



# 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 6, numéro 2  
Printemps - Été 2001

## Dans ce numéro

Nouvelles du Forum .....	1
L'hormonothérapie & les maladies coronariennes .....	7
La réadaptation après un AVC et la difficulté de trouver des interventions médicales efficaces .....	8

## CAHIER SPÉCIAL

Le bilan lipidique :  
Pour des résultats  
valides et fiables

### Kino-Québec

Un peu, c'est déjà beaucoup! Une  
expérience prometteuse en Estrie....2

### Cholestaction Québec

Un grain de sel non négligeable :  
Les études DASH ..... 4 |

### Conseil québécois sur le tabac et la santé

Bof, le mal est fait... Faut-il vraiment  
que je cesse de fumer ? ..... 10 |

### Informations à partager

Nouvelles de la Fondation .....	3
Sites Internet : .....	12
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 sur les différents champs d'intervention en prévention vasculaire cérébrale et cardiaque et ce, auprès des médecins et autres professionnels de la santé du Québec.



## Nouveautés au comité de rédaction

**De nouveaux défis pour le Dr Alain Vanasse**  
Il y a plus de cinq ans que le bulletin *Les actualités du cœur* est diffusé à l'ensemble des professionnels du domaine de la santé cardiovasculaire. Le succès et la qualité de cet outil de communication sont attribuables au travail de collaboration de nombreux partenaires. Nous désirons souligner l'implication bénévole et hautement professionnelle de l'un de ceux-ci, soit le Dr Alain Vanasse. En effet, celui-ci a été un des pionniers du bulletin et du Forum. Il a été membre du comité de rédaction depuis sa création (1996) et a occupé le poste de rédacteur en chef depuis les deux dernières années. Sa participation a été grandement appréciée par toute l'équipe du comité de rédaction. Désirant relever de nouveaux défis, le Dr Vanasse quittera le poste qu'il occupe au sein du bulletin, soit celui de rédacteur en chef, pour occuper celui de Président du comité Prévention/Promotion de la santé de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Nous tenons à lui offrir nos plus sincères remerciements pour toutes ces années d'implication et nous lui souhaitons la meilleure des chances dans ses réalisations futures.

**Nouveau rédacteur en chef : Dr Denis Drouin**  
Pour succéder au Dr Vanasse, au poste de rédacteur en chef, nous vous annonçons avec grand plaisir la nomination du Dr Denis Drouin. Membre du comité de rédaction depuis un an, le Dr Drouin a su faire preuve d'un grand

dynamisme et d'un professionnalisme digne de mention.

Le Dr Drouin possède une réputation bien établie dans le domaine des activités éducatives interactives en cardiologie. Son expérience variée en santé cardiovasculaire, englobant un éventail d'expertises telles que l'enseignement, la pratique clinique et la promotion de la santé, s'inscrit très bien dans les orientations du bulletin et du Forum.

Il a reçu le prix Médecin de cœur et d'action en formation médicale continue, décerné par l'Association des médecins de langue française du Canada. De plus il est associé au Centre de formation continue de l'Université Laval où il coordonne le développement d'activités éducatives interactives en cardiologie et aussi dans plusieurs autres disciplines médicales. Il est aussi responsable entre autres, 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.

### Nouveau membre : Dr Danielle Pilon

Depuis février dernier, nous sommes heureux d'accueillir le Dr Danielle Pilon à titre de membre du comité de rédaction du bulletin. Le Dr Pilon possède une formation spécialisée en Médecine Interne ainsi qu'en Pharmacologie clinique. Elle a complété deux Maîtrises dont une en Pharmacologie ainsi qu'une en Épidémiologie et Biostatistiques. Elle est professeur adjoint à la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke. Elle pratique comme interniste et pharmacologue clinicienne au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.

Nous sommes assurés que ces changements contribueront à améliorer la qualité du bulletin.

\* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

# Un peu, c'est déjà beaucoup!

## Une expérience prometteuse en Estrie

**A**u cours de l'automne 2000, la Direction de la santé publique de l'Estrie et Kino-Québec ont organisé 15 rencontres, sous forme de dîner-causerie, qui se sont tenues dans les principales cliniques médicales et les CLSC.

Ces interventions ont été réalisées avec un double mandat. Pour la Direction de la santé publique, l'intention était de faire connaître, aux médecins, une pratique efficace de prévention en matière de santé cardiovasculaire, tout en expérimentant une formule de présentation brève et interactive. Pour Kino-Québec, il s'agissait de promouvoir les nouvelles recommandations de son comité scientifique.

### Le message à diffuser

On a longtemps cru que seules les activités physiques intenses (70 à 85 % de la capacité de travail maximale) étaient bénéfiques pour la santé, d'où la prescription bien connue : 3 fois 20 minutes par semaine d'une activité physique intense. Si cette recommandation demeure valable, les études récentes proposent une nouvelle vision de la relation entre l'activité physique et la santé.

Dans le plus récent avis du comité scientifique de Kino-Québec *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, 1999 on recommande de consacrer un minimum de 30 minutes à des activités d'intensité modérée au cours de la journée. Selon ce groupe d'experts, l'activité physique peut être efficace comme traitement non pharmacologique, réduisant l'impact de

l'hypertension, du diabète et de l'obésité tout en modifiant favorablement le profil sanguin des lipides et des lipoprotéines. Un peu, c'est déjà beaucoup ! Tel a été le message principal livré par l'équipe de la Direction de la santé publique. Un message simple et sans équivoque.

### Un dîner-causerie, docteur ?

Une rencontre de trente minutes a été mise au point et offerte aux cliniques médicales et aux CLSC de l'Estrie, principalement sous la forme d'un déjeuner ou d'un dîner-causerie. En plus de promouvoir les nouvelles recommandations du comité scientifique Kino-Québec et de présenter les messages à utiliser pour la population, la présentation suggérait aux médecins une formule rapide pour la conduite d'une courte intervention auprès des patients.

L'intervention proposée suggérait aux médecins de s'informer de l'activité physique pratiquée par ses patients au travail, à la maison, par leurs déplacements et dans leurs loisirs et promouvoir auprès d'eux un mode de vie actif selon les six principes suivants :

1. L'activité physique est bonne pour tout le monde.
2. Toutes les activités physiques sont valables.
3. Elles s'additionnent au cours de la journée.
4. Il n'y a pas de minimum.
5. Elles doivent être avant tout une source de plaisir.
6. Elles doivent être régulières, tout au long de l'année.

Des outils ont été développés et distribués aux participants. Un feuillet synthèse de la présentation, élaboré en collaboration avec la Direction de la santé publique de la Montérégie et de Laval, a été préparé à l'intention des médecins comme outil de référence pour évaluer et conseiller les patients (des extraits de ce documents sont présentés dans les tableaux 1 et 2). Une carte de rappel a été proposée pour permettre aux médecins d'établir un « contrat » amenant le patient à s'engager dans des activités précises. Des répertoires de ressources en activité physique pour chacune des municipalités régionales de comté de l'Estrie ont été distribués pour aider les patients à adopter un mode de vie plus actif.

### Un accueil très favorable

Une centaine de médecins, dont plus de 90 % étaient des omnipraticiens, ont participé à l'un ou l'autre des quinze ateliers offerts. Un questionnaire d'évaluation, rempli à la fin de la rencontre, a permis de faire de nombreux constats, dont les suivants :

- 98 % des répondants estiment que le thème était pertinent à leur pratique ;
- La conférence a permis à 89 % des participants d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences alors que 57 % de ceux-ci prévoient modifier leur façon de procéder avec leurs patients ;
- 98 % des répondants sont satisfaits de la formule déjeuner/dîner-causerie.

suite p4 ►

Tableau 1

## Questionner et conseiller votre patient :

Un peu c'est déjà beaucoup

### Ciblez

- Tenez compte des activités physiques faites ... au travail, à la maison, dans les loisirs ou lors des déplacements.
- Concentrez vos interventions auprès des personnes qui n'atteignent pas le volume d'activité recommandé et qui sont disposées à en savoir ou en faire plus.

### Discutez

- Discutez des bienfaits considérables que votre patient obtiendra, même à faible dose. Un peu c'est déjà beaucoup!
- Renforcez les 6 principes.
- Au besoin, aidez votre patient à identifier les motifs qui pourraient l'amener à en faire plus.

### Renforcez

- Mettez sur les activités que votre patient effectue déjà à la maison, au travail, lors de ses déplacements et dans les loisirs.
- Proposez une augmentation de la fréquence ou de la durée de certaines de ces activités.
- Suggérez, au besoin, de nouvelles activités.

### Offrez

- Une ressource: le répertoire des ressources de votre MRC.
- Un engagement : si votre patient se montre ouvert, proposez-lui de prendre un engagement écrit en remplissant la carte de rappel

### Une intervention qui laisse des traces...

Environ quatre mois après la présentation des ateliers, une équipe de quatre étudiants stagiaires de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a réalisé une étude d'évaluation des impacts à court terme auprès des 93 omnipraticiens ayant participé à l'atelier sur l'activité physique.

Avec un taux de réponse de près de 60 %, l'analyse du questionnaire indique que 85 % des médecins ont retenu au moins un des messages importants de la conférence. La même proportion de médecins considère la conférence utile à

leur pratique. Environ 25 % des répondants utilisent les outils mis à leur disposition pour aider leurs patients à modifier leurs comportements. Lorsque les outils sont utilisés, 38 % des médecins les remettent lors de la consultation.

Cette formule brève, dynamique et adaptée à des groupes restreints de médecins dans leur milieu de travail semble remporter la faveur des médecins malgré leur horaire chargé.

L'approche utilisée a permis l'intégration de messages simplifiés et adaptés pour la prévention clinique.


Toutefois, il reste beaucoup à faire pour améliorer et évaluer les outils utilisés pour les patients. En raison du contexte actuel de l'organisation du travail des médecins, la promotion et l'utilisation d'outils de prescription demeurent un défi. Bref, un peu, c'est déjà beaucoup. Plus, ce serait encore mieux ! 

Tableau 2

## Suggestions d'activités

### Au travail

- Je profite de l'heure du lunch pour marcher un peu
- Je choisis l'escalier plutôt que l'ascenseur

### À la maison

- Je joue vigoureusement avec les enfants
- Je nettoie, je range, sur une musique entraînante
- Je bricole, je jardine, je rénove, j'embellis

### Par mes déplacements

- Je prends le vélo ou mes patins, je marche jusqu'au dépanneur
- Je descends de l'autobus ou gare la voiture à bonne distance du travail ou du cinéma

### Dans mes loisirs

- Je découvre à pied de nouveaux endroits
- Je fais une grande promenade avec le chien
- Je nage, je skie, je patine, je cours, je danse, je saute à la corde



### LE CHOLESTÉROL AU CŒUR DU TRAVAIL

Compte tenu du fait que la moitié des adultes québécois ont un taux de cholestérol supérieur au niveau acceptable pour la santé cardiovasculaire, le programme *Au cœur du travail* visait cette année à sensibiliser la population à l'importance de conserver des taux de cholestérol et des triglycérides sanguins à un niveau acceptable pour la santé cardiovasculaire.

L'édition 2001 a rejoint plus de 100 000 travailleurs à travers le Québec, par le biais de napperon à la cafétéria ou de dépliant accompagnant la paye. À l'aide d'un questionnaire, le programme a aussi mesuré le degré de connaissance des travailleurs québécois en ce qui concerne le cholestérol et les triglycérides sanguins.

Les résultats nous révèlent qu'une forte proportion de ceux-ci semble bien informé sur ces facteurs de risque et sur les moyens de les contrôler. Toutefois, certaines notions liées au cholestérol demeurent confuses :

- 45,7 % des répondants croient à tort qu'il y a du cholestérol dans l'huile d'olive, les noix et les avocats;
- 68,5 % considèrent qu'il y a du bon et du mauvais cholestérol dans le sang et les aliments, alors que ces termes font uniquement référence au type de transport du cholestérol sanguin.

### La recherche sur les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux

La Fondation des maladies du cœur du Canada invite les chercheurs à soumettre des demandes pour ses divers programmes de bourses de recherche, incluant les domaines de la promotion de la santé et du comportement, reliés aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux (délai de présentation des demandes indiqué entre parenthèses) :

- Subvention pour projet de recherche (31 août 2001)
- Nouveau chercheur (31 août 2001)
- Bourse de perfectionnement en recherche (1er novembre 2001)
- Bourse de recherche au doctorat (1er novembre 2001)
- Bourse de chercheur invité (14 décembre 2001)
- Bourse de perfectionnement en sciences infirmières (15 mars 2002)

Le financement des candidats retenus commencera le 1er juillet 2002.

On peut se procurer les formulaires de demande sur le site Internet de la Fondation des maladies du cœur du Canada « Programmes de recherche » à l'adresse électronique suivante : [www.hsf.ca/research](http://www.hsf.ca/research)

Pour de plus amples informations, adressez-vous à :  
Fondation des maladies du cœur du Québec  
Tél. : (514) 871-1551 poste 230

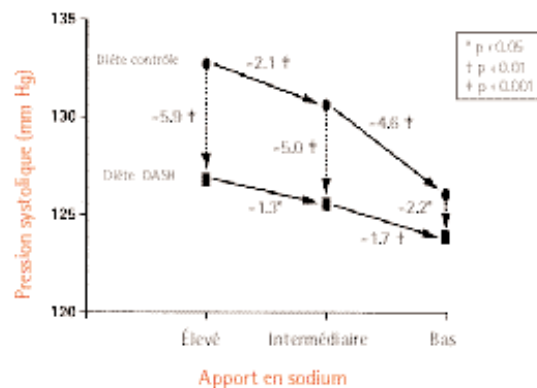


# Un grain de sel non négligeable : *Les études DASH*

**M**algré un avancement scientifique effréné, les maladies cardiovasculaires (MVC) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent toujours les premières et quatrième causes de décès chez les Canadiens. L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque majeur pour ces deux maladies. Chez les Canadiens, un adulte sur cinq est atteint d'hypertension artérielle. La perte de poids ou le maintien d'un poids santé, la réduction de l'alcool, la diminution de l'apport en sodium ainsi que la pratique régulière d'activité physique constituent les approches non pharmacologiques préconisées dans la prévention et le traitement de l'HTA. Selon certaines études épidémiologiques, des corrélations inverses entre la tension artérielle et l'apport en nutriments tels que le potassium, le magnésium, le calcium, les fibres et les protéines ont été rapportées. Bien que ces effets aient été plus ou moins démontrés par des études cliniques, les études DASH (Diet Approach to Stop Hypertension) viennent corroborer les effets simultanés de ces nutriments sur la tension artérielle. Devrions-nous, à l'heure actuelle, réviser nos recommandations dans le traitement non pharmacologique de l'HTA?

Figure 1

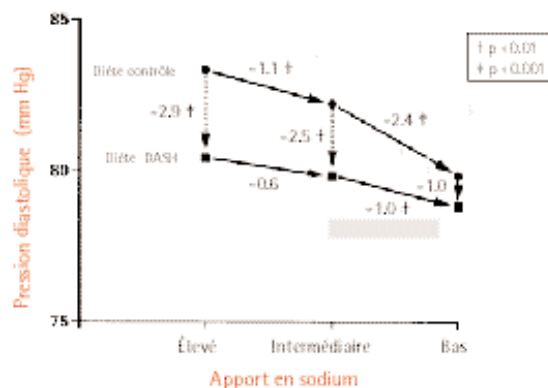
L'effet du régime DASH combiné à une restriction en sodium sur la pression artérielle systolique



Source : Sacks FM, N Engl J Med, Vol. 344, no.1, 3-10

Figure 2

L'effet du régime DASH combiné à une restriction en sodium sur la pression artérielle diastolique



Source : Sacks FM, N Engl J Med, Vol. 344, no.1, 3-10

## L'étude DASH

Cette étude américaine (1997), multicentrique et métaboliquement contrôlée, avait pour but d'évaluer les effets d'un régime alimentaire riche en fruits et légumes, en produits laitiers écrémés incluant des produits céréaliers à grains entiers, de la volaille, du poisson et des noix avec un apport très limité en viande rouge et sucreries chez des adultes ayant une tension artérielle modérément élevée (130 à 139 tension mm Hg/85 à 89 mm Hg) ou élevée (> 140/90 mm Hg). Dans cette première étude, 459 sujets randomisés ont reçu pendant huit semaines l'une des trois diètes suivantes : (1) une diète contrôle identique au régime alimentaire nord-américain, (2) une diète riche en fruits et légumes, restreinte en sucreries, (3) une diète de combinaison (régime DASH) riche en fruits, en légumes et en produits laitiers écrémés. L'apport en sodium était d'environ 3 g par jour et similaire pour les trois régimes alimentaires. Les participants devaient restreindre leur consommation de breuvages qui contiennent de la caféine à trois par jour et les boissons alcoolisées à deux ou moins par jour. Il est à noter que les trois repas incluant les collations étaient préparés dans les cuisines de recherche et distribués aux participants qui se rendaient sur

Tableau 1

# LA DIÈTE DASH

Portions recommandées par jour	Exemples de portion
Produits céréaliers 7 à 8	- 1 tranche de pain - 125 ml ou 1/2 tasse céréales sèches - 125 ml ou 1/2 tasse riz, pâtes - alimentaires, autres céréales
Légumes 4 à 5	- 250 ml laitue ou autres feuillus - 125 ml ou 1/2 tasse de légumes - 200 ml ou 3/4 tasse jus de légumes
Fruits 4 à 5	- 1 fruit moyen - 125 ml ou 1/2 tasse de fruits frais, - congelés ou en conserve - 200 ml ou 3/4 tasse de jus de fruits - 60 ml ou 1/4 tasse de fruits séchés
Produits laitiers faibles en gras 2 à 3	- 250 ml ou 1 tasse de lait écrémé ou 1 % - 250 ml ou 1 tasse de yogourt écrémé - 50 g ou 1 1/2 onces fromage partiellement - écrémé ou écrémé
Viande, volaille et poisson 2 ou moins	- 90 g ou 3 onces de viandes maigres, volaille, - poisson ou fruits de mer
Légumineuses, noix et graines 4 à 5 par semaine	- 125 ml ou 1/4 tasse de légumineuses cuites - 85 ml ou 1/3 tasse de noix - 30 ml ou 2 c. à table de graines de tournesol
Matières grasses 2 à 3	- 5 ml ou 1 c. à thé d'huile ou margarine - 5 ml ou 1 c. à thé de mayonnaise régulière - 15 ml ou 1 c. à table de mayonnaise - réduite en gras - 15 ml ou 1 c. à table de vinaigrette régulière - 30 ml ou 2 c. à table de vinaigrette - hypocalorique
Collations et sucreries 5 par semaine	- 1 fruit moyen - 250 ml ou 1 tasse de yogourt - 125 ml ou 1/4 tasse de yogourt congelé - 200 ml ou 3/4 tasse de bretzels - 125 ml ou 1/4 tasse de gélatine aux fruits - 15 ml ou 1 c. à table de sirop d'érable, sucre, - confiture - 3 bonbons durs

Source: Étude D.A.S.H.

le site une fois par jour pour y prendre un repas durant la semaine. Une pesée quotidienne des participants permettait d'ajuster le niveau d'énergie pour maintenir le poids stable durant l'étude. Des journaux alimentaires et des collectes urinaires ont été complétés.

## Les résultats

Le régime de combinaison DASH a réduit de façon significative la pression systolique de 5,5 mmHg et la pression diastolique de 3,0 mm Hg pour l'ensemble des sujets. Dans le groupe de participants non hypertendus, des réductions de

3,3 mm Hg et de 2,1 mm Hg ont été rapportées. Cependant, on observe une diminution de la pression artérielle encore plus importante dans le groupe de sujets hypertendus (11,4 mm Hg et de 5,5 mm Hg respectivement). Ces résultats ont été signalés deux semaines après le début de l'étude et se sont maintenus durant les six semaines suivantes.

## Discussion

Un régime riche en fruits, en légumes et en produits laitiers tel que décrit dans le tableau 1, peut influencer favorablement la tension artérielle des adultes hypertendus (< 160/80-95 mm Hg). Avec une augmentation isolée des fruits et légumes, on obtient une réduction moins importante mais significative de la tension artérielle. L'interaction de certains nutriments pourrait expliquer ces résultats puisque les autres facteurs tels que le sodium, l'alcool et le poids ont été contrôlés pour les trois régimes. Cette approche nutritionnelle pourrait avoir des répercussions importantes sur la santé publique puisqu'elle semble être efficace dans la prévention de l'hypertension, sans compter les bénéfices potentiels sur d'autres paramètres métaboliques (hyperhomocystéinémie, oxydation des lipoprotéines, etc.). L'adoption du régime DASH chez les hypertendus, entraînerait une réduction de la tension artérielle similaire à l'utilisation d'une monothérapie pharmacologique et ainsi être une alternative à la médication dans le traitement de l'HTA de stade I. Un tel régime peut aisément s'intégrer aux habitudes alimentaires des Canadiens puisqu'il s'apparente au *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. La diète DASH se distingue par le fait qu'elle tend vers les portions maximales recommandées aux Canadiens pour le groupe des légumes et des fruits et pour les produits laitiers. Bien qu'elle suggère des nouveautés dans l'approche nutritionnelle de l'HTA, les effets d'une restriction sodée n'ont pas été discutés. Ainsi, pour mettre fin à la controverse entourant les effets du sodium sur la pression artérielle, les collaborateurs du groupe de recherche sur la diète DASH ont publié en 2001 les résultats d'une deuxième étude, la diète DASH-SODIUM, cette fois-ci en appliquant une restriction en sodium.

suite p6 ►

## L'étude DASH-SODIUM

Étude métabolique, multicentrique et randomisée dans laquelle les auteurs ont comparé les effets sur la pression artérielle de deux régimes alimentaires (diète DASH versus diète contrôle typique nord-américaine) combinés à trois apports en sodium différents chez 412 adultes présentant une tension artérielle normale ou modérément élevée. Les trois niveaux de sodium étudiés étaient de 150, 100 et 50 mmol par jour pour 2100 calories (ajusté selon l'apport énergétique). L'apport en sodium moyen actuel des Américains est d'au moins 150 mmol par jour, tandis qu'une diète sans sel correspond à plus ou moins 100 mmol par jour. La durée de l'étude était de 12 semaines pour les deux groupes de sujets et les niveaux de sodium variaient à toutes les quatre semaines.

### Les résultats

Comparativement à la diète contrôle élevée en sodium (150 mmol/jour), la diète DASH combinée à un apport faible en sodium (50 mmol/jour) a diminué de 11.5 mm Hg la pression systolique des participants hypertendus et de 7.1 mm Hg des participants non hypertendus. La diète DASH combinée à l'une ou l'autre des restrictions en sel, a diminué la tension artérielle (même avec un apport en sel inférieur au régime sans sel recommandé en prévention de l'HTA). Peu importe le régime alimentaire (régime nord-américain ou régime DASH), la pression artérielle peut être abaissée en réduisant l'apport en sodium de 150 mmol à 100 mmol ou moins par jour. Une plus grande réduction de la pression artérielle a été obtenue avec la diète DASH combinée à un faible apport sodique versus la diète DASH seule ou la réduction sodée seule. Les résultats sont illustrés aux figures 1 et 2. Chez les sujets hypertendus, l'effet de ce régime combiné est égal ou supérieur à la monothérapie pharmacologique dans le traitement de l'HTA de stade I.

### En quelques mots

Cette étude métabolique, où les apports alimentaires ont été contrôlés (compliance vérifiée par des journaux alimentaires et des collectes urinaires), apporte des preuves suffisamment concluantes pour justifier la nécessité de réduire l'apport en

Tableau 2

## Contenu en sodium de certains produits alimentaires

Aliments	Sodium (mg)
Sel (1 c. à thé ou 5ml)	2 330
Fromage (30 g)	180
Thon en conserve, égoutté (1/2 boîte ou 60g)	180*
Gruau instantané régulier (1 paquet)	260
Cornichon à l'aneth (1)	380
Fèves au lard et sauce tomate en conserve (1/2 tasse ou 250 ml)	430
Soupe aux tomates, condensé, 25 % moins de sel (1 tasse ou 250 ml)	600
Sauce soya (1 c. à table ou 15 ml)	920
Macaroni au fromage en boîte (1 tasse ou 250 ml)	460
Frites de restaurant (1 grande)	1 080
Sous-marin avec viande (6 pouces ou 15 cm)	1 500
Lasagne (2 tasses ou 500 ml)	2 060
Ailes de poulet piquantes de restaurant (12 ailes)	2 560

\* en moyenne

100 mmol = 2 300 mg de sodium

Sources: Health Canada, U.S. Department of Agriculture, manufacturers, and CSPI U.S. restaurant studies.

sodium dans la population hypertendue ou non hypertendue. Même si cette étude consent au besoin de diminuer l'apport en sodium dans la population en général, cela représente un défi de taille pour les Nord-Américains, puisque 75 % de l'apport en sel provient des aliments transformés, seulement 25 % de l'apport en sodium est ajouté à la table ou à la cuisson. De plus, le tableau nutritionnel n'étant pas obligatoire sur les produits alimentaires au Canada, il est également difficile pour les consommateurs de faire des choix éclairés. Sachant qu'un Big Mac, deux morceaux de pizza garnie et 12 ailes de poulet procurent respectivement 1050, 1580 et 2560 mg de sodium, il est évident que des collaborations doivent être engagées pour persuader l'industrie alimentaire et le domaine de la restauration à diminuer le sel des aliments préparés. Le tableau 2 indique le contenu en sodium de quelques produits alimentaires vendus en supermarché ou servis dans les restaurants.

### À retenir

En plus des effets rapportés sur la tension artérielle, la diète DASH a définitivement des implications importantes en santé publique. En effet, l'adoption du régime DASH faible en sel pourrait favorablement

déplacer la courbe de distribution de la population en diminuant les risques de maladies cardiovasculaires reliés à l'HTA. Un tel régime pourrait avoir des effets bénéfiques dans la prévention ou la prévalence de l'obésité, du diabète et du cancer. Malgré des résultats très encourageants à court terme (12 semaines); la compliance et les effets à long terme ne sont pas connus. D'autres travaux de recherche devront valider ce régime alimentaire à long terme dans la prévention et le traitement de l'HTA et peut-être faudra-t-il réviser les recommandations actuelles pour l'apport en sodium, qui s'appliquent actuellement uniquement pour les individus hypertendus. Néanmoins, des institutions telles que l'American Heart Association privilégient l'adoption de la diète DASH comme approche nutritionnelle pour la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle. **AC**

### Références bibliographiques:

1. Appel L.J., Moore T.J., Obarzanek E. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med*, 1997; 336 ; 1117-1124.
2. Snacks F.M., Svetkey L.P., Vollmer W.M., et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*, 2001; 344 ; 3-10.
3. Grenland P. Editorials : Beating High Blood Pressure with low-sodium DASH. *N Engl J Med*, 2001; 344 ; 53-54.
4. High blood pressure : The end of an epidemic. *Nutrition Action Healthletter*, 2000 ; 27 ; 3-9.

# Doit-on repenser le rôle de *l'hormonothérapie & les maladies coronariennes*

Réunion annuelle de la Société canadienne de cardiologie - Vancouver, Octobre/Novembre 2000

**A**u congrès de la Société canadienne de cardiologie 2000, le groupe de travail sur la Santé cardiovasculaire des Femmes a présenté ses observations dans un forum de trois heures, accompagné d'un document de travail intitulé « Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference, Women and Ischemic Heart Disease ». Globalement, on y souligne l'augmentation du nombre d'accidents coronariens chez la femme, surtout en fonction du vieillissement de la population et de la survie des femmes jusqu'à un âge avancé.

Dans la plupart des études d'intervention et d'évaluation d'approches pharmacologiques, les participants sont exclusivement ou majoritairement des hommes. Même dans les études avec participantes, les résultats sont le plus souvent présentés de façon globale, sans analyse séparée hommes/femmes. Le groupe de travail recommande le recrutement d'une plus forte proportion de femmes dans les études en cours et à venir et que les résultats hommes/femmes fassent l'objet d'une analyse indépendante. Malgré tout, l'application aux femmes des traitements suggérés par les grandes études (hypertension artérielle, lipides, thrombolyse, post infarctus, etc.) s'accompagne d'une baisse de la mortalité précoce par maladies coronariennes athérosclérotiques (MCAS) et maladies cardiovasculaires.

La sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive des tests diagnostiques ont été évaluées chez les hommes. Pour l'évaluation de la douleur thoracique de la femme, le groupe de travail recommande de suivre un schéma intégrant le type de douleur, le profil de facteurs de risque et la présence d'autres signes ou symptômes


d'athérosclérose pour évaluer d'abord la probabilité que la douleur soit ischémique et propose ensuite un algorithme d'investigation.

La ménopause est une étape charnière dans la santé des femmes. Cette observation s'applique aussi à la santé cardiovasculaire. Avant la ménopause, les femmes ont une « relative immunité » à l'athérosclérose c'est-à-dire qu'elles doivent avoir plus de facteurs de risque pour être aussi malades que les hommes et aussi précocement. Dans les 10 ans qui suivent la ménopause, à facteur de risque constant, leur taux d'événements coronariens augmente plus rapidement. Des études de cohorte (Nurse Health Study) et des études rétrospectives avaient observé 50 % moins de MCAS chez les utilisatrices d'hormonothérapie substitutive (HTS) mais elles avaient aussi de meilleurs habitudes de vie c'est-à-dire moins de tabac, plus actives, plus minces, meilleure alimentation, etc. Pour préciser et quantifier l'effet bénéfique de l'hormonothérapie substitutive des études de prévention primaire Women Health Initiative (WHI) et de prévention secondaire, Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS), et Women Estrogen for Stroke Trial (WEST) ont assigné des femmes ménopausées à un traitement actif avec Premarin® Provera® ou son placebo. Au départ l'hypothèse était de confirmer une réduction d'accident de 50 % dans le groupe sous traitement. L'analyse des résultats de l'étude HERS, publiée en août 1999, n'ont pas démontré de bénéfices après trois ans de traitement, et qui plus est dans les premiers six mois le groupe sous traitement présentait plus de thrombophlébite, d'embolie pulmonaire et d'accidents coronariens que le groupe placebo. Ces observations ont été confirmées par une analyse rétrospective

du suivi des participantes à l'étude CARS (Coumadin Aspirine Reinfarction Study) et le suivi prospectif de participantes à l'étude WEST. Dans ces deux cas, les participantes ont aussi présenté un excès d'accidents coronariens, parfois fatal dans les six mois après le début de l'hormonothérapie substitutive. Cette observation semble aussi confirmée dans l'étude de prévention primaire WHI, mais pas à un niveau nécessitant l'arrêt de l'étude. Fort de ces trouvailles, la recommandation est de NE PAS entreprendre une hormonothérapie substitutive chez les coronariennes et les patientes ayant eu un AVC. Les contre-indications à L'HTF sont les mêmes, c'est-à-dire l'hypertriglycéridémie et/ou une histoire de thrombophlébite profonde ou d'embolie pulmonaire.

L'étude RUTH évalue l'effet cardioprotecteur et anticancéreux du raloxifène, un modulateur des récepteurs d'œstrogène (événements coronariens et cancer du sein) auprès de 11,000 femmes ménopausées soit en prévention primaire, à haut risque, ou en prévention secondaire. Les résultats sont attendus pour l'année 2006.

En attendant, les recommandations traditionnelles de prévention gardent toute leur valeur : éviter le tabagisme, être active physiquement, être près de son poids santé, avoir une alimentation saine et variée, enfin, au besoin prendre la médication qui aide à un contrôle optimal de la glycémie, des lipides et de la tension artérielle.

La recommandation est de NE PAS initier d'hormonothérapie chez les coronariennes et les patientes ayant eu un AVC. Les contre-indications à L'HTF sont les mêmes, c'est-à-dire l'hypertriglycéridémie et/ou une histoire de thrombophlébite profonde ou d'embolie pulmonaire. 

## La réadaptation après un AVC et la difficulté de trouver des interventions médicales efficaces :

### *Il n'y a rien comme la maison!*

**L**e résultat clinique de l'accident vasculaire cérébral (AVC) n'a pas beaucoup changé depuis le dernier demi-siècle en dépit de progrès considérables dans le domaine des soins médicaux.<sup>1,2</sup> Les nouveaux médicaments pour l'AVC comme le TPA sont sur le point de modifier ce portrait lamentable pour certaines personnes, mais malheureusement ils ne profiteront pas au plus grand nombre<sup>3</sup>. Afin d'exercer un effet observable sur le résultat clinique des AVC dans la population, les chercheurs en matière d'AVC se trouvent confrontés soit à prévenir l'AVC – option la plus désirable – soit à offrir des traitements efficaces là où ils peuvent faire le plus de bien, au plus grand nombre possible et au moindre coût. Le but de mon programme de recherche actuel en matière d'AVC est tout simplement de montrer comment y parvenir, mais non pas en réalisant une seule étude, mais en édifiaant un programme de recherche fondé sur des données objectives et appliqué au niveau de la population.

Quelles sont les données objectives qui existent actuellement et dont on pourrait profiter pour conduire un programme de recherche visant à réduire le fardeau des accidents vasculaires cérébraux, non seulement pour la victime, mais aussi pour la famille et la société ? Il y a tout d'abord de bonnes données objectives indiquant que l'organisation des soins est importante en matière d'AVC<sup>4,5,6</sup>. Ces données objectives montrent en effet qu'il y a bien une réduction de l'incapacité et de la mortalité associées à la prise en charge dans une unité consacrée aux soins des AVC ou dans une équipe réservée aux AVC. Toutefois, étant donné le temps de plus en plus court que passent les malades dans les unités de soins intensifs, la possibilité de profiter de ces unités se trouve réduite sauf s'il y a une possibilité d'étendre l'approche de l'unité

réservée aux AVC au-delà des murs de l'hôpital de soins actifs.

Deux de mes activités de recherche abordent cette question. Dans un premier projet : « Il n'y a rien comme la maison : une évaluation des congés précoces soutenus en matière d'AVC<sup>7</sup> », nous avons constaté que le fait d'envoyer à domicile une équipe de soins de réadaptation avec les malades, lorsqu'ils sont médicalement prêts pour le congé, améliorerait l'évolution de l'état des malades – qualité de vie et réinsertion dans la collectivité – et coûtait moins cher que les soins usuels, principalement à cause de la réduction de la réadmission et des visites en salle d'urgence. Le désavantage de l'étude que nous avons réalisée était que seules les personnes accompagnées d'un soignant pouvaient être recrutées pour l'étude, ce qui éliminait presque la moitié de la population atteinte d'AVC. Étaient aussi exclues les personnes qui étaient atteintes d'un déficit moteur en raison d'un AVC ou les personnes nécessitant des soins de longue durée. Ces exclusions, conjuguées au refus des personnes qui ne voulaient pas participer au projet de recherche, ont réduit le groupe étudié à seulement 10 % de toutes les personnes atteintes d'AVC. Il est très difficile de réduire les répercussions des AVC dans la population en offrant une intervention médicale à si peu de personnes.

L'étude a aussi permis de constater le manque de suivi médical des personnes atteintes d'AVC, ce qui était particulièrement inquiétant étant donné que la durée moyenne du séjour pour ce groupe de personnes était de moins de dix jours. Dans notre deuxième projet de recherche, nous avons ciblé cette question de la continuité des soins. Le projet a été conçu pour évaluer les répercussions qu'il y aurait à réunir en équipe une infirmière coordonnatrice en

matière d'AVC avec le médecin personnel du malade pour la prise en charge de celui-ci dans la période qui suit immédiatement le congé. Jusqu'à maintenant, l'étude a permis de recruter 140 malades sur un nombre prévu de 240 sujets et a fait participer dix hôpitaux de soins actifs sur toute l'île de Montréal. La première observation qui en découle est que les infirmières ont plusieurs rôles importants à jouer dans cette période cruciale, notamment en tant que praticiennes, gestionnaires de cas et conseillères en soins de santé. Il reste à voir si l'intervention a des effets spécifiques sur le résultat clinique de l'AVC et si elle aboutit à des réductions de coût pour le système des soins de santé dans son ensemble. Cette deuxième étude vise toutes les personnes atteintes d'AVC renvoyées d'un hôpital de soins actifs à domicile et qui sont donc plus à même de réduire le fardeau des AVC dans la population. La difficulté qui nous attend ensuite sera d'implanter les constatations effectuées dans le système de santé pour les AVC.

L'organisation des services de réadaptation n'est qu'un seul des domaines où on a des données objectives d'efficacité. Nous savons aussi que plus de réadaptation vaut mieux que moins<sup>8</sup>, mais nous en savons moins au sujet du type de services de réadaptation à offrir ou si le type de service importe en fait. S'il importe peu, alors il s'ensuit que les composantes biologiques de l'intervention visent la personne dans son ensemble et sa capacité de s'adapter à un degré fonctionnel nouveau et limité. Mais qu'en est-il du cerveau ?

Il y a de plus en plus de données objectives selon lesquelles certaines personnes hautement motivées peuvent améliorer le fonctionnement d'un de leurs bras et d'une

de leurs jambes en les utilisant de manière répétitive dans leurs activités quotidiennes<sup>9,10,11,12</sup>. On a souvent obtenu cette amélioration en contraignant le membre non touché et en se forçant à utiliser le membre touché. Il y a des données objectives pour étayer le fait que cette amélioration peut se produire même longtemps après la survenue de l'AVC et que les gains fonctionnels réalisés découlent de modifications survenues au niveau du cerveau. Grâce à la réorganisation du cortex, d'autres parties du cerveau prennent la relève pour la fonction et, fait crucial, la fonction reprend un rendement qui se situe près de la normale.

Toute prometteuse qu'elle soit pour certaines personnes, il est peu probable qu'on puisse appliquer ce type de thérapie à grande échelle. Dans certaines études, les personnes effectuaient des tâches avec leur membre pendant plus de dix heures par jour. Elles n'avaient pas de déficit cognitif ni de déficit de la parole et disposaient déjà d'un degré modéré de mouvement pour le membre visé.

Le programme de recherche que j'entreprends actuellement tentera d'agencer les différentes composantes potentielles de cette thérapie axée sur l'accomplissement de tâches de telle sorte qu'ils fassent le plus de bien, au plus grand nombre possible et au moindre coût. La Fondation des maladies du cœur a financé la première d'une série d'études qui examinent ce genre d'intervention. Le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires contribue aussi à cette étude. Un financement pilote a aussi été reçu du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR).

Ce programme de recherche est fondé sur le principe fondamental qui veut que si la thérapie axée sur l'accomplissement de tâches est efficace pour réduire l'incapacité, un entraînement précis aurait une incidence certaine sur la maîtrise de compétences spécifiques et n'en n'aurait pas pour les compétences non pratiquées (spécificité de l'entraînement). On suppose en outre que les avantages de l'entraînement seront maintenus après la cessation de l'intervention parce que le cerveau se sera réorganisé pour permettre une redistribution du mouvement à d'autres réseaux de neurones moteurs. La démarche théra-

peutique globale, qui est bonne pour la personne participante, comporte des bienfaits inconnus pour le cerveau, étant donné que ce qui est enseigné aura des effets généralisés grâce à l'apprentissage de stratégies compensatrices (écrire de l'autre main, par exemple) et à l'établissement de mécanismes de confiance et de lutte, ainsi qu'à la force et à l'endurance.

Le programme doit avoir plusieurs composantes étant donné que le groupe de personnes atteintes d'AVC sont assez hétérogènes. Certaines des questions que nous posons concernent les effets de la thérapie axée sur l'accomplissement de tâches chez les personnes minimalement touchées et chez les personnes très gravement atteintes. Cette façon de procéder est contraire à l'habitude et consiste à cibler seulement la « tranche médiane » des personnes atteintes d'AVC, groupe qui comprend environ 20 % de toute la population atteinte d'AVC. De plus, environ un tiers des personnes atteintes d'AVC qui participent à des programmes de réadaptation ont eu un AVC précédemment et ces personnes sont ordinairement exclues des études avec intervention. Nous voulons évaluer si ce type de thérapie fonctionne aussi bien – ou fonctionne tout court – après un deuxième AVC qu'après un premier. Autrement dit, les atteintes répétitives réduisent-elles la capacité du cerveau à se réorganiser?

Le premier projet de ce programme de recherche s'attache à l'acquisition de la marche comme compétence chez les personnes atteintes d'AVC et ce projet s'applique même aux personnes qui bénéficient d'un rétablissement neurologique relativement bon après un AVC. L'une des observations que nous avons faites dans le cadre de notre travail sur le rétablissement après un AVC (article sur l'invalidité) est le fait que si la plupart des personnes atteintes regagnent leur capacité de marcher après l'AVC, plus de 80 % restent affaiblies pour ce qui est de la vitesse, de l'endurance et de la sécurité. C'est-à-dire qu'elles peuvent marcher, mais pas d'une manière compétente. C'est un facteur important pour le degré avec lequel elles vont s'exercer à marcher, en particulier dans la collectivité. Sans compétence pour marcher, la personne atteinte et sa famille est moins encline à

vouloir quitter l'environnement domiciliaire et à participer pleinement à la vie de la collectivité. Il ne faut pas longtemps pour que cette participation diminuée se traduise par une activité réduite et ce cercle vicieux peut conduire rapidement à un déconditionnement et à des crises cardiaques et cérébrovasculaires ultérieures.

Pourquoi ce type de thérapie doit-il être évalué ? Pourquoi ne pas offrir n'importe quel genre de thérapie ? Après tout, il n'est pas susceptible de faire du tort. Nous ne cherchons pas les données objectives pour le seul plaisir de les rechercher. Actuellement, les services de réadaptation ne sont pas offerts gratuitement aux personnes atteintes d'AVC et à moins de constituer des données objectives sur leur efficacité, l'accès à ces services pourrait diminuer encore davantage. Les services de réadaptation, en outre, ne font pas l'objet d'un financement généralisé. Le financement public existe seulement pour les services offerts dans un établissement désigné comme un hôpital de soins actifs, un hôpital ou un centre de réadaptation ou un Centre local de services communautaires (CLSC). Les centres désignés ont le savoir-faire qu'il faut en matière d'AVC, mais ils ont des ressources limitées, des listes d'attente et des critères de sélection visant habituellement les personnes modérément handicapées. Les CLSC ne disposent pas d'un personnel de spécialistes en AVC et ni non plus d'une quantité suffisante de personnes atteintes d'AVC pour justifier ce type de personnel.

Parallèlement, la question du moment de la réadaptation fait aussi l'objet de l'étude – encore une fois parce que sans données objectives pour montrer que l'intervention précoce est bénéfique, les services de réadaptation vont graduellement disparaître dans les réductions budgétaires des hôpitaux. Les services de réadaptation ne seront pas offerts non plus au-delà de la phase subaiguë de l'AVC, ce qui laissera bien des personnes atteintes d'AVC avec un handicap qui aurait pu être prévenu. Mais quel type de thérapie doit être offert immédiatement après l'AVC ou dans la période subaiguë ou chronique ? Il ne fait pas de doute qu'une thérapie qui vise le cerveau et facilite la réorganisation du cortex serait le premier choix – mais pour

suite p6 ►

qui, comment et quand ? La capacité du cerveau à se réorganiser est un autre aspect de la réadaptation après un AVC qui fait actuellement l'objet d'études.

J'espère que ce programme de recherche permettra de trouver des données objectives sur l'efficacité, qui serviront non seulement à délimiter le type des interventions qui doivent être offertes aux personnes atteintes d'AVC, mais aussi à soutenir l'extension des services de réadaptation à toute la population des personnes atteintes et à toute la durée de leur vie. À moins que nous puissions régler la question de savoir ce qu'est une réadaptation efficace pour l'ensemble de la population atteinte plutôt que la question de savoir ce qui fonctionne pour certaines personnes, l'AVC restera dans la population la maladie chronique la plus invalidante qui soit.

Un programme de recherche ne peut s'accomplir sans une équipe talentueuse de collègues. Font partie du programme Sharon Wood-Dauphinee, Robert Côté, Nancy Salbach, Sara Ahmed, Carole White, Lise Poissant et Lois Finch ainsi qu'un personnel infatigable : Claudette Corrigan, Suzanne Andersen, Ghislaine Valade, Carla Hutchinson, Susan Scott et Ningyan Shen. **AC**

Références bibliographiques :

1. Mayo N.E., Epidemiology and Recovery of Stroke. Physical Medicine and Rehabilitation : State of the Art Reviews 1998 ; 12(3) : 355-366.
2. Mayo N.E., Epidemiology and Recovery. Physical Medicine and Rehabilitation : State of the Art Reviews 1993 ; 7(1) 1-25.
3. Chapman K.M., Woolfenden A.R., Graeb D., Johnston D.C., Beckman J. Schulzer M. et al. Intravenous tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke : A Canadian Hospital's Experience. Stroke 2000 ; 31(12) : 2920-2924.
4. Dennis M., Langhorne P. So Stroke units save lives : Where do we go from here? BMJ 1994 ; 309(6964) : 1273-1277.
5. Langhorne P., Williams B.O., Gilchrist W. Howie K. Do stroke units save lives? Lancet 1993 ; 342(8868) : 395-398.
6. Langhorne P., Duncan P., Does the organization of postacute stroke care really matter? Stroke 2001 ; 32(1) : 268-274.
7. Mayo N.E., Wood-Dauphinee S. Tamblyn R., Côté R. Gayton D., Carlton J. et al., There's No Place Like Home : A Trial of Early Discharge and Intensive Home Rehabilitation Post-Stroke. Cerebrovascular Disease, 8 (Suppl 4), 94, 1998.
8. Kwakkel G., Wagenaar R.C., Koelman T.W., Lankhorst G.J., Koetsier J.C., Effects of intensity of rehabilitation after stroke. A research synthesis. Stroke 1997, 28(8) : 1550-1556.
9. Dean C.M., Richards C.L., Malouin F. Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke : a randomized, controlled pilot trial. Arch Phys Med Rehabil 2000, 81(4) : 409-417.
10. Duncan P.W., Synthesis of intervention trials to improve motor recovery following stroke. Topics in Stroke Rehabilitation, 1997 Winter (52 ref) 1997, 3(4) : 1-20.
11. Uswatte G., Taub E., Constraint-induced movement therapy. New approaches to outcome measurement in rehabilitation. Cognitive Neurorehabilitation, 2000: 215-229.
12. Taub E. Miller N.E., Novack T.A., Cook E.W. III, Fleming W.C., Nepomuceno C.S. et al. Technique to improve chronic motor deficit after stroke. Arch Phys Med Rehabil 1993 ; 74(4) : 347-354.

André Gervais M.D.  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

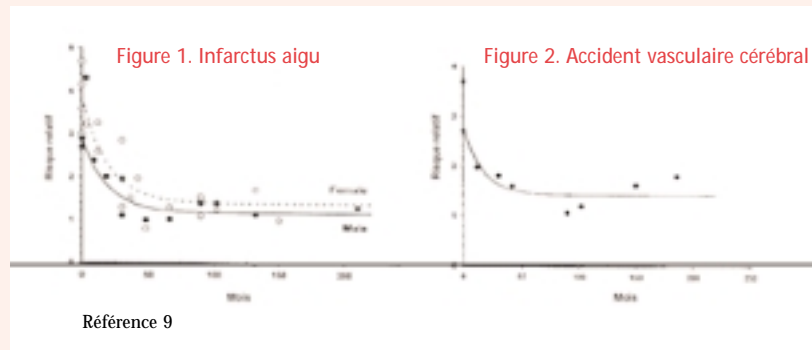
# Bof, le mal est fait...

## Faut-il vraiment que je cesse de fumer ?

**L**e professionnel de la santé est souvent appelé à répondre à différents dictons au sujet du tabac. « Bof! le mal est fait ! » exprime bien la pensée de plusieurs fumeurs qu'il existe certains risques pour la santé mais qu'après plusieurs années il est trop tard pour que cesse de fumer

vous demandent les fumeurs ? Les jeunes qui commencent à fumer vous disent être rassurés qu'ils pourront éviter les risques en arrêtant de fumer après quelques années. Quels sont les véritables risques que courent les fumeurs ? Quels sont les bénéfices de l'abandon ?

### Risque relatif d'infarctus et d'accident vasculaire cérébral après l'abandon du tabac



en vaille la peine. Plus de 4 000 produits chimiques se dégagent de la fumée de tabac dont plus de 40 provoquent le cancer chez les humains. Est-il vraiment possible d'inhaler ces poisons pendant des dizaines d'années et que tout soit rapidement réversible

**Les effets du tabagisme sur la santé**  
Depuis la fin des années 1940, de nombreuses études ont permis de mettre en évidence les conséquences désastreuses du tabagisme, principalement le cancer du poumon, les maladies cardiaques et vasculaires et la maladie pulmonaire

obstructive chronique. Chaque année, plus de 11 000 Québécois meurent prématurément de leur habitude de fumer : 40 % de maladies cardiaques et vasculaires, 30 % de cancers du poumon et 15 % de maladies pulmonaires obstructives chroniques<sup>1,2</sup>. Quelque 90 % de tous les cancers du poumon et 30 % de tous les décès par cancer sont

moins pour tous les groupes d'âge étudiés même chez les fumeurs cessant de fumer de 70 à 74 ans<sup>4,5</sup>.

Le risque à vie de cancer du poumon est de 1 % ou moins chez le non-fumeur alors que, chez le fumeur, le risque cumulatif peut atteindre les 30 % chez les fumeurs qui fument le plus. Le risque

### Certains effets sont irréversibles

Parmi les conséquences irréversibles du tabagisme notons les déficits visuels comme la dégénérescence maculaire, les polypes aux cordes vocales et la raucité de la voix, l'ostéoporose. Les rides de type pattes d'oie au coin de la bouche et des yeux et le grisonnement de la peau peuvent apparaître après aussi peu que cinq ans de tabagisme. L'infertilité n'est pas irréversible mais plusieurs des conséquences pour les enfants nés de mères fumeuses le sont : avortement spontané, mort né, bébé de petit poids avec problèmes de développement, mort subite du nourrisson. L'abandon du tabac durant le premier trimestre de la grossesse diminue de beaucoup ces risques<sup>12</sup>.

Tableau 1

#### Risque relatif de mortalité par MPOC chez les fumeurs et les anciens fumeurs.

Référence	# Études	Sexe	Fumeurs actuels	Anciens fumeurs
English et al	5	M/F	9,80	6,70
Doll et al	1	M	12,7	5,70

Référence 11

imputables au tabagisme. Environ 80 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques et 30 % des décès d'origine cardiaque sont également attribuables au tabac.

L'étude auprès de 40 000 médecins britanniques suivis durant 40 ans a démontré que la moitié des fumeurs mourront de leur habitude de fumer. Ces décès surviendront de l'âge de 35 à 69 ans pour une perte de 22 ans d'espérance de vie dans la moitié des cas alors que l'autre moitié se produira après 70 ans pour une réduction de 8 ans de vie.

#### Les avantages de cesser de fumer

Selon cette même étude, l'abandon du tabac de 35 à 69 ans augmentait la survie et, l'arrêt avant 35 ans assurait une espérance de vie similaire à celle des non-fumeurs<sup>3</sup>. L'étude prospective sur la prévention du cancer de l'American Cancer Society réalisée de 1982 à 1988 regroupait plus d'un million de participants. Le risque de mortalité, comparativement aux non-fumeurs, variait de 1,6 chez les femmes fumant de 1 à 19 cigarettes par jour à 2,7 fois plus chez les hommes fumant plus de 21 cigarettes par jour. Ce risque s'amenuisait progressivement pour s'approcher de celui des non-fumeurs 16 ans et plus après l'abandon du tabac et de façon plus rapide et plus complète chez les fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour. La probabilité de mourir au cours des 16,5 années suivant l'abandon du tabac était

de cancer du poumon, quelque 20 fois plus élevé chez le fumeur, diminue progressivement de moitié au cours des dix années suivant l'arrêt du tabac, un risque de deux à trois fois plus élevé que chez le non-fumeur persistant après 15 ans d'abstinence<sup>5,6</sup>. Les risques relatifs de différents cancers tels le larynx, la bouche, l'œsophage, le pancréas, la vessie, le rein etc. diminuent également progressivement chez les anciens fumeurs<sup>7</sup>.

#### Diminution du risque cardiovasculaire

Le risque de souffrir d'un infarctus aigu du myocarde ou de souffrir d'un accident vasculaire cérébral diminue rapidement au cours de l'année suivant l'arrêt pour se rapprocher du risque du non-fumeur après cinq ans mais ne retourne pas entièrement au niveau d'un non-fumeur, tel qu'illustré par les résultats d'une méta-analyse récente (Figure 1 et 2)<sup>8,9</sup>.

De plus une étude récente démontre que la progression sur trois ans de l'athérosclérose évaluée par ultrason des carotides ne diffère pas entre fumeurs et anciens fumeurs suggérant que les conséquences du tabagisme à ce niveau peuvent être cumulatives et irréversibles<sup>10</sup>.

Le risque de mourir de la maladie pulmonaire obstructive chronique est d'environ dix fois plus élevé chez le fumeur que chez le non-fumeur<sup>11</sup>. L'abandon du tabac ralentit la progression de la maladie et diminue la mortalité.

« Mieux vaut prévenir que guérir » est certes un conseil judicieux à donner à tous les jeunes qui considèrent essayer le tabac ; c'est également une réponse très appropriée aux commentaires des fumeurs qui ont beaucoup à gagner à tout âge en cessant de fumer. Malheureusement certains risques persisteront en proportion à l'exposition au tabac. **AC**

#### Références bibliographiques :

1. Makomaski Iling EM, Kaiserman MJ. Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and Its Regions 1991, Can J Public Health 1995; 86 : 257-265.
2. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 : indirect estimates from national vital statistics. 1992;339:1268-1278
3. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking : 40 years' observation on male British doctors. BMJ 1994 ; 309 : 901-911.
4. US Department of Health and Human Services : The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. DHHS Publication No (CDC) 90-8416. Rockville, MD, US Government Printing Office, 1990
5. Samet JM. The health benefits of smoking cessation. Medical clinics of North America 1992 ; 76 ; 399-413 305-329
6. Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of Absolute Risk of Lung Cancer Mortality in Former Smokers. J Natl Cancer Inst 1993 ; 85 : 457-464
7. Newcomb PA, Carbone PP. The health consequences of smoking. Medical clinics of North America 1992 ; 76 ; 305-331
8. Taylor BV, Oudit GY, Kalman PG, Liu P. Clinical and pathophysiological effects of active and passive smoking on the cardiovascular system. Can J Cardiol 1998 ; 14(9) : 1129-1139
9. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation. Myocardial Infarction and Stroke. 1997 ; 96 : 1089-1096
10. Howard G, Wagenknecht LE, Gregory LB, Roux AD, Evans GW, McGovern P, Nieto J, Tell GS. Cigarette Smoking and Progression of Atherosclerosis. The Atherosclerosis risk in Communities (ARIC) Study. JAMA 1998 ; 279 : 119-124
11. Ashley MJ. Smoking and non-neoplastic lung disease in Canadian men and women. Can Respir J 1997 ; 4(6) : 311-317
12. Brodish PH, Ross GL. The Irreversible Health Effects of Cigarette Smoking. The American Council on Science and Health. June 1998.

Smoking related diseases. Postgraduate medicine, 1998 ; 104(6).



Consultez le site Internet du Forum [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca) pour une plus grande sélection de colloques

#### QUÉBEC

7 – 10 octobre 2001  
2001 Annual Scientific Meeting  
North American Association for the Study of Obesity  
Québec  
Tél.: (301) 563-6526  
Fax: (301) 587-2365  
E-Mail: [dellaz@naaso.org](mailto:dellaz@naaso.org)

12 et 13 Octobre 2001  
Société des Sciences Vasculaires du Québec  
Hôtel Renaissance, Montréal  
Tél: 514-527-0505  
Fax: 514-527-0210  
Courriel: [SSVasculaireQ@aol.com](mailto:SSVasculaireQ@aol.com)

5-8 novembre 2001  
Les journées annuelles de santé publique  
Hôtel Reine Elisabeth, Montréal  
Contacter : Marlene Gauthier  
Tél.: (418) 523-4290

#### CANADA

21 au 24 octobre 2001  
Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire  
Société canadienne de cardiologie  
Halifax  
Tél : 1 800 363-9130  
Courriel : [sbrault@carlson-montreal.com](mailto:sbrault@carlson-montreal.com)

#### ETATS-UNIS

75 au 18 août 2001  
North American Stroke meeting 2001  
National Stroke Association  
San Diego, California  
Tél. : 1 800-787-65-37  
Courriel : [sjones@stroke.org](mailto:sjones@stroke.org)

30 août – 2 septembre 2001  
Cardiovascular Interventions Sixth Annual Symposium  
Lake Buena Vista, FL, United States  
Tél: (800) 852-5362 ou (813) 974-4296  
Fax: (813) 974-3217  
Courriel: [cmelist@hsvc.usf.edu](mailto:cmelist@hsvc.usf.edu)

9-12 septembre 2001  
Heart Failure Society of America: 5<sup>th</sup> Annual Meeting  
Washington, DC, US  
Tél: 800-776-8636  
Fax: 612-626-7766  
Courriel : [cmereg@tc.umn.edu](mailto:cmereg@tc.umn.edu)

5-6 octobre 2001  
Heart Failure Summit VI  
Cleveland, OH, US  
Tél: 216-444-5696 / 800-762-8173  
Fax: 216-445-1642

11 au 14 novembre 2001  
74<sup>th</sup> Scientific Sessions 2001  
« American Heart Association »  
Anaheim, California  
Tél.: 214/706-1543; Fax 214/706-5262  
Courriel : [sessions@heart.org](mailto:sessions@heart.org)

#### OUTRE-MER

1 – 5 septembre 2001  
23<sup>rd</sup> Annual Congress of the European Society of Cardiology  
Stockholm, Suède  
Tél: +33 (0) 4 92 94 76 00  
Fax: +33 (0) 4 92 94 76 01  
E-Mail: [reception@escardio.org](mailto:reception@escardio.org)

23 - 26 octobre 2001  
1<sup>er</sup> colloque international des programmes locaux et régionaux de santé  
Un nouveau paradigme pour la santé publique  
Amiens, France  
Tél: 33 3 22 82 79 77  
Courriel : [philippe.lorenzo@sa.u-picardie.fr](mailto:philippe.lorenzo@sa.u-picardie.fr)



Consultez le site Internet du Forum [www.forumscv.qc.ca](http://www.forumscv.qc.ca) pour une plus grande sélection de site web sur le cholestérol

#### SITES FRANCOPHONES

Société québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme  
<http://www.lipidologie.qc.ca>

Santé Canada  
Trousse cœur en santé  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/healthyheartkit/pdf/cholfr.pdf>

Santé Canada  
Alimentation équilibrée -  
<http://www.prevention.ch/alimentationequilibree.htm>  
Recommandations alimentaires générales; peu d'informations sur le cholestérol et les types de gras

#### SITES ANGLOPHONES

Cholesterol, genetics, and heart disease institute  
<http://www.heartdisease.org/>

Cardiology online  
<http://www.theheart.org>

Ask the Dietitian  
Cholesterol & Saturated Fat  
<http://www.dietitian.com/choleste.html>  
Foire aux questions (FAQ); vulgarisé; très bien

Cholesterol.com  
NetHealth - cholesterol  
<http://www.cholesterol.com>  
Vulgarisation; alimentation, types de gras, étiquettes, allégations, trucs culinaires, fibres, végétarisme, famille, exercice, tabagisme; diète de l'AHA et du Dr Ornish (très sévère)

Hope Heart Institute, Seattle, Washington  
Watching your cholesterol  
<http://ring.com/health/choleste/choleste.htm>  
Conseils généraux; style de vie; définitions et vocabulaire

The Health Refrigerator  
Open the door to a healthy heart  
<http://www.healthyfridge.org/mainmenu.html>  
Femmes et alimentation; sondages; exercice; enfants

The Healthy Authority  
<http://www.healthauthority.com/133.html>  
Vulgarisation, gras, cholestérol, facteurs de risque, recommandations, définitions

How Stuff Works  
How Fat Works  
<http://www.howstuffworks.com/fat.htm>

#### COMITÉ DE RÉDACTION:

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

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

Lilianne Bertrand, MBA Fondation des maladies du cœur du Québec

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

Danielle Pilon, M.D. M.Sc, FRCPC, Professeur Adjoint, Département de Médecine, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke  
Interniste et Pharmacologue clinicienne, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

Hélène Poirier M.Sc, Coordinatrice, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

Dépôt légal : 2<sup>ème</sup> trimestre 2001  
Bibliothèque Nationale du Canada  
Bibliothèque Nationale du Québec  
ISSN : 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro:  
17 septembre 2001

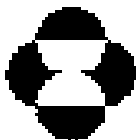
Tirage: 15 000 copies

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](mailto:hpoirier@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**

Eli Lilly

