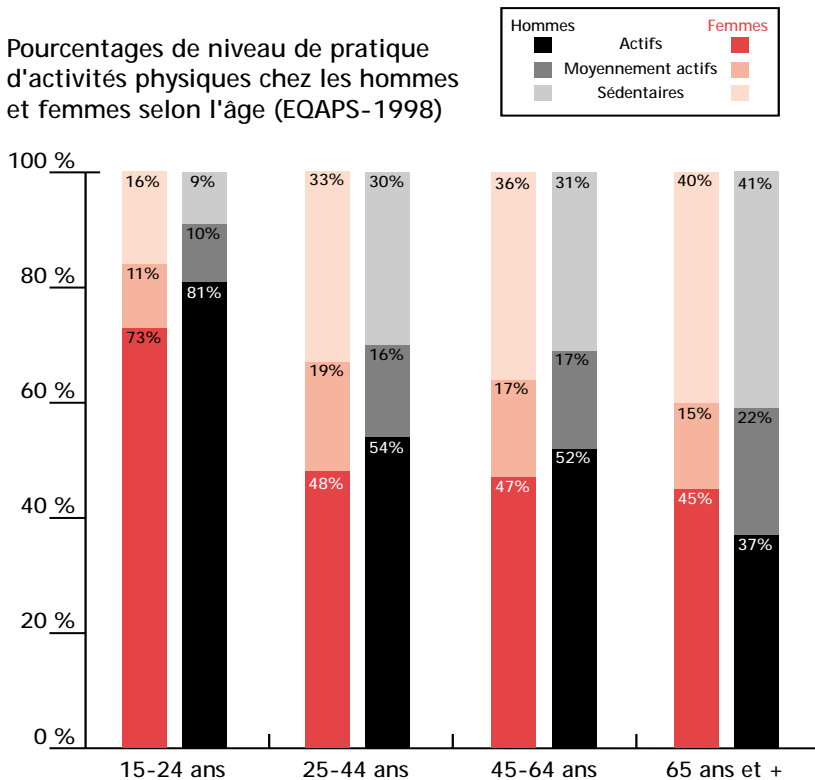
Une responsabilité partagée

Le Groupe de travail est également d'avis que les femmes ne sont pas les seules responsables de leur mode de vie ; les intervenants des divers milieux ont aussi

leur part de responsabilité. Quelles mesures mettent-ils de l'avant pour leur faciliter la pratique d'activités physiques ? À cet égard, les organismes municipaux et communautaires sont encouragés à offrir des services de garderie parallèlement aux programmes d'activités physiques. Les milieux de travail sont

importante que les mères exercent une forte influence sur les jeunes. Nous souhaitons que les divers intervenants dans le domaine de la santé concertent leurs efforts pour faire en sorte que les femmes soient plus actives. L'efficacité des interventions dépend grandement de cette concertation !

Pourcentages de niveau de pratique d'activités physiques chez les hommes et femmes selon l'âge (EQAPS-1998)



encouragés, pour leur part, à organiser des activités de sensibilisation et d'initiation à la pratique d'activités physiques qui intéressent les femmes.

Le Groupe de travail estime qu'il est crucial d'accentuer la promotion de l'activité physique auprès des femmes de 25 à 44 ans afin de prévenir le phénomène d'abandon. Les maladies qui affectent le système cardiovasculaire se développent progressivement et, souvent, sournoisement au cours de cette période de la vie. L'adoption d'une pratique régulière d'activités physiques peut se traduire en des gains notables au plan de la qualité de vie à un âge avancé. Les femmes de 25 à 44 ans constituent une cible d'autant plus

Pour en savoir plus

Les personnes intéressées à obtenir une copie du rapport détaillé de l'étude, intitulé *Le point sur l'activité physique des Québécoises de 25 à 44 ans*, pourront en faire la demande auprès de Joanne Laverdière à Kino-Québec, soit par courriel à joanne.laverdiere@msss.gouv.qc.ca, ou par téléphone au (418) 646-6555. **AC**

1. KINO-QUÉBEC. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec. Québec : Ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.
2. Cette étude a reçu un appui financier du programme Fonds pour la santé de la population de Santé Canada.
3. KINO-QUÉBEC. Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique. Québec : Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 35 p.

Recevoir au goût du cœur; recettes, menus et conseils pour des réunions de famille et d'amis.

Recevoir au goût du cœur, un nouveau livre de la collection Cœur atout de la Fondation des maladies du cœur vient tout juste de paraître. Dans cet ouvrage, Bonnie Stern vous propose des plats et des menus sains qui réjouiront autant le palais que l'œil de tous vos invités. Ce livre devrait vous aider à faire de vos réceptions des événements réussis. On peut se le procurer à la Fondation des maladies du cœur du Québec (1 888 473-4636) ou dans les librairies.

Congrès « Emergency Cardiac Care Update » sur les nouvelles lignes directrices en soins d'urgence cardiovasculaire (SUC) et RCR.

Michel Vaillant
Coordonnateur provincial
Soins d'urgence cardiovasculaire

À San Diego, Californie, du 21 au 24 septembre 2000, avait lieu le Congrès « Emergency Cardiac Care Update » sur les nouvelles lignes directrices en soins d'urgence cardiovasculaire (SUC) et RCR.

Il a été rafraîchissant de constater que la « recertification » de notre réseau de formateurs allait bon train comparativement au reste du Canada, des États-Unis et de l'Europe qui n'ont pas encore débuté ce processus.

Beaucoup de questionnements sur les sujets de l'heure telle la RCR sans les ventilations dans des circonstances particulières, l'abandon de la prise de pouls pour le grand public, de même que certaines controverses sur la classification de certains médicaments dans les algorithmes. Un fait demeure, une période d'adaptation sera nécessaire et un suivi aussi afin que l'essentiel des lignes directrices 2000 soit bien transmis et utilisé.

Parmi les grands dossiers qui ont dominé la rencontre, le chef incontesté est l'accès public à la défibrillation, suivi de près par la RCR dans les écoles de même que les techniques d'enseignement d'aujourd'hui et de demain. Beaucoup d'histoires à succès venant de partout, mais ces histoires demeurent des exceptions et non des généralités. L'avenir nous dira si les nouvelles lignes directrices, basées sur un consensus scientifique international, auront aidé à faire avancer la cause des SUC dans le monde. **AC**

Le tabagisme : penser globalement et agir localement

11^e Congrès mondial sur le tabac ou la santé, Chicago, 6 au 11 août 2000

« **N**ous devons briser le silence au sujet du tabac. Nous ne pouvons plus être passif et assister en silence à la progression d'une épidémie qui tue déjà 4 millions de personnes chaque année et qui devrait causer 10 millions de morts en 2030. » C'est ainsi que s'exprimait le Dr Gro Harlem Brundtland, directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son discours d'ouverture du 11^e Congrès mondial sur le tabac ou la santé qui se tenait à Chicago du 6 au 11 août dernier.

Pour le Dr Brundtland, la situation est très claire : le tabagisme est une épidémie mondiale et l'industrie du tabac, une source importante du problème. Elle croit qu'il est temps de confronter ceux qui nient la réalité de cette épidémie et de chercher des moyens d'aider les individus à changer les comportements qui mettent leur santé en danger. Le Dr Brundtland ajoute qu'il est temps de responsabiliser l'industrie du tabac pour les promesses qu'elle a faites de corriger ses erreurs et l'amener à participer à solutionner cette crise de santé publique.


Une importante mobilisation

Avec ses 4 500 délégués en provenance de plus de 120 pays, ce 11^e Congrès mondial sur le tabac ou la santé était de loin le plus important dans l'histoire de ce rassemblement triennal. D'ailleurs, cette imposante délégation est à l'image même du dynamisme et de l'engagement des centaines de milliers de professionnels de la santé et d'intervenants qui accordent, plus que jamais, une priorité à la lutte contre le tabagisme au niveau mondial.

Puisque le problème du tabagisme soulève un enjeu plus large que les questions médicales et de santé, ce congrès traitait aussi notamment des facettes économiques, sociales, éducationnelles et politiques de la question; dépendance à la nicotine, méthodes d'arrêt tabagique, prévention, mesures législatives, lobbying, poursuites légales, publicité et relations avec les médias.

Une solution à notre portée

Il ressort aussi de ce congrès que bien que la question du tabagisme soit très large, la solution à ce problème réside, pour une bonne part, dans chacune de nos actions quotidiennes et dans notre engagement à promouvoir un avenir sans tabac. En effet, notre préoccupation constante de voir réduire le tabagisme dans notre milieu de travail, notre famille, notre ville, notre province et notre pays est une solution à notre portée. Notre engagement dans des regroupements plus larges issus de notre communauté est aussi une façon de contrôler l'épidémie du tabagisme. L'inaction et l'indifférence est à la source du problème; l'engagement propose des solutions. Et comme le suggérait la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé : « Donnons-nous la possibilité de réaliser un mouvement international solide de contrôle du tabac qui permet aux pays et à leurs habitants de travailler ensemble pour contrer les risques de l'usage du tabac. »

Note : certaines conférences présentées au congrès de Chicago peuvent être visionnées à : www.conference-cast.com/wctoh/ccast_schedule.htm 

Les 10 mesures du plan global de contrôle du tabagisme de l'OMS

- Protéger les enfants de la dépendance au tabac.
- Utiliser des politiques fiscales pour décourager l'usage du tabac, telles que des taxes sur le tabac qui augmentent plus rapidement que la croissance des prix à la consommation et que les revenus de la population.
- Utiliser une portion de l'argent recueilli par les taxes sur le tabac pour financer d'autres mesures de contrôle du tabac et de promotion de la santé.
- Accroître la promotion de la santé, l'éducation à la santé et les programmes d'arrêt du tabagisme. Amener les travailleurs de la santé et les organismes de santé à donner l'exemple en étant sans fumée.
- Protéger de l'exposition involontaire à la fumée de tabac secondaire.
- Éliminer les incitatifs socio-économiques et comportementaux qui maintiennent et font la promotion de l'usage du tabac.
- Éliminer la publicité directe et indirecte du tabac, la promotion et la commandite.
- Contrôler les produits du tabac, en incluant des avertissements de santé plus évidents sur les produits du tabac et dans toute publicité encore présente; limiter et obliger l'identification des composants toxiques contenus dans les produits du tabac et sa fumée.
- Promouvoir des alternatives économiques à la culture et à la production du tabac.
- Assurer la gestion efficace, le suivi et l'évaluation des enjeux liés au tabac.



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!

Les femmes et la santé cardiovasculaire

SITES QUÉBÉCOIS ET CANADIENS

Le réseau canadien pour la santé des femmes
<http://www.cwhn.ca/>

Women's Health Matters

<http://www.womenshealthmatters.ca/centres/cardio/index.html>

En quoi les crises cardiaques chez l'homme et chez la femme diffèrent-elles?

<http://www.canadian-health-network.ca/faq/faq/women-femmes/6f.html>

Le centre d'excellence pour la santé des femmes

<http://www.cesaf.umontreal.ca/f.qui.part.part1.html>

Bureau pour la santé des femmes

<http://www.hc-sc.gc.ca/pcb/whb/frepage.htm>

SITES AMÉRICAINS

Take Wellness to Heart

<http://women.americanheart.org/>

New York Times Women's Health Resources

<http://www.nytimes.com/specials/women/whome/resources.html>

Women and Coronary Heart Disease

<http://www.thriveonline.com/health/heart/women/>

Women and Heart disease

<http://nihlibrary.nih.gov:8082/about/exhibit/heartdisease/main.htm>

Healthy Heart Handbook for women

<http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/hhw/index.htm>

Facts about heart disease and women : are you at risk ?

http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/other/wmn_risk.htm

Society for Woman's Health Research

<http://www.womens-health.org>

The HERS study results and ongoing studies of women and heart disease

<http://www.nhlbi.nih.gov/new/press/18-1998.htm>

Women and heart disease exhibit sources

<http://nihlibrary.nih.gov/about/exhibits/heartdisease/sources.htm>

SITES EUROPÉENS

Le tabagisme chez la femme

http://www.fedecardio.com/magazine/coeur_femme3.htm

Les facteurs de risque inhérents à la femme

http://www.fedecardio.com/magazine/coeur_femme2.htm

La maladie coronaire de la femme

http://www.fedecardio.com/magazine/coeur_femme4.htm



Les colloques à venir à l'extérieur du Canada et des États-Unis sont disponibles sur le Site Internet du Forum : www.forumscv.qc.ca

12-15 novembre 2000

73^e Scientific Session of the American Heart Association
New Orleans, Louisiana, États-Unis

Tél. : (214) 706-1543

Télec. : (214) 373-3406

Courriel : sessions@heart.org

23-24 novembre 2000

2000 raisons de prendre soin de son cœur

18^e Assemblée scientifique annuelle du Collège québécois des médecins de famille

Post congrès ACLS 25-26 novembre

Hôtel Loews Le Concorde - Québec

Contacteur : Mme Danielle Gendron

Tél. : (514) 481-5962 ou 1 800 481-5962

Courriel : cqmf@sympatico.ca

30 novembre-1^{er} décembre 2000

Les 9^e journées annuelles

du département de médecine

de l'Université de Montréal

Palais des Congrès, Montréal

Info. : (514) 343-6367

18-20 janvier 2001

Prevention VI Conference :

Diabetes and Cardiovascular Disease

American Heart Association

Orlando, Floride

Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/index.html>

14-16 février 2001

26^e International Stroke Conference

Stroke Council of the American Heart Association

Fort Lauderdale, Florida

Tél. : (214) 706-1543

Télec. : (214) 706-5262

Courriel : strokeconference@heart.org

28 février-3 mars

41^e Annual Conference on Cardiovascular Disease

Epidemiology and Prevention

American Heart Association

San Antonio, Texas

Site Internet : <http://www.americanheart.org/Scientific/confer/index.html>

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. Consultez le site Internet du Forum www.forumscv.qc.ca pour une plus grande sélection de colloques.

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, MBA

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, M.Sc Santé communautaire

Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, MSSS.

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

Dépôt légal : 3^e trimestre 2000

Bibliothèque Nationale du Canada

Bibliothèque Nationale du Québec

ISSN : 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro:

le 4 décembre 2000

Tirage: 15 000 copies

* Plus de 161 copies téléchargées du Vol 5 no 2

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

Veillez faire parvenir vos commentaires et vos textes

à Mme Hélène Poirier :

Tél : (514) 871-1551 poste 244 ou 1 800 567-8563

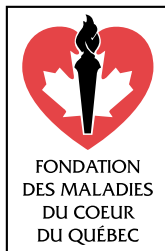
Télec. : (514) 871-5342

Courriel : hpoirier@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



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST

Eli Lilly

AstraZeneca

